

Manual de Registro y Codificación de Actividades en 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

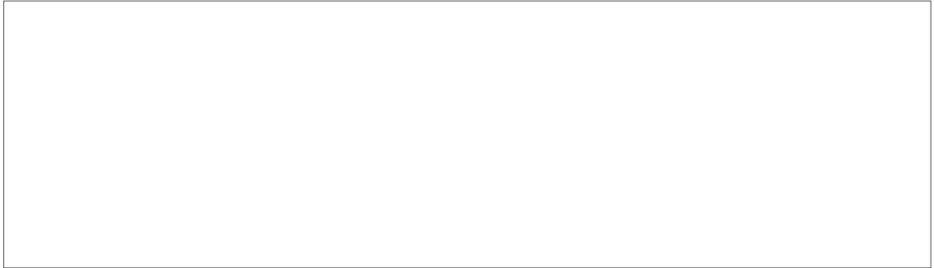
REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN HIS

LIMA - PERÚ
2015

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud



Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-

“Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y otras transmitidas por vectores”

Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística / Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores

Diseño y Diagramación
Julie Guillén Ramos

© MINISTERIO DE SALUD
Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
www.minsa.gob.pe
webmaster@minsa.gob.pe

1ª Edición, 2015

Tiraje:
Imprenta:
RUC:
Dirección:
Teléfono:
Email:

Versión digital: <http://>



ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

PERCY LUIS MINAYA LEÓN
Viceministro de Salud Pública

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

SILVIA YNES RUIZ ZARATE
Secretaria General

NORA REYES PUMA
Directora General de la Dirección General de
Salud de las Personas

JAVIER ROGER RAÚL VARGAS HERRERA
Director General de la Oficina General de
Estadística e Informática

CONTENIDO

	Pág
CAPITULO 1- CHIKUNGUNYA	
Colaboradores.....	10
Consideraciones Generales.....	11
Aspectos Epidemiológicos.....	12
Cuadro Clínico.....	13
Instrucciones para el registro y codificación de las actividades.....	13
CAPITULO 2- MALARIA	
Colaboradores.....	22
Localización de casos.....	23
Febriles examinados.....	24
Casos probables.....	26
Control de colaterales.....	29
Colateral examinado con anamnesis y examen físico.....	29
Colateral febril examinado con resultado positivo.....	30
Administración de tratamiento.....	31
Reacción adversa a medicamentos antimaláricos.....	32
Brigada de control de malaria.....	32
CAPITULO 3- LEISHMANIASIS	
Colaboradores.....	34
Localización de casos.....	35
Evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico.....	36
Caso probable de leishmaniasis.....	37
Administración de tratamiento.....	37
Reacción adversa a medicamentos antileishmaniasicos.....	40
CAPITULO 4- DENGUE	
Colaboradores.....	44
Actividades más frecuentes.....	45
Dengue sin signos de alarma.....	45
Dengue con signos de alarma.....	45
Dengue grave.....	45
Caso probable de dengue.....	45
Toma de muestra gestante o puerpera.....	46
Caso confirmado de dengue.....	47
Examen prueba positivo PCR.....	48
Examen prueba positivo IGG.....	48
Examen prueba negativo.....	49
Evaluación y entrega de resultados de dengue en la visita domiciliaria.....	49
Caso confirmado de dengue por nexos epidemiológico.....	50

CAPITULO 1

CHIKUNGUNYA

EQUIPO DE TRABAJO:

Víctor Alberto Laguna Torres, DGSP, Coordinador Nacional de la ESN Metaxénicas y OTV's

Constantino Vila Córdova, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y y OTV's

Estela Ramírez Montoya, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y OTV's

Aldo Enrique Balta Vilca, , OGEI, Área de Producción

Patricia Jeanette Vásquez Reyes, OGEI, Área de Producción

Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGEI, Área de Producción

Manuel Jesús Loayza Alarico, OGEI, Área de Producción

CHIKUNGUNYA

Código	Diagnostico / Actividades	Código	Diagnostico / Actividades
A920	Enfermedad por virus Chikungunya	U2630	Evaluación/Entrega Resultados diagnóstico
U2142	Toma de muestra de diagnóstico	U310	Administración de Tratamiento
U262	Evaluación/Entrega de resultados		

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	<p>Mecanismo principal: Picadura del zancudo <i>Aedes aegypti</i>: ampliamente distribuidos en el país, el mismo que transmite el dengue.</p> <p>Menos frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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 ($> 39^{\circ}\text{C}$); 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 LAS 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 1° casillero: Enfermedad por virus Chikungunya
- En el 2° casillero: Toma de muestra diagnóstico
- En el 3° casillero: Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote:

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

TOMA DE MUESTRA CON PCR

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTENENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Enfermedad por virus Chikungunya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A920
	06252348					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCR	U2142
						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Administración de Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U310

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
<p>En el ítem Tipo de diagnóstico marque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero "D" • En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso <p>En el ítem Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ○ AGU = Aguda ○ SEV = Severa (Grave) 	<p>En el ítem Tipo de diagnóstico marque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero "R" • En el 2º y 3º casillero "D", de ser el caso <p>En el ítem, Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	AGU	A920
	06252348						X	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PCR	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	2	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	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SAG	A920
	06252348						X	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 <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero "P" • En el 2º casillero "D" 	En el ítem: Tipo de diagnóstico marque <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero "R" • En el 2º casillero "D"

En el ítem, Lab anote:

- En el 1° casillero **RN** = Resultado Negativo
- En el 2° 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)

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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	A920
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCR	U2630
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EXAMEN PRUEBA CONFIRMATORIA NEGATIVA A UNA 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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	A920
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCR	U2630
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote:

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

TOMA DE MUESTRA CON 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									X	D	R				
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	X	D	R		A920		
	40323913									C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142
										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

17

Si la primera toma de muestra es positiva (caso probable)	Si la primera toma de muestra es negativa.
<p>En el ítem Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero el resultado del examen <ul style="list-style-type: none"> ○ RP=Resultado Positivo • En el 2º casillero el tipo de examen evaluado <ul style="list-style-type: none"> ○ IGM = ELISA IgM • En el 3º casillero el tipo de examen para segunda muestra <ul style="list-style-type: none"> ○ ELI = ELISA IgM 	<p>En el ítem Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero el resultado del examen <ul style="list-style-type: none"> ○ RN=Resultado Negativo • En el 2º casillero el tipo de examen evaluado <ul style="list-style-type: none"> ○ 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									X	D	R				
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	X	D	R	RP	A920		
	40323913									C	2. Evaluación y Entrega de resultados	P	D	R	IGM	U262
										R	R	3. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	ELI
						M	N	N	1. Administración de Tratamiento	P	D	R	2	U310		
							C	C	2.	P	D	R				
						F	R	R	3.	P	D	R				

EXAMEN PRUEBA NEGATIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES T A B L E	SER V I C I O	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	LAB	CÓDIGO CIE / CPT
03	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P D R	RN	A920
	X					C	C	2. Evaluación y Entrega de resultados	P D R	IGM	U262	
	40323913					X	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
<p>En el ítem Tipo de diagnóstico marque</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero “D” • En el 2º y 3º casillero “D”, de ser el caso <p>En el ítem Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ○ AGU = Aguda ○ SEV = Severa (Grave) 	<p>En el ítem Tipo de diagnóstico marque</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero “R” • En el 2º y 3º casillero “D”, de ser el caso <p>En el ítem Lab anote:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero: Registre el tipo de enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ○ SAG = Subaguda ○ CRO = Crónica

- En el 2º casillero el tipo de examen **ELI** = 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	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SEV	A920
	06252348						X	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	ELI	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	3	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)

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	X	1. Enfermedad por virus Chikungunya	P	D	R	SAG	A920
	06252348						X	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	ELI	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 CRONICOS
En el ítem: Tipo de diagnóstico marque <ul style="list-style-type: none"> • En el 1º casillero "P" • En el 2º casillero "D" 	En el ítem: Tipo de diagnóstico marque <ul style="list-style-type: none"> • 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 **ELI** = 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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Enfermedad por virus Chikungunya	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	A920
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ELI	U2630
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Enfermedad por virus Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	RN	A920
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ELI	U2630
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

CAPITULO 2

MALARIA

EQUIPO DE TRABAJO:

Víctor Alberto Laguna Torres, DGSP, Coordinador Nacional de la ESN Metaxénicas y OTV's

Jorge Escobedo Paredes, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas

Estela Ramírez Montoya, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas

Aldo Enrique Balta Vilca, OGEI, Área de Producción

Patricia Jeanette Vásquez Reyes, OGEI, Área de Producción

Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGEI, Área de Producción

Manuel Jesús Loayza Alarico, OGEI, Área de Producción

Código	Diagnostico / Actividades	Código	Diagnostico / Actividades
R509	Caso sospechoso de Malaria	U263	Evaluación y Entrega de Resultados diagnóstico
B509	Malaria por Falciparum sin otra especificación	U2630	Evaluación y Entrega de Resultados control
B519	Malaria por P. Vivax sin complicaciones	U157	Colateral Censado
B529	Malaria por P. Malarie sin complicaciones	U212	Colateral Examinado
B54X	Malaria Mixta (Paludismo [Malaria] no especificado)	U310	Administración de Tratamiento Supervisado
B518	Malaria Vivax Grave (Paludismo debido a Vivax con otras complicaciones)	U3111	Administración de Tratamiento Supervisado 1ra. Línea / Fase
B508	Malaria Falciparum Grave (Otro Paludismo Grave)	U3112	Administración de Tratamiento Supervisado 2da. Línea / Fase
U2142	Toma de muestra diagnóstico	U326	Recaída
U2143	Toma de muestra control	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 1° casillero: Caso sospechoso de Malaria
- En el 2° casillero: Toma de muestra diagnóstico

En el ítem, Lab anote:

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

TOMA DE MUESTRA CON GOTA GRUESA

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	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Caso sospechoso de Malaria	X	D	R	R509
	X					X	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	X	R	GG	U2142
	X					R	R	3.	P	D	R		

TOMA DE MUESTRA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Caso sospechoso de Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R509
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PDR	U2142
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE GESTANTE O PUÉRPERA

En el ítem, Lab anote:

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

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									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
03	453543	1	80	Iquitos	24 A	M	N	X	1. Caso sospechoso de Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	R509
	25206348								2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GG	U2142
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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.	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	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RP	B519
	06252348						X	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630
							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		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN GOTA GRUESA 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		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RN	B519
	06252348						X	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.	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	X	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	P	D	R	RP	B509
	06252348						X	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	PDR	U2630
							R	R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310
						M	N	N	1. Colateral Censado	P	D	R	5	U157
							C	C	2.	P	D	R		
						F	R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO 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				
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	X	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	R500		
	06252348								E	C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PDR	U2621
									R	R	3. Administración de Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 GOTTA GRUESA

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				
07	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B519		
	29134032								E	C	2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GG	U2142
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO

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				
07	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por Falciparum sin otra Especificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B509		
	29134032								E	C	2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PDR	U2142
									R	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

EXAMEN GOTA GRUESA NEGATIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDECIA	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
08	43492	1	80	Iquitos	16	A	M	N	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RN	B519
	<input checked="" type="checkbox"/>						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	GG	U2630	
	<input checked="" type="checkbox"/>						R	R	3.	P	D	R		

EXAMEN PRUEBA DX RAPIDO NEGATIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDECIA	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
08	43492	1	80	Iquitos	16	A	M	N	1. Malaria por Falciparum sin complicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RN	B509
	<input checked="" type="checkbox"/>						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	PDR	U2630	
	<input checked="" type="checkbox"/>						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 1° casillero: Diagnóstico identificado, siempre repetido. Para casos probables, diagnóstico presuntivo.
- En el 2° casillero: Toma de muestra control

En el ítem, Lab anote:

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

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

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	
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	X	B519
	X						C	2. Toma de muestra control	P	D	R	GG	U2143
	R						R	3.	P	D	R		

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

En el ítem, Lab anote:

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

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	
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	D	R	GG	U2143
	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 1° casillero: Diagnóstico identificado, siempre repetido. Para casos probables, diagnóstico presuntivo.
- En el 2° casillero: Evaluación y entrega de resultados control.
- En el 3° casillero: Recaída o Recidiva de ser un examen de control con resultado positivo.

En el ítem, Lab anote:

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

EXAMEN CONTROL CON GOTA GRUESA POSITIVO - MALARIA VIVAX

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		
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	
	X						R	R	3. Recidiva	P	X	R		U327

EXAMEN CONTROL CON GOTA GRUESA NEGATIVO - MALARIA VIVAX

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		
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	
	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 domiciliaria 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

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		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Colateral Examinado	P	X	R		U212
	X						C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	X	R	GG	U2142
	X						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 GOTAS GRUESAS POSITIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDECIA	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	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	P	D	R	RP	B519
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630	
	X						R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	
						M	N	N	1. Colateral Examinado	P	D	X		U212
							X	C	2.	P	D	R		
							X	R	3.	P	D	R		

COLATERAL FEBRIL EXAMINADO GOTAS GRUESAS NEGATIVO

DÍA	H.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDECIA	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	X	1. Malaria por P. Vivax sin complicaciones	X	D	R	RN	B519
	X						C	2. Evaluación y Entrega de resultados diagnóstico	P	D	R	GG	U2630	
	X						R	3. Administración de Tratamiento	P	D	R	1	U310	

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 U312

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

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

En el campo Lab: Registre

- En el 2° casillero el número de tratamiento 1, 2,...6, **TA** según corresponda; donde 1 indica el inicio de tratamiento y **TA** (7° administración de tratamiento) el fin del mismo.

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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1.Malaria por P. vivax sin complicaciones	P	D	X	1	B519
	2. Administración tratamiento supervisado								P	D	R	U310		
	3.								P	D	R			

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

En el campo Lab registre

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

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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Malaria por falciparum no grave	P	D	X	1	B509
	2. Administración de tratamiento 1° línea								P	D	R	U3111		
	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. 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	X	B538
	X					X	X	2. Administración supervisada de tratamiento	P	X	R	1	U310
	X					R	R	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. 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	X	R	R11X
	X					X	X	2. Reacción adversa a medicamento antimalárico	P	X	R		Y412
	X					R	R	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 EL REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA (99344) Y EL NUMERO DE LA VISITA 1,2,3,... SEGÚN CORRESPONDA**

CAPITULO 3

LEISHMANIASIS

EQUIPO DE TRABAJO:

Víctor Alberto Laguna Torres, DGSP, Coordinador Nacional de la ESN Metaxénicas y OTV's

Domitila Huamán Baltazar, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y Zoonosis

Estela Ramírez Montoya, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y Zoonosis

Aldo Enrique Balta Vilca, , OGEI, Área de Producción

Patricia Jeanette Vásquez Reyes, OGEI, Área de Producción

Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGEI, Área de Producción

Manuel Jesús Loayza Alarico, OGEI, Área de Producción

Código	Diagnostico / Actividades	Código	Diagnostico / Actividades
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 dela 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.

35

TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

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

- En el 1ºcasillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2ºcasillero Toma de Muestra de diagnostico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1ºcasillero “P”
- En el 2ºcasillero “D”

En el ítem: Labanote

- 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

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B551
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRT	U2142
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B551
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CTV	U2142
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

36

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									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RP	B551
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de Leishmaniasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRT	U2624
									3. Administración de tratamiento 1ª línea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U3111

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	B551
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de resultado de Leishmaniasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRT	U2624
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	B551
	06252348								2. Evaluación de resultado de resultado de Leishmaniasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FRT	U2624
									3. Administración de tratamiento 1° línea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	U3111

37

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1° casillero marque "R"
- En el 2° 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.
- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2, ..., "TA" según corresponda, donde "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.	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. Leishmaniasis cutánea	P	D	X	1	B551
	2. Administración de tratamiento 1º línea								P	D	R	2	U3111	
	3.								P	D	R			
	29134032													

Primer ciclo de tratamiento (TA 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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	X	1	B551
	2. Administración de tratamiento 1º línea								P	D	R	TA	U3111	
	3.								P	D	R	20		
	29134032													

Segundo ciclo 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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	X	2	B551
	2. Administración de tratamiento 1º línea								P	D	R	1	U3111	
	3.								P	D	R			
	29134032													

Segundo ciclo de tratamiento (TA 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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	X	2	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	TA	U3111
									3.	P	D	R	20	

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, donde "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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	X		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	1	U3112
									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	X		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	X		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	TA	U3112
									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, donde "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. 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. Leishmaniasis grave	P	D	X	B559	
	X						X	X	2. Administración de tratamiento	P	X	R	2	U310
	X						R	R	3.	P	D	R		

40

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		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	X	B559	
	X						X	X	2. Administración de tratamiento	P	X	R	TA	U310
	X						R	R	3.	P	D	R	42	

CUANDO SE FINALICE EL TRATAMIENTO, SE REGISTRARA EL TOTAL DE AMPOLLAS USADAS



REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIÁSICOS

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	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Mialgia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		M791
	2. Reacción adversa a medicamento antieishmaniasico								P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		Y4182	
	3.								P	D	R			

CAPITULO 4

DENGUE

EQUIPO DE TRABAJO:

Víctor Alberto Laguna Torres, DGSP, Coordinador Nacional de la ESN Metaxénicas y OTV's

Constantino Vila Córdova, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y Zoonosis

Estela Ramírez Montoya, DGSP, Equipo Técnico de ESN Metaxénicas y Zoonosis

Aldo Enrique Balta Vilca, , OGEI, Área de Producción

Patricia Jeanette Vásquez Reyes, OGEI, Área de Producción

Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGEI, Área de Producción

Manuel Jesús Loayza Alarico, OGEI, Área de Producción

DENGUE ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

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

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 (somnolencia 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 unos 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 1° casillero el diagnóstico según tipo de Dengue
- En el 2° casillero Toma de muestra diagnóstico
- En el 3° casillero Administración de Tratamiento, de ser el caso

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

- En el 1° casillero: Deje 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 el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin.
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1

Toma de muestra IGM

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	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	X	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	A970
	X					C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGM	U2142
	X					R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310

Toma de muestra IGG

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	32445	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	A970
	X					C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142
	X					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
- En el 3º casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin.
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1

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	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	X	1. Dengue sin señales de alarma	P	D	R	G	A970
	X					C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	IGG	U2142	
	X					R	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310	

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE EN LA VISITA DOMICILIARIA

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

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

En el ítem: Lab anote:

- En el 2° casillero Registre el tipo de examen:
 - PCR = Examen RT-PCR
 - AIS = Aislamiento viral
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1
- En el 3° casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin.
- En el 4° 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	X	1. Dengue sin señales de alarma	X	D	R		A970
	06252348									P	D	R	IGG	U2142
								R	R		P	D	R	1
						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 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 1° casillero el diagnóstico de Dengue identificado
- En el 2° casillero Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue
- En el 3° casillero Administración de Tratamiento

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

En el ítem, Lab anote:

- En el 1° 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 2° casillero: Registre el tipo de examen
 - > PCR = Examen RT-PCR
 - > AIS = Aislamiento viral
 - > IGM = Seroconversión IgM
 - > IGG = Seroconversión IgG
 - > NS1 = Antígeno NS
- En el 3° casillero el número de tratamiento (medicación): “1” para inicio y “TA” para fin.
- En el 4° casillero: Registre el tipo de Caso
 - > A = Caso Autóctono
 - > I = Caso Importado

48

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						X	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	PCR	U2142
							X	R	3. Administración de tratamiento	P	D	R	2	U310
						M	N	N	1.	P	D	R	A	99344
							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	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		A970
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IGG	U2142
									3. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	U310
						M	N	N	1.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	A	99344
							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
 - AIS = Aislamiento del virus chikungunya
 - IGM = Seroconversión IgM
 - IGG = Seroconversión IgG
 - NS1 = Antígeno NS1

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	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	RN	A970
	30652482								2. Evaluación y Entrega de Resultados de Dengue	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IGG	U2625
									3.	P	D	R		

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
 - 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
- 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	PERTENENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	ESTABLE	SERVICIO	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	X	1. Dengue sin señales de alarma	P	X	R	A970	
	X					E	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Dengue	P	X	R	IGG	U2625	
	X					R	R	3. Administración de tratamiento	P	X	R	2	U310	
						M	N	N	1. Visita domiciliaria	P	X	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									P	D	R		
04	1192	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Dengue sin señales de alarma	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	EPI	A970
	06252348					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Administración de tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
						<input checked="" type="checkbox"/>	R	R	3.	P	D	R	A	



Av. Salaverry 801 Jesús María Lima 11
INFOSALUD 0800-10828
www.minsa.gob.pe

