



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES:

BARTONELOSIS

2016

BARTONELOSIS

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A440	Bartonelosis Aguda o Hemática	U2143	Toma de muestra de control
A441	Bartonelosis Crónica o Verrucosa	U263	Evaluación y entrega de resultado de control
A4482	Bartonelosis Grave y complicada	U2627	Evaluación y entrega diagnóstico de Bartonelosis
A449	Bartonelosis sin especificación	U310	Administración de Tratamiento
U157	Colateral censado	Y4183	Reacción Adversa medicamentos anti Bartonelosis
U212	Colateral examinado		
U2142	Toma de muestra de diagnóstico		

LOCALIZACION DE CASOS

Definición Operacional.- El proceso de prevención secundaria, es decir la atención curativa, se inicia con la identificación de casos. Los recursos y actividades de atención en los servicios de salud deben ser organizados a fin de diagnosticar los casos de Bartonelosis en todas sus formas clínicas. Una vez identificado el caso clínico (probable), se procederá inmediatamente a tomar una muestra de sangre a fin de remitirlas al laboratorio y seguidamente iniciar la administración de tratamiento indicado, según sea el caso.

CASOS PROBABLES

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico de Bartonelosis [**presuntivo**]
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR

EXAMEN FROTIS

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R		A440
	C						C	2. Toma de muestra diagnostico	P	D	R	FRT	U2142	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

CASOS CONFIRMADOS

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico de Bartonelosis
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Si el resultado es positivo, Colaterales Censados

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP** = Resultado Positivo
 - RN** = Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR
- En el 3º casillero Registre el inicio de tratamiento “1” según sea el caso
- En el 4º casillero Registre el número de Colaterales Censados

EXAMEN FROTIS POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
15	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	RP	A440
	06252348					C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico Bartonela	P	D	R	FRT	U2627	
						R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	
						M	N	N	1. Colateral Censado	P	D	R	3	U157
				C		C	2.	P	D	R				
				R		R	3.	P	D	R				

EXAMEN FROTIS NEGATIVO

EXAMEN FISIOLÓGICO														
DÍA	H.C./FF.FF. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1.Bartonelosis Aguda	P	D	R	RN	A440
	06252348					C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico Bartonela	P	D	R	FRT	U2627	
						R	R	3.	P	D	R			

FEBRILES EXAMINADOS CONTROLADOS
Toma de Muestra Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado, siempre repetido.
- En el 2º casillero Toma de muestra control

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero en blanco por ser un solo control
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR

TOMA DE MUESTRA CONTROL BARTONELOSIS CON FROTIS

TOMA DE MUESTRA CONTROL BARTONELOSIS CON TIRAS														
DÍA	H.C./FF.FF. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	N		A440
						C	C	2. Toma de muestra control	P	D	R	FRT	U2143	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

Evaluación y Entrega de Resultados Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado, siempre repetido.
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados control.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo

- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR
- En el 3º casillero
 - PA** = Paciente de Alta, si el resultado del examen es negativo

EXAMEN CONTROL CON FROTIS POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	RP	A440
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	D	R	FRT	U263	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN CONTROL CON FROTIS NEGATIVO

EXAMEN CONTROL CONTINUO RESULTADO														
DÍA	H.C./FF.FF. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
14	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	RN	A440
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	D	R	FRT	U263	
	06252348						R	R	3.	P	D	R	PA	

CONTROL DE COLATERALES

Los colaterales serán censados y examinados para descartar la presencia de Bartonelosis, mediante una evaluación clínica y por lo menos un examen de laboratorio para diagnóstico. De cumplir los criterios diagnósticos de caso clínico o confirmado, se le inicia el tratamiento.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico de Bartonelosis presuntivo
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero
 - CE** = Colateral Examinado
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR

EXAMEN FROTIS COLATERALES

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
01	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	CE	A440
	29134032						C	C	2. Toma de muestra diagnostico	P	D	R	FRT	U2142
							R	R	3.	P	D	R		

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO CON RESULTADO POSITIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico Identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados Diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Colaterales Examinado

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - PCR** = Examen RT-PCR
- En el 3º casillero Registre el inicio de tratamiento “1” según sea el caso

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO FROTIS POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	RP	A440	
	29134032							C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	FRT	U2630
								R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
						M	N	N	1. Colateral Examinado	P	D	R		U212	
							C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R			

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO FROTIS NEGATIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Bartonelosis Aguda	P	D	R	RN	A440	
	29134032									2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	FRT	U2630
										R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R
						M	N	N	1. Colateral Examinado	P	D	R		U212	
						F	C	C	2.	P	D	R			
							R	R	3.	P	D	R			

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El tratamiento será administrado en los servicios de salud y, según sea el caso, en un puesto comunal o en el domicilio del paciente. Está bajo la responsabilidad del personal asistencial en los diferentes niveles de atención. Se realizará en forma ambulatoria o en hospitalización de acuerdo al cuadro clínico y evaluación del estado de gravedad del paciente.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Bartonelosis
- En el 2º casillero la Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero “1” para inicio de tratamiento y “TA” para fin de tratamiento

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Bartonelosis aguda	P	D	R		A440
	C					C	2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U3110		
	F					R	R	3.	P	D	R			

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOSA EN BARTONELOSIS

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

DÍA	H.C./FF.FF. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Ictericia	P	D	R		R17X
								2. RAM en Bartonelosis	P	D	R		Y4183	
	06252348							3.	P	D	R			

Reacción Adversa Medicamentosa (RAM): Se observa urticaria, hipotensión, palidez, cianosis. También náuseas, vómitos, diarreas, ictericia, dolor abdominal, vasculitis, fiebre, cefalea, entre otros. En algunos casos las RAM se asocian a las transfusiones sanguíneas.



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES:

CHAGAS

2016

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Código	Diagnóstico / Actividad
B570	Enfermedad de Chagas aguda
B576	Enfermedad de Chagas congénito
B759	Enfermedad de Chagas crónica
U2142	Toma de muestra diagnóstico
U2143	Toma de muestra control
U2629	Evaluación y entrega de resultados de Chagas

Código	Diagnóstico / Actividad
U263	Evaluación y Entrega de Resultados Muestras de Control
U310	Administración Tratamiento
Y4181	Reacción Adversa a medicamentos antichagásicos
99344	Visita domiciliaria

CASO PROBABLE DE CHAGAS AGUDO

Definición Operacional.- Toda persona con signos de fiebre, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, con o sin antecedente de chagoma de inoculación y/o picadura por “chirimachas”, procedente o residente en áreas endémicas de transmisión.

CASO PROBABLE DE CHAGAS COMPLICADO

Definición Operacional.- Toda persona con signos de fiebre, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, con o sin chagoma de inoculación y/o antecedente de picadura por “chirimachas”, con convulsiones, síndrome meningoencefálico y/o miocarditis aguda, procedente o residente en áreas endémicas de transmisión.

CASO PROBABLE DE CHAGAS CONGÉNITO

Definición Operacional.- Todo recién nacido de madre gestante diagnosticada con enfermedad de Chagas, con bajo peso, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia y/o signos de meningoencefalitis.

CASO PROBABLE DE CHAGAS CRÓNICO

Definición Operacional.- Toda persona con síndrome de insuficiencia cardíaca, trastornos de conducción cardíaca, y/o megavisceras, procedente o residente en área endémicas de transmisión.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Tipo de Enfermedad de Chagas
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero “SEV” si el diagnóstico es complicado, *en caso contrario dejar en BLANCO*.
- En el 2º casillero el tipo de examen de acuerdo a su clasificación:

Para los casos Agudos

- FRT** = Examen Frotis
- GF** = Gota Fresca
- GG** = Gota Gruesa
- CTV** = Cultivo
- XXD** = Strout y Xenodiagnóstico

Para los casos Crónicos

- PCR** = Examen RT-PCR
- HAI** = Hemaglutinación indirecta
- IGG** = Seroconversión IgG
- IFI** = Inmunofluorescencia indirecta

Caso probable de Chagas con toma de muestra Gota Fresca

Caso probable de Chagas con toma de muestra Costa Norte														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R		B570
						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GF	U2142	
	06252348													

Caso probable de Chagas con toma de muestra Gota Fresca en gestante (G) o puérpera (P)

Caso probable de Chagas con toma de muestra Esta persona gestó (S) o parió (P)														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R	G	B570
						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GF	U2142	
	16251448						R	3.	P	D	R			

Si el personal de salud no realiza la toma de muestra

CARTILLA DE REGISTRO DE DATOS DE LA CONSULTA DE SALUD														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R		B570
	C						C	2.	P	D	R			
	06252348					F	R	3.	P	D	R			

CASO CONFIRMADO DE CHAGAS AGUDO

Definición Operacional.- Toda persona con signos de fiebre, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, con o sin antecedente de chagoma de inoculación y/o picadura por “chirimachas”, procedente o residente en áreas endémicas de transmisión y exámenes de laboratorio positivos a infección por T. cruzi.

CASO CONFIRMADO DE CHAGAS CRÓNICO

Definición Operacional.- Toda persona con síndrome de insuficiencia cardíaca, trastornos de conducción cardíaca, y/o megavísceras, procedente o residente en área endémica de transmisión y 02 exámenes de laboratorio positivos a infección por T. cruzi.

CASO CONFIRMADO DE CHAGAS CONGÉNITO

Definición Operacional.- Todo recién nacido de madre gestante diagnosticada con enfermedad de Chagas, con bajo peso, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia y/o signos de meningoencefalitis y exámenes de laboratorio positivos a infección por T. cruzi.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico Identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Chagas
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos los casilleros

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “SEV” si el diagnóstico es complicado.
- En el 2º casillero el tipo de examen, si es que se identifica.

Para los casos Agudos

- FRT = Examen Frotis
- GF = Gota Fresca
- GG = Gota Gruesa
- CTV = Cultivo
- XDX = Strout y Xenodiagnóstico

Para los casos Crónicos

- PCR = Examen RT-PCR
- HAI = Hemaglutinación indirecta
- IGG = Seroconversión IgG
- IFI = Inmunofluorescencia indirecta
- En el 3º casillero Registre “1” para inicio de tratamiento y “TA” para fin de tratamiento.
- En el 4º casillero Registre el tipo de Caso
 - A = Caso Autóctono
 - I = Caso Importado.

Examen prueba positivo Chagas

DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	☒	R		B570
	06252348					☒	C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	☒	R	GF	U2629
							☒	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	☒	R	1
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
						F	C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

Examen prueba positivo Chagas en gestante (G) o puerpera (P)

Examen prueba positivo Chagas en gestante (G) o puerpera (P)														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	☒	R	G	B570
	06252348		☒			C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	☒	R	GF	U2629	
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	☒	R	1	U310
						M	N	N	1.	P	☒	R	A	
						C	C	2.	P	☒	R			
							R	R	3.	P	☒	R		

Si el personal de salud confirma el caso pero no realiza el tratamiento

Ser persona de salud confirma el caso pero no realiza el tratamiento														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	☒	R		B570
	☒						C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	☒	R	GF	U2629	
	06252348						☒	R	R	3.	P	D	R	A

Si el personal de salud no confirma el caso pero si realiza el tratamiento

El personal de salud no registra el caso pero si realiza el tratamiento														
DÍA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	N	1	B570
							C	C	2. Administración de Tratamiento	P	N	R		
							R	R	3.	P	D	R		
	06252348					N								

NOTA: EL REGISTRO DE TIPO DE CASO (AUCTOCTONO O IMPORTADO) SOLO SE DA EN LOS CASOS CONFIRMADOS.

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO CHAGAS

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado presuntivo
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados de Chagas

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “RN” = Resultado Negativo
- En el 2º casillero el tipo de examen de acuerdo a su clasificación:

Para los casos agudos

- **FRT** = Examen Frotis
- **GF** = Gota Fresca
- **GG** = Gota Gruesa

- **CTV** = Cultivo
- **XDX** = Strout y Xenodiagnóstico

Para los casos crónicos

- **PCR** = Examen RT-PCR
- **HAI** = Hemaglutinación indirecta

- **IGG** = Seroconversión IgG
- **IFI** = Inmunofluorescencia indirecta

Examen prueba negativa Chagas

DÍA		FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R		B570
	C					C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	D	R	GF	U2629		
	F					R	R	3.	P	D	R	RN		

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico según el tipo de Chagas
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque “R”
- En el 2º casillero marque “D”

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO: En el campo LAB registre el número de tratamiento 1, 2,..., TA según corresponda

Donde “1” indica el inicio de tratamiento y “TA” el fin del mismo

DÍA		FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R		B570
	C		C			2. Administración tratamiento	P	D	R	1	U310			
	F		R			R	3.	P	D	R				
	06252348													

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EFICACIA DE TRATAMIENTO

Toma de muestra Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado [**siempre repetido**]
- En el 2º casillero Toma de muestra control

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “R”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **“SEV”** si el diagnóstico es complicado, *en caso contrario dejar en BLANCO*.
- En el 2º casillero el tipo de examen de acuerdo a su clasificación:
 - Para los casos Agudos**
 - FRT** = Examen Frotis
 - GF** = Gota Fresca
 - GG** = Gota Gruesa
 - Para los casos Crónicos**
 - PCR** = Examen RT-PCR
 - HAI** = Hemaglutinación indirecta
- En el 3º casillero Registre el N° control, según corresponda.

Toma de muestra control Chagas

DÍA		FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas Aguda	P	D	R		B570
	06252348					C	C	2. Toma de muestra control	P	D	R	GF	U2143	
						R	R	3.	P	D	R	1		

Evaluación y Entrega de Resultados Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado, siempre repetido.
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados control.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero **“R”**
- En el 2º casillero **“D”**

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero **“SEV”** si el diagnóstico es complicado, *en caso contrario dejar en BLANCO*.
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen, si es que se identifica.
 - Para los casos Agudos**
 - FRT** = Examen Frotis
 - GF** = Gota Fresca
 - GG** = Gota Gruesa
 - Para los casos Crónicos**
 - PCR** = Examen RT-PCR
 - HAI** = Hemaglutinación indirecta
- En el 3º casillero el N° control 1, 2... según corresponda.

Examen control con resultado positivo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas Aguda	P	D	N		B570
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	N	R	GF	U263	
	06252348						R	R	3.	P	D	R	1	

Examen control con resultado negativo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
14	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas Aguda	P	D	R	RN	B570
			C			C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	D	R	GF	U263		
	06252348					R	R	3.	P	D	R	PA		

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO ANTICHAGÁSICO

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el signo o síntoma que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

ENCUESTA sobre la reacción adversa														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Cefalea	P	☒	R		R51X
	☒						☒	2. RAM Antichagásico	P	☒	R		Y4181	
	06252348						☒	R	R	3.	P	D	R	

Reacción Adversa Medicamentosa (RAM) las más comunes son: fiebre, pérdida de apetito y peso, reversibles luego de finalizado el tratamiento. La fiebre es expresión de desnutrición parasitaria, no obligando a suspender el tratamiento, salvo que no ceda al uso de antipiréticos comunes.

REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES:

CHIKUNGUNYA

2016

CHIKUNGUNYA

Código	Diagnóstico / Actividad
A920	Enfermedad por virus Chikungunya
U2142	Toma de muestra de diagnóstico

Código	Diagnóstico / Actividad
U262	Evaluación/Entrega de resultados
U2630	Evaluación/Entrega Resultados diagnóstico
U310	Administración de Tratamiento

CONSIDERACIONES GENERALES^{1/}

Definición de la Patología

La fiebre chikungunya o artritis epidémica chikungunya es una enfermedad emergente en el país, causada por un alfavirus (virus chikungunya, CHIKV). Esta enfermedad es transmitida por la picadura de los zancudos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue.

Etiología

El CHIKV es un virus ARN que pertenece a la familia Togaviridae, género Alfavirus. El nombre chikungunya deriva de una palabra en Makonde, idioma del grupo étnico Makonde que vive en el sudeste de Tanzania. Significa “aquel que se encorva” y describe la apariencia inclinada de las personas que padecen la característica y dolorosa artralgia. Ver Tabla.

Características principales del Virus Chikungunya	
Forma de transmisión	Mecanismo principal: Picadura del zancudo <i>Aedes aegypti</i>: ampliamente distribuidos en el país, el mismo que transmite el dengue. Menos frecuente: ⇒ Transmisión transplacentaria de madre virémica al recién nacido durante el parto. Puede causar infección hasta un 50% de los recién nacidos quienes pueden presentar formas graves de la enfermedad. ⇒ Accidente con material punzocortante contaminado con restos sanguíneos. ⇒ Exposición en laboratorio. ⇒ Transfusión sanguínea y trasplante de órganos o tejidos (en los primeros 5 días de inicio de los síntomas) ⇒ No evidencia de virus en leche materna.
Reservorio	Los humanos son el reservorio principal del CHIKV durante la fase virémica (los primeros 5 días de inicio de los síntomas).
Período de incubación	Los zancudos adquieren el virus a partir de un huésped virémico y a los 10 días pueden transmitirlo a una persona susceptible, quien iniciará los síntomas después de un período de incubación intrínseca de 3 a 7 días (rango: 1 a 12 días).
Susceptibilidad / Inmunidad	Se trata de una nueva enfermedad por lo que toda la población en el país, niños, mujeres y hombres son susceptibles de adquirir la infección. Luego las personas expuestas al virus desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.

Aspectos Epidemiológicos

El principal objetivo de la vigilancia es detectar de manera oportuna casos de fiebre chikungunya. La detección temprana permitirá una respuesta y la identificación del virus circulante.

Se debe realizar la vigilancia para detectar la introducción del CHIKV, rastrear la enfermedad o hacer el seguimiento correspondiente.

Los procedimientos para la identificación, registro, notificación, investigación y clasificación de los casos, se realizarán de acuerdo a los procedimientos que establezca la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Las definiciones de casos son:

- ⇒ **Caso Sospechoso de Fiebre Chikungunya***: Toda persona con fiebre de inicio brusco > 38 °C y artralgia severa o artritis, no explicada clínicamente por otra condición médica, que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, que puede presentar, al menos, una de las siguientes manifestaciones clínicas: mialgias, rash, dolor retro-orbital, cefalea, náuseas/vómitos.
- ⇒ **(*) Nota:** En todos los casos se debe realizar el diagnóstico diferencial con dengue, otras arbovirosis, malaria, enfermedades exantemáticas o enfermedad reumatológica.

^{1/} Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de fiebre Chikungunya en el Perú

- ⇒ **Caso probable de fiebre chikungunya**:** Todo caso sospechoso de fiebre chikungunya, al que se haya detectado anticuerpos IgM específicos contra CHIKV en una sola muestra durante la fase aguda o convaleciente.
- ⇒ **Caso confirmado de fiebre chikungunya**:** Todo caso probable de fiebre chikungunya, que tenga, al menos una de las siguientes pruebas confirmatorias de laboratorio: 1). *Detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR)*; 2). *Aislamiento del virus chikungunya*; 3). *Seroconversión IgM o IgG en sueros pareados tomados en dos momentos entre la primera y la segunda muestra***.
- ⇒ **(**) Nota:** En el caso de que la primera muestra sea negativa, la segunda muestra debe ser tomada entre los 14 a 30 días del inicio de síntomas.
- ⇒ **Caso descartado de fiebre chikungunya¹:** Todo caso probable de fiebre chikungunya que cumpla con al menos uno de los siguientes criterios: 1. *Resultado negativo de IgM en la segunda muestra tomada después de los 14 días del inicio de los síntomas*, o 2. *Que tenga otra condición médica como dengue, otras arbovirosis, malaria, enfermedades exantemáticas o enfermedad reumatológica*.
- ⇒ **Nota:** El resultado negativo de una sola prueba de IgM, aislamiento, RT- PCR no descarta el caso.
- ⇒ **Caso sospechoso de fiebre chikungunya grave:** Todo caso que, además, de presentar fiebre de inicio brusco > 38 °C y artralgia severa o artritis, no explicada clínicamente por otra condición médica, requiere el mantenimiento de al menos una función de vital o presenta compromiso de uno o más órganos (miocarditis, encefalitis, nefropatía, hepatitis o falla respiratoria).
- ⇒ **Caso probable de fiebre chikungunya grave:** Todo caso sospechoso de fiebre chikungunya grave, al que se haya detectado anticuerpos IgM específicos contra CHIKV en una sola muestra durante la fase aguda o convaleciente.
- ⇒ **Caso confirmado de fiebre chikungunya grave:** Todo caso probable de fiebre chikungunya grave que cumpla con los mismos criterios de caso confirmado de fiebre chikungunya.
- ⇒ **Caso descartado de fiebre chikungunya grave:** Todo caso de fiebre chikungunya grave que cumpla con los mismos criterios de caso descartado de fiebre chikungunya.

Cuadro Clínico

La infección por el CHIKV puede causar enfermedad aguda, subaguda y crónica.

- **Manifestaciones clínicas de fiebre chikungunya aguda:** La proporción de individuos infectados con el CHIKV que desarrollan síntomas clínicos y requieren de atención médica es más alta en comparación a otras arbovirosis. Sin embargo, no todos los individuos infectados desarrollarán síntomas (Del 3% al 28% tienen infecciones asintomáticas). La enfermedad aguda generalmente se caracteriza por la triada: Fiebre alta de inicio súbito (> 39°C); Dolor articular severo y/o artritis; Exantema.

Otros signos y síntomas pueden incluir cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómitos y conjuntivitis. La fase aguda de la enfermedad en general es autolimitada y dura entre 3 y 10 días.

- **Manifestaciones clínicas de fiebre chikungunya subaguda y crónica:** Después de los primeros 10 días, la mayoría de los pacientes sentirá una mejoría en su estado general de salud y del dolor articular. Sin embargo, dos o tres meses después del inicio de la enfermedad puede ocurrir una reaparición de los síntomas y algunos pacientes pueden presentar síntomas reumáticos como poliartritis distal, exacerbación del dolor en articulaciones y huesos previamente lesionados, y tenosinovitis hipertrófica subaguda en muñecas y tobillos. La enfermedad crónica se caracteriza por la persistencia de síntomas por más de tres meses, incluso años. El síntoma persistente más frecuente es la artralgia inflamatoria en las mismas articulaciones que se vieron afectadas durante la etapa aguda.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ACTIVIDADES DE CHIKUNGUNYA

Si la Toma de Muestra se realiza dentro de los 5 días después del momento en que se presentan los síntomas y se realizan las pruebas confirmatorias a una sola muestra.

Febriles Identificados (Casos Sospechosos)

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero: Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero: Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el tipo de examen
 - PCR** = Examen RT-PCR
 - AIS** = Aislamiento del virus chikungunya
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

TOMA DE MUESTRA CON PCR

INICIO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R		A920
						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	PCR	U2142	
	06252348					F	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310

FIN

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
21	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R		A920
	C					C	2. Administración de Tratamiento	P	D	R	TA	U310		
	F					R	R	3.	P	D	R			

Febriles Confirmados

EXAMEN PRUEBA POSITIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero: Evaluación y entrega de resultados diagnóstico
- En el 3º casillero: Administración de Tratamiento, de ser el caso

CASOS AGUDOS O GRAVES	CASOS SUBAGUDOS O CRÓNICOS
En el ítem Tipo de diagnóstico marque: - En el 1º casillero "D" - En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso En el ítem Lab anote: - En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad AGU = Aguda SEV = Severa (Grave)	En el ítem Tipo de diagnóstico marque: - En el 1º casillero "R" - En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso En el ítem, Lab anote: - En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad SAG = Subaguda CRO = Crónica

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero el tipo de examen
 - PCR** = Examen RT-PCT
 - AIS** = Aislamiento del virus chikungunya
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): **"1"** para inicio y **"TA"** para fin.
- En el 4º casillero el tipo de Caso
 - A** = Caso Autóctono
 - I** = Caso Importado

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA POSITIVA A UNA MUESTRA (CASOS AGUDOS O GRAVES)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R			
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	AGU	A920	
	06252348							C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PCR	U2630
								R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	I		
							C	C	2.	P	D	R			
						F	R	R	3.	P	D	R			

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA POSITIVA A UNA MUESTRA (CASOS SUBAGUDOS O CRÓNICOS)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	M	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SAG	A920
	06252348						C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PCR	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero: Evaluación y entrega de resultados diagnóstico

CASOS AGUDOS O GRAVES	CASOS SUBAGUDOS O CRÓNICOS
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque - En el 1º casillero "P" - En el 2º casillero "D"	En el ítem: Tipo de diagnóstico marque - En el 1º casillero "R" - En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero **RN** = Resultado Negativo
- En el 2º casillero el tipo de examen evaluado
 - PCR** = Examen RT-PCT
 - AIS** = Aislamiento del virus chikungunya

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA NEGATIVA A UNA MUESTRA (CASOS AGUDOS O GRAVES)

EXAMEN FLEBDA CONFIRMATORIA NEGATIVA A VIH Y SIDA (CASOS ACUDEN O CHAVES)														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	RN	A920
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PCR	U2630	
							R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA NEGATIVA A UNA MUESTRA (CASOS SUBAGUDOS O CRONICOS)

EXAMEN FIEBIL CON FIRMATORIA POSITIVA O NEGATIVA (CASOS AGUDOS O CRÓNICOS)														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									☐	☐	☐		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	☒	☒	1. Enfermedad por virus Chikungunya	☒	☒	☒	RN	A920
	☒						☒	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	☒	☒	☒	IGM	U2630	
	☒						☒	3.	☒	☒	☒			

Si se realizan las pruebas confirmatorias a dos muestras.

Febriles Identificados (Casos Sospechosos)

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero el tipo de examen para primera muestra **IGM** = ELISA IgM
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin [de ser el caso]

TOMA DE MUESTRA CON IGM

TOMA DE MUESTRA CON ISM														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R		A920
							C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142
	40323913							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1

Febriles Examinados (casos probables)

En este apartado, el registro de casos probables sólo se da para aquellas personas que se les tomó la primera muestra de ELISA IgM.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados
- En el 3º casillero Toma de muestra diagnóstico, si es que salió positiva en la entrega de resultados
- En el 4º casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º, 3º y 4º casillero “D” de ser el caso

Si la primera toma de muestra es positiva (caso probable)	Si la primera toma de muestra es negativa.
En el ítem Lab anote: • En el 1º casillero el resultado del examen ○ RP=Resultado Positivo • En el 2º casillero el tipo de examen evaluado ○ IGM = ELISA IgM • En el 3º casillero el tipo de examen para segunda muestra ○ ELI = ELISA IgM	En el ítem Lab anote: • En el 1º casillero el resultado del examen ○ RN=Resultado Negativo • En el 2º casillero el tipo de examen evaluado ○ IGM = Seroconversión IgM

EXAMEN PRUEBA POSITIVO (Segundo examen a través de IGM)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	RP	A920
	40323913						C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados	P	D	R	IGM	U262
							R	R	3. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	ELI	U2142
						M	N	N	1. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	RN	A920
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados	P	D	R	IGM	U262	
	40323913						R	R	3.	P	D	R		

Febriles Confirmados

EXAMEN PRUEBA POSITIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero: Evaluación y entrega de resultados diagnóstico
- En el 3º casillero: Administración de Tratamiento, de ser el caso

CASOS AGUDOS O GRAVES	CASOS SUBAGUDOS O CRONICOS
En el ítem Tipo de diagnóstico marque • En el 1º casillero “D” • En el 2º y 3º casillero “D”, de ser el caso En el ítem Lab anote: • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad ○ AGU = Aguda ○ SEV = Severa (Grave)	En el ítem Tipo de diagnóstico marque • En el 1º casillero “R” • En el 2º y 3º casillero “D”, de ser el caso En el ítem Lab anote: • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad ○ SAG = Subaguda ○ CRO = Crónica

- En el 2º casillero el tipo de examen **IGM** = ELISA IgM (en el caso de segunda muestra)
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "**1**" para inicio y "**TA**" para fin [de ser el caso]
- En el 4º casillero el tipo de Caso
 - **A** = Caso Autóctono
 - **I** = Caso Importado.

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA POSITIVA A SEGUNDA MUESTRA (CASOS AGUDOS O GRAVES)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	M	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SEV	A920
	06252348					C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	IGM	U2630	
						R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA POSITIVA A SEGUNDA MUESTRA (CASOS SUBAGUDOS O CRONICOS)

EXAMEN FÍSICO CONFIRMATORIO CONTRA SEGUNDA MUJER (CASOS AGUDOS O CRÓNICOS)														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SAG	A920
	06252348						E	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	IGM	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	A	U310

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2º casillero: Evaluación y entrega de resultados diagnóstico

CASOS AGUDOS O GRAVES	CASOS SUBAGUDOS O CRONICOS
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque • En el 1º casillero "P" • En el 2º casillero "D"	En el ítem: Tipo de diagnóstico marque • En el 1º casillero "R" • En el 2º casillero "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero **RN** = Resultado Negativo
- En el 2º casillero el tipo de examen evaluado **IGM** = Seroconversión IgM

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA NEGATIVA A SEGUNDA MUESTRA (CASOS AGUDOS O GRAVES)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	☒	1. Enfermedad por virus Chikungunya	☒	D	R	RN	A920
	06252348		☒	C		C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	☒	R	IGM	U2630		
			☒	R		R	3.	P	D	R				



EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA NEGATIVA A SEGUNDA MUESTRA (CASOS SUBAGUDOS O CRONICOS)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	RN	A920
	E						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	IGM	U2630	
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					E								

REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES:

DENGUE

2016

DENGUE

Código	Diagnóstico / Actividad		
A970	Dengue sin señales de alarma	U2142	Toma de muestra diagnóstico
A971	Dengue con señales de alarma	U2625	Evaluación/Entrega Resultados de Dengue
A972	Dengue Grave	U310	Administración de Tratamiento

DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA

Definición Operacional.- Toda persona con fiebre reciente de hasta 7 días de evolución que estuvo dentro de los últimos 14 días en área con transmisión de dengue o se encuentra infestada por *Aedes aegypti*, y que además presenta por lo menos dos de los siguientes criterios: Artralgia; Mialgia, Cefalea; Dolor ocular o retro-ocular; Dolor lumbar; Erupción cutánea (rash) y no se evidencia ningún signo de alarma.

DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

Definición Operacional.- Todo caso probable con uno o más de los siguientes signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo; Vómitos persistentes; Dolor torácico o disnea; Derrame seroso al examen clínico; Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario); Decaimiento excesivo o lipotimia; Estado mental alterado (somnia o inquietud, irritabilidad o convulsión); Hepatomegalia o ictericia; Incremento brusco de hematocrito, asociado a disminución de plaquetas; Hipoproteinemia.

DENGUE GRAVE

Definición Operacional.- Todo caso probable de dengue con signos de alarma, en quien se detecta por lo menos uno de los siguientes hallazgos: Signos de choque hipovolémico; Síndrome de dificultad respiratoria por extravasación importante de plasma; Sangrado grave, según criterio clínico; Afectación grave de órganos (encefalitis, hepatitis, miocarditis).

El personal de salud debe estar atento en el seguimiento y monitoreo de la evolución del caso, ya que al final de esta fase puede evolucionar desfavorablemente.

CASO PROBABLE DE DENGUE

En el registro HIS anote:

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico según tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso

En el ítem: Lab anote

- En el 1º casillero: Deje en blanco SIEMPRE
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

Toma de muestra IGM

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R		A970
			C			C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142		
	06252348					R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	

Toma de muestra IGG

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R		A970
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142	
	R						R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	

TOMA DE MUESTRA GESTANTE O PUERPERA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico según tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero según corresponda:
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	G	A970
	C		C			2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142			
	F		R			R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		

TOMA DE MUESTRA PACIENTE EN LA VISITA DOMICILIARIA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero El tipo de Dengue
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso
- En el 4º casillero Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso
- En el 4º casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): "1" para inicio y "TA" para fin.
- En el 4º casillero el número de visita domiciliaria 1, 2, 3... según corresponda

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R		A970
	06252348			C		C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142		
				R		R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
						M	N	N	1. Visita domiciliaria	P	D	R	1	99344
						F	C	C	2.	P	D	R		
							R	R	3.	P	D	R		

CASO CONFIRMADO DE DENGUE



Todo caso probable de Dengue que tenga resultado positivo a una o más de las siguientes pruebas:
Aislamiento de virus dengue; RT-PCR positivo; Antígeno NS1; Detección de anticuerpos IgM para dengue; Evidencia de seroconversión en IgM y/o IgG en muestras pareadas.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico de Dengue identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en todos

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero el Serotipo Presentado, si y solo si, se realizó una prueba **PCR**, caso contrario deje en blanco.
 - 1 = DEN-1**
 - 2 = DEN-2**
 - 3 = DEN-3**
 - 4 = DEN-4**
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - PCR** = Examen RT-PCR
 - AIS** = Aislamiento viral
 - IGM** = Seroconversión IgM
 - IGG** = Seroconversión IgG
 - NS1** = Antígeno NS1
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin.
- En el 4º casillero: Registre el tipo de Caso
 - A** = Caso Autóctono
 - I** = Caso Importado

EXAMEN PRUEBA POSITIVO PCR

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	1	A970
	06252348						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142
							R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	2	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA POSITIVO IGG

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	☒	1. Dengue sin señales de alarma	P	☒	R		A970
	06252348		☒	☒		C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	☒	R	IGG	U2142		
			☒	R		R	3. Administración de tratamiento	P	☒	R	2	U310		
						M	N	N	1.	P	☒	R	A	
	☒					C	C	2.	P	D	R			
	F					R	R	3.	P	D	R			



El registro de serotipos presentados y tipo de caso (autóctono o importado) solo se da en los casos confirmados

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico de Dengue identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero "RN" para indicar Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - IGG = Seroconversión IgG
 - AIS = Aislamiento viral
 - NS1 = Antígeno NS1
 - IGM = Seroconversión IgM

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	84525	1	80	Iquitos	20 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	☒	☒	☒	RN	A970
	☒		☒			☒	2. Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue	☒	☒	☒	IGG	U2625		
	☒		R			R	3.	☒	☒	☒				

EVALUACION Y ENTREGA DE RESULTADOS DE DENGUE EN LA VISITA DOMICILIARIA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados de Dengue
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque en TODOS los casillero "D"

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero: Registre el Serotipo Presentado, si y solo si, se realizó una prueba PCR, caso contrario deje en blanco.
 - 1 = DEN-1
 - 2 = DEN-2
 - 3 = DEN-3
 - 4 = DEN-4
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen

- **PCR = Examen RT-PCR**
- **IGG = Seroconversión IgG**
- **AIS = Aislamiento viral**
- **NS1 = Antígeno NS1**
- **IGM = Seroconversión IgM**

- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin
- En el 4º casillero el número de visita domiciliaria 1, 2, 3... según corresponda
- En el 5º casillero: Registre el tipo de Caso
 - **A = Caso Autóctono**
 - **I = Caso Importado**

EXAMEN PRUEBA POSITIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	A970	
			C			C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Dengue	P	D	R	IGG	U2625		
	06252348					R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	2	U310	
						M	N	N	1. Visita domiciliaria	P	D	R	1	99344
							C	C	2.	P	D	R	A	
						F	R	R	3.	P	D	R		

CASO CONFIRMADO DE DENGUE POR NEXO EPIDEMIOLOGICO


Todo caso probable de Dengue con o Sin Signos de Alarma de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que procede de área endémica o no endémica, en una situación de brote.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico de Dengue identificado
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero “D”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero “EPI” para caso confirmado por nexo epidemiológico
- En el 2º casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin
- En el 3º casillero: Registre el tipo de Caso
 - **A = Caso Autóctono**
 - **I = Caso Importado**

NEXO EPIDEMIOLOGICO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
04	11924	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	EPI	A970
			C			C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
	06252348					R	R	3.	P	D	R	A		

FIEBRE AMARILLA

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
A950	Fiebre Amarilla selvática	U2628	Evaluación/Entrega Resultados de Fiebre Amarilla
A951	Fiebre Amarilla urbana	U310	Administración de Tratamiento
A959	Fiebre Amarilla no especificada	99344	Visita Domiciliaria
U2142	Toma de muestra diagnóstico		

CASO PROBABLE

Definición Operacional.- Toda persona con cuadro clínico febril de inicio brusco, ictericia de piel y mucosas, residente o procedente de zonas endémicas de Fiebre Amarilla Selvática.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento [*de ser el caso*]

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D" [*de ser el caso*]

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero dejar en BLANCO
- En el 2º casillero registre el tipo de examen:
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
- En el 3º casillero registre "1" para inicio y "TA" para fin de tratamiento

Toma de muestra IGM

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	D	R		A950
						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142	
	06252348					F	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE GESTANTE O PUERPERA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento [*de ser el caso*]

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D" [*de ser el caso*]

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero
 - G = Gestante
 - P = Puérpera
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
- En el 3º casillero Registre "1" para inicio y "TA" para fin de tratamiento

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	D	R	G	A950
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142	
	R						R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE CON VISITA DOMICILIARIA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero El tipo de Fiebre Amarilla
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento **[de ser el caso]**
- En el 4º casillero Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º y 3º casillero "D" **[de ser el caso]**
- En el 4º casillero "D" por ser actividad

En el ítem Lab anote:

- En el 2º casillero el tipo de examen
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
- En el 3º casillero "1" para inicio y "TA" para fin de tratamiento
- En el 4º casillero el número de visita domiciliaria 1, 2, 3... según corresponda

ENCUESTA CASERO - Número de lista domiciliaria 1, 2, 3, 4, según corresponda														
DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	D	R		A950
	06252348						2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142		
							3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
						M	N	N	1. Visita domiciliaria	P	D	R	1	99344
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

CASO CONFIRMADO

Definición Operacional.- Todo caso probable con resultados de laboratorio positivo a Fiebre Amarilla mediante serología (captura IgM), aislamiento viral, detección por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), histopatología, según capacidad resolutoria del laboratorio.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “**RP**” = Resultado Positivo
- En el 2º casillero el tipo de examen:
 - **PCR** = Examen RT-PCR
 - **AIS** = Aislamiento viral
 - **IGM** = Seroconversión IgM
- En el 3º casillero “**1**” para inicio y “**TA**” para fin de tratamiento
- En el 4º casillero el tipo de caso:
 - **A** = Caso Autóctono
 - **I** = Caso Importado.

EXAMEN PRUEBA POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	☒	R	RP	A950
	06252348		☒	☒		2. Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla	P	☒	R	IGM	U2628			
			☒	R		R	3. Administración de tratamiento	P	☒	R	1	U310		
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
			C	C		2.	P	D	R					
			R	R		3.	P	D	R					

NOTA: EL REGISTRO DE TIPO DE CASO (AUCTOCTONO O IMPORTADO) SOLO SE DA EN LOS CASOS CONFIRMADOS.

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado presuntivo
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “P”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “**RN**” = Resultado Negativo
- En el 2º casillero el tipo de examen
 - **PCR** = Examen RT-PCR
 - **AIS** = Aislamiento del virus chikungunya
 - **IGM** = Seroconversión IgM

C-1411 - Conversión Sign.														
DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	☒	1. Fiebre Amarilla selvática	☒	D	R	RN	A950
	☒						C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla	☒	☒	R	IGM	U2628	
	R						R	3.	☒	D	R			
	06252348					☒								

EVALUACION Y ENTREGA DE RESULTADOS DE FIEBRE AMARILLA CON VISITA DOMICILIARIA

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “**RP**” = Resultado Positivo
- En el 2º casillero el tipo de examen
 - **PCR** = Examen RT-PCR
 - **AIS** = Aislamiento viral
 - **IGM** = Seroconversión IgM
- En el 3º casillero “**1**” para inicio y “**TA**” para fin de tratamiento
- En el 4º casillero el número de visita domiciliaria 1,2,3... según corresponda
- En el 5º casillero el tipo de caso:
 - **A** = Caso Autóctono
 - **I** = Caso Importado.

EXAMEN PRUEBA POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	☒	R	RP	A950
	06252348		☒			☒	2. Evaluación y Entrega de resultados de Fiebre Amarilla	P	☒	R	IGM	U2628		
			☒			R	R	3. Administración de tratamiento	P	☒	R	1	U310	
						M	N	N	1. Visita domiciliaria	P	☒	R	1	99344
						☒	C	C	2.	P	☒	R	A	
						F	R	R	3.	P	☒	R		

CASO CONFIRMADO DE FIEBRE AMARILLA POR NEXO EPIDEMIOLOGICO

Todo caso probable de Fiebre Amarilla de quien no se dispone de un resultado de laboratorio y que procede de área endémica o no endémica, en una situación de brote.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero “D”
- En el 2º casillero “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero “**EPI**” para caso confirmado por nexo epidemiológico
- En el 2º casillero “**1**” para inicio y “**TA**” para fin de tratamiento
- En el 3º casillero el tipo de Caso
 - **A** = Caso Autóctono
 - **I** = Caso Importado.

NEXO EPIDEMIOLOGICO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
4	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Fiebre Amarilla selvática	P	D	R	EPI	A950
			C			C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310		
	06252348					R	R	3.	P	D	R	A		



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR
VECTORES:**

LEISHMANIA

2016



LEISHMANIASIS

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
B551	Leishmaniasis Cutánea	U2142	Toma de muestra diagnóstico
B552	Leishmaniasis Mucocutánea	U310	Administración de Tratamiento Supervisado
B550	Leishmaniasis Visceral	U3111	Administración de Tratamiento Supervisado 1ra. Línea / Fase
B559	Leishmaniasis no especificada (Grave)	U3112	Administración de Tratamiento Supervisado 2da. Línea / Fase
Y4182	Reacción Adversa a Medicamentos antileishmaniasicos		
U2624	Evaluación y entrega de resultados de Leishmaniasis		

LOCALIZACION DE CASOS

Definición Operacional. La localización de casos es una actividad estratégica en la prevención y control de la Leishmaniasis, que asociado al tratamiento oportuno previene y reduce la aparición de complicaciones, secuelas y de la mortalidad.

Los recursos y actividades de atención en los servicios de salud deben ser organizados de tal modo que permita diagnosticar oportunamente los casos de Leishmaniasis. Se realizará en todos los establecimientos de la red de servicios de salud y niveles de atención (Puestos, Centros de Salud y Hospitales), a través de la identificación de la persona con lesión sospechosa de Leishmaniasis y se procederá a tomar una muestra de la lesión para frotis, o de ser necesario para cultivo u otro tipo de pruebas, remitiendo las muestras al laboratorio con la solicitud debidamente llenada.

TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - IGM** = Elisa IgM
 - IGG** = Elisa IgG
 - IFI** = Inmunofluorescencia Indirecta
 - MON** = Montenegro (Leishmanina)

Toma de muestra diagnóstico con Frotis

Forma de muestra diagnóstica con H.C.														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348			C		C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	FRT	U2142		
				F		R	R	3.	P	D	R			

Toma de muestra diagnóstico con Cultivo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	CTV	U2142
							R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de Leishmaniasis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero: Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
 - FRT** = Frotis
 - CTV** = Cultivo
 - IGM** = Seroconversión IgM
 - IGG** = Seroconversión IgG
 - IFI** = Inmunofluorescencia Indirecta
 - MON** = Montenegro (Leishmanina)

SI EL RESULTADO ES POSITIVO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	☒	R	RP	B551
	06252348						C	C	2. Evaluación y entrega de resultado de Leishmaniasis	P	☒	R	FRT	U2624
							F	R	R	3. Administración de tratamiento 1º línea	P	☒	R	1

SI EL RESULTADO ES NEGATIVO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	RN	B551
	C					C	2. Evaluación y entrega de resultado de resultado de Leishmaniasis	P	D	R	FRT	U2624		
	06252348					F	R	R	3.	P	D	R		

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS

Definición Operacional. Se considera como caso probable de Leishmaniasis a todo paciente que cumple con el **criterio epidemiológico** y/o **criterio clínico**, siempre y cuando se haya realizado la toma de muestra de diagnóstico y evaluado con resultado negativo. A este tipo de casos también se les administra el tratamiento correspondiente.

Evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico con resultado negativo.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	RN	B551
	C					C	2. Evaluación de resultado de resultado de Leishmaniasis	P	D	R	FRT	U2624		
	F					R	R	3. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	1	U3111	

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El registro de esta actividad debe hacerlo el personal de salud que administra y supervisa el tratamiento. Se tiene los siguientes tratamientos:

- Administración de Tratamiento U310
- Administración de Tratamiento de 1ra línea U3111
- Administración de Tratamiento de 2da línea U3112

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: El diagnóstico según el tipo de Leishmania
- En el 2º casillero: El tratamiento:
 - Administración de Tratamiento para Leishmania Grave o
 - Administración de Tratamiento de 1º o 2º línea para Leishmania Cutánea y Mucocutánea según corresponda

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "R"
- En el 2º casillero marque "D"

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA

Definición Operacional..- Conjunto de intervenciones que realiza el personal de salud profesional y técnico capacitado, con el objetivo de garantizar el tratamiento farmacológico supervisado, recuperar la salud de las personas diagnosticadas de Leishmaniasis. Estas intervenciones incluyen administración de tratamiento primera línea, 20 días para Leishmaniasis cutánea y 30 días para Leishmaniasis mucocutánea.

En caso de presentar una inadecuada respuesta al tratamiento al término de dos meses, después de haber culminado el primer ciclo se repite el esquema por un segundo ciclo bajo el mismo esquema. De persistir el fracaso terapéutico al término del segundo ciclo, se procede a la administración supervisada de tratamiento de segunda línea.

En el campo Lab: registre según corresponda

- En el 1º casillero registre "1" para indicar el primer ciclo de tratamiento y "2" para el segundo ciclo.
- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda

"1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo

- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.

Primer ciclo de tratamiento

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	29134032						R	R	2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	2	U3111
							R	R	3.	P	D	R		

Primer ciclo de tratamiento (TA fin de tratamiento)

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
23	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	29134032						R	R	2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	TA	U3111
							R	R	3.	P	D	R	28	

Segundo ciclo de tratamiento

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	2	B551
	29134032						R	R	2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	1	U3111
							R	R	3.	P	D	R		

Segundo ciclo de tratamiento ("TA" fin de tratamiento)

Segunda lista de tratamientos (PPT) y/o de tratamientos														
DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
24	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	2	B551
	C						C	2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	TA	U3111	
	29134032						F	R	R	3.	P	D	R	23

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA, CON FALTA DE RESPUESTA A SALES ANTIMONIALES PENTAVALENTES

Definición Operacional.- Conjunto de intervenciones que realiza el personal multidisciplinario capacitado, con el objetivo de garantizar el tratamiento farmacológico supervisado en personas con falta de respuesta al tratamiento con sales antimoniales. Estas intervenciones incluyen administración supervisada de tratamiento de segunda línea entre 25 y 30 días para Leishmania Cutánea, y entre 25 y 45 días para Leishmania Mucocutánea.

En el campo Lab: registre, según corresponda:

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda

"1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo

- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.

INICIO DE TRATAMIENTO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	C					C	2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	1	U3112		
	F					R	R	3.	P	D	R			

FIN DE TRATAMIENTO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
								2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	TA	U3112	
	29134032								3.	P	D	R	42	

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA GRAVE

Definición Operacional.- Conjunto de intervenciones que realiza el equipo multidisciplinario para el manejo especializado de los casos diagnosticados con Leishmaniasis cutánea o cutáneo mucosa grave.

Estas intervenciones incluyen administración supervisada de tratamiento de 25 a 45 días.

En el campo Lab: Registre, según corresponda

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda

"1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo

- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.



DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD													
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D			B559
	29134032						2. Administración de tratamiento	P		R	2	U310		
				R		R	3.	P	D	R				

FIN DE TRATAMIENTO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	R		B559
	29134032			C	C	2. Administración de tratamiento	P	D	R	TA	U310			
				R	R	3.	P	D	R	45				

Quando se finalice el tratamiento, se registrará el total de ampollas usadas

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASICOS

A continuación se muestra las reacciones adversas más comunes a medicamentos antileishmaniasicos:

- ⇒ Mialgia M791
- ⇒ Artralgia (dolor en articulación) M255
- ⇒ Cefalea R51X
- ⇒ Náusea y vómito R11X

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P		R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Mialgia	P	☐	R		M791
	☐		☐			2. Reacción adversa a medicamento antileishmaniasico	P	☐	R		Y4182			
	29134032		☐			R	R	3.	P	D	R			



REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Sistema de Información HIS

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR
VECTORES**

MALARIA

2016

MALARIA

Código Diagnóstico / Actividad

R509	Caso sospechoso de Malaria
B509	Malaria por Falciparum sin otra especificación
B519	Malaria por P. Vivax sin complicaciones
B529	Malaria por P. Malarie sin complicaciones
B54X	Malaria Mixta (Paludismo [Malaria] no especificado)
B518	Malaria Vivax Grave (Paludismo debido a Vivax con otras complicaciones)
B508	Malaria Falciparum Grave (Otro Paludismo Grave)
U2142	Toma de muestra diagnóstico
U2143	Toma de muestra control

Código Diagnóstico / Actividad

U263	Evaluación y Entrega de Resultados control
U2630	Evaluación y Entrega de Resultados diagnóstico
U157	Colateral Censado
U212	Colateral Examinado
U310	Administración de Tratamiento Supervisado
U3111	Administración de Tratamiento Supervisado 1ra. Línea / Fase
U3112	Administración de Tratamiento Supervisado 2da. Línea / Fase
U326	Recaída
U327	Recidiva
Y412	Reacción adversa a medicamento antimalárico

LOCALIZACION DE CASOS

Definición Operacional.- La localización de febriles se realiza intramural y extramuralmente. Se denomina **localización intramural**, cuando se realiza dentro de los establecimientos de salud, entre la población consultante a los servicios; **la localización extramural**, es aquella que se realiza fuera de los establecimientos de salud por personal sanitario y por la comunidad a través de colaboradores y/o agentes comunitarios que participan en la identificación y examen de febriles.

FEBRILES IDENTIFICADOS

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Caso sospechoso de malaria
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero deje en blanco
- En el 2º casillero registre el tipo de examen:
 - GG** = Gota Gruesa
 - PDR** = Prueba de Diagnóstico Rápido

TOMA DE MUESTRA CON GOTA GRUESA

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Caso sospechoso de malaria	X	D	R		R509
	X						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	X	R	GG	U2142	
	06252348						R	R	3.	P	D	R		

TOMA DE MUESTRA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Caso sospechoso de malaria	P	D	R		R509
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	PDR	U2142	
	R						R	3.	P	D	R			
	06252348					F								

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE GESTANTE O PUERPERA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero la condición:
 - G** = Gestante
 - P** = Puérpera
- En el 2º casillero registre el tipo de examen:
 - GG** = Gota Gruesa
 - PDR** = Prueba de Diagnóstico Rápido

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
3	453543	1	80	Iquitos	24 A	M	N	N	1. Caso sospechoso de malaria	P	D	R	G	R509
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GG	U2142	
	25206348						R	R	3.	P	D	R		

FEBRILES EXAMINADOS

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Si el resultado es positivo, Colaterales Censados

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG**=Gota Gruesa
 - PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido.
- En el 3º casillero Registre el número de tratamiento 1, 2,..., 7 según corresponda
- En el 4º casillero Registre el número de Colaterales Censados

EXAMEN GOTA GRUESA POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RP	B519
			C			C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630		
	06252348					R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	
						M	N	N	1. Colateral Censado	P	D	R	6	U157
			C			C	2.	P	D	R				
			R			R	3.	P	D	R				

EXAMEN GOTA GRUESA NEGATIVO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RN	B519
	06252348						C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310



EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	P	D	R	RP	B509
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PDR	U2630
									R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R
						M	N	N	1. Colateral Censado	P	D	R	5	U157
									2.	P	D	R		
									R	R	3.	P	D	R

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO NEGATIVO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
4	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	P	D	R	RN	R500
			C			C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PDR	U2621		
	06252348					R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	

CASOS PROBABLES

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico de Malaria presuntivo
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Deje en blanco
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG=Gota Gruesa
 - PDR=Prueba Diagnóstico Rápido

EXAMEN GOTA GRUESA

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
7	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R		B519
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GG	U2142	
	29134032						R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
7	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin otra Especificación	P	D	R		B509
	C						C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	PDR	U2142	
	R						R	3.	P	D	R			
	29134032					F								

CASOS PROBABLES CON RESULTADO NEGATIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico de Malaria presuntivo
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen, RN=Resultado Negativo.
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - **GG**=Gota Gruesa
 - **PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido

EXAMEN GOTA GRUESA NEGATIVO

EXAMEN CON GROSERA NEGATIVO														
DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RN	B519
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630	
	R						R	3.	P	D	R			
	29134032					F								

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO NEGATIVO

EXAMEN Y PROBA EXAMEN NEGATIVO														
DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
8	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	P	D	R	RN	B509
	C						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PDR	U2630	
	R						R	3.	P	D	R			

FEBRILES EXAMINADOS CONTROLADOS

Toma de Muestra Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado, siempre repetido. Para casos probables, diagnóstico presuntivo.
- En el 2º casillero Toma de muestra control

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero en blanco por ser un solo control
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - **GG**=Gota Gruesa
 - **PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido

TOMA DE MUESTRA CONTROL MALARIA VIVAX CON GOTA GRUESA AL 7º DIA

FORMA DE REGISTRO CONTROL MALARIA VIVAX CON COMPLICACIONES AL 7 DIA														
DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R		B519
	C						C	2. Toma de muestra control	P	D	R	GG	U2143	
	29134032							R	R	3.	P	D	R	

TOMA DE MUESTRA CONTROL MALARIA FALCIPARUM CON GOTA GRUESA AL 3º o 7º DIA

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el número de control 1 ó 2, según corresponda.
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG**=Gota Gruesa
 - PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido

C-121- Prueba Diagnóstico Rápido														
DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	P	D	X	1	B509
	X						C	2. Toma de muestra control	P	X	R	GG	U2143	
	29134032							R	R	3.	P	D	R	

Evaluación y Entrega de Resultados Control

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado, siempre repetido. Para casos probables, diagnóstico presuntivo.
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados control.
- En el 3º casillero Recaída o Recidiva de ser un examen de control con resultado positivo.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG**=Gota Gruesa
 - PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido
- En el 3º casillero
 - RN** = Si el resultado del examen es negativo
 - PA** = Si el Paciente está de Alta.

EXAMEN CONTROL CON GOTA GRUESA POSITIVO - MALARIA VIVAX

EXAMEN CONTROL CON CONCEPTO POSITIVO MALARIA VVAX														
DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
14	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	X	RP	B519
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	X	R	GG	U263	
	29134032						X	R	R	3. Recidiva	P	X	R	

EXAMEN CONTROL CON GOTA GRUESA NEGATIVO - MALARIA VIVAX

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
14	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	X	D	R	RN	N390
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	X	R	GG	U263	
	29134032						X	R	R	3.	P	D	R	PA

CONTROL DE COLATERALES

Se considera operacionalmente que por cada caso de malaria existen cuatro colaterales. Estos colaterales deben ser censados durante la entrega del resultado y la administración de la primera dosis de tratamiento al caso de malaria para luego ser examinados. El examen clínico de los colaterales puede efectuarse en el mismo establecimiento de salud o durante la visita domiciliar programada.

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Colateral Examinado
- En el 2º casillero Toma de muestra diagnóstico

En el ítem: Lab anote:

- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG**=Gota Gruesa
 - PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido.

COLATERAL EXAMINADO CON ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

COLATERAL EXAMINADO CON ANÁLISIS Y EXAMEN FÍSICO														
DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO		LAB	CÓDIGO CIE / CPT	
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Colateral Examinado	P	D	R		U212
			C			C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GG	U2142		
	29134032							R	R	3.	P	D	R	

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO CON RESULTADO POSITIVO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero Diagnóstico identificado
- En el 2º casillero Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico
- En el 3º casillero Administración de Tratamiento
- En el 4º casillero Colaterales Examinado

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero Registre el resultado del examen:
 - RP**=Resultado Positivo
 - RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero Registre el tipo de examen:
 - GG**=Gota Gruesa
 - PDR**=Prueba Diagnóstico Rápido.
- En el 3º casillero Registre el número de tratamiento 1, 2,..., 7 según corresponda

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO GOTA GRUESA POSITIVO

DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RP	B519
			C			C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630		
	29134032					R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	
						M	N	N	1. Colateral Examinado	P	D	R		U212
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO GOTA GRUESA NEGATIVO

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	X	D	R	RN	B519
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	X	D	R	GG	U2630
	29134032						X	R	R	3. Administración de Tratamiento	P	X	D	R

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El registro de esta actividad debe hacerlo el personal de salud que administra y supervisa el tratamiento. Se tienen los siguientes tratamientos:

- Administración de Tratamiento U310
- Administración de Tratamiento de 1ra línea U3111
- Administración de Tratamiento de 2da. línea U3112

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero El diagnóstico según el tipo de malaria
- En el 2º casillero Administración de Tratamiento para Malaria Vivax, ó Administración de Tratamiento de 1º ó 2º línea para Malaria Falciparum

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero marque "R"
- En el 2º casillero marque "D"

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA VIVAX: Se administran por siete días.

En el campo Lab: Registre

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,...6, TA según corresponda

Donde "1" indica el inicio de tratamiento y "TA" (7º administración de tratamiento) el fin del mismo.

DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1.Malaria por P. vivax sin complicaciones	P	D	X		B519
	X						X	2. Administración tratamiento supervisado	P	X	R	1	U310	
	29134032						X	R	R	3.	P	D	R	

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA MALARIA FALCIPARUM: Se administran por 3 días.

En el campo Lab registre

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2 o TA, según corresponda; donde 1 indica el inicio de tratamiento TA (3ª administración de tratamiento) el fin del mismo.

Administración de tratamiento / CIE / CPT														
DÍA	H.C./FF.FF	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por falciparum no grave	P	D	X		B509
			X	C		2. Administración de tratamiento 1º línea	P	X	R	1	U3111			
	29134032			R		R	3.	P	D	R				

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO OTROS TIPOS DE MALARIA:

En el campo Lab registre

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,... según corresponda; donde 1 indica el inicio de tratamiento y “TA” fin del mismo

DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria Mixta	P	D	R		B538
									2. Administración supervisada de tratamiento	P	D	R	1	U310
	29134032								3.	P	D	R		

Nota.- Si la Administración de Tratamiento es parte de un Bloqueo Farmacológico, registrar en el campo LAB la clave “BFA”.

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTIMALÁRICOS

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

DÍA	H.C./FF.FF DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Vómito	P	D	R		R11X
									2. Reacción adversa a medicamento antimalárico	P	D	R		Y412
	29134032								3.	P	D	R		

BRIGADA DE CONTROL DE MALARIA

El grupo está conformado por personal de salud multidisciplinario que prestan atención desconcentrada (comunidad) con el fin de controlar reservorio humano; garantizando el diagnóstico y tratamiento in situ y supervisado.

- EL REGISTRO PARA DIFERENCIAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR BRIGADA ES CON LA CLAVE “B” EN EL CAMPO LAB LIBRE**
- PARA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A NIVEL COMUNAL, EL REGISTRO ES EL MISMO QUE SE VIENE MOSTRANDO EN ESTE MANUAL, CON LA SALVEDAD DE AGREGAR EN EL CAMPO LAB LIBRE LA CLAVE AE = ACTIVIDAD EXTRAMURAL.**