



## ENFERMEDAD DE CHAGAS

Código	Diagnóstico / Actividad
B570	Enfermedad de Chagas aguda
B576	Enfermedad de Chagas congénito
B579	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

#### Caso Probable de Chagas Agudo

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 Agudo Complicado

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

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

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: El 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: Considere Lab **SEV** si el diagnóstico presuntivo es complicado.
- 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
- **CTV** = Cultivo
- **DXD** = 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**

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. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	R		B570						
	06252348														2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	GF	U2142
															3.	P	D	R		



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

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. Enfermedad de Chagas aguda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	B570		
	16251448								C	C	2. Toma de muestra diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GF	U2142
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Si el personal de salud no realiza la toma de muestra**

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. Enfermedad de Chagas aguda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B570		
	06252348								C	C	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**CASO CONFIRMADO DE CHAGAS**

**Caso Confirmado de Chagas Agudo**

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**

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

**Caso Confirmado de Chagas Congénito:**

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: Considere Lab **SEV** si el diagnóstico es complicado.
- 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
- **CTV** = Cultivo
- **DXD** = 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	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 de Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B570		
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	GF	U2629
									R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>M</del>	<del>N</del>	<del>N</del>	<del>1.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del>A</del>	<del> </del>		
	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>C</del>	<del>C</del>	<del>2.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del> </del>	<del> </del>		
	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>F</del>	<del>R</del>	<del>R</del>	<del>3.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del> </del>	<del> </del>		

**Examen prueba positivo chagas en gestante (G) o puérpera (P)**

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 de Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	G	B570		
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	GF	U2629
									R	R	3. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>M</del>	<del>N</del>	<del>N</del>	<del>1.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del>A</del>	<del> </del>		
	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>C</del>	<del>C</del>	<del>2.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del> </del>	<del> </del>		
	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	<del>F</del>	<del>R</del>	<del>R</del>	<del>3.</del>	<del>P</del>	<del>D</del>	<del>R</del>	<del> </del>	<del> </del>		

**Si el personal de salud confirma el caso pero no realiza el 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				
04	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		B570		
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	GF	U2629
									R	R	3.	P	D	R	A	

**Si el personal de salud no confirma el caso pero si realiza el 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				
04	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>		B570		
	06252348								<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Administración de Tratamiento	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	U310
									R	R	3.	P	D	R		



**El registro de tipo de caso (autóctono o importado) si y solo si 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: Registre RN = Resultado Negativo
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen

**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 negativo chagas

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	16A	M	N	M	1. Enfermedad de Chagas aguda	<del>P</del>	D	R		B570		
	06252348								<del>E</del>	C	2. Evaluación y Entrega de resultados de Chagas	P	<del>D</del>	R	GF	U2629
									<del>F</del>	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	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	16A	M	N	N	1. Enfermedad de Chagas aguda	P	D	<del>R</del>		B570		
	06252348								<del>E</del>	<del>E</del>	2. Administración tratamiento	P	<del>D</del>	R	1	U310
									<del>F</del>	R	R	3.	P	D	R	

### 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: Considere Lab **SEV** si el diagnóstico es complicado.
- 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

- **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 el N° control, según corresponda.

**Toma de muestra control chagas**

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	16A	M	N	M	1. Enfermedad de Chagas Aguda	P	D	R		B570
	06252348								2. Toma de muestra control	P	D	R	GF	U2143
									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: Considere Lab **SEV** si el diagnóstico es complicado.
- 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

- **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 el N° control, 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	16A	M	N	M	1. Enfermedad de Chagas Aguda	P	D	R		B570
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	D	R	GF	U263
									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									P	D	R		
14	1192	1	80	Iquitos	16A	M	N	M	1. Enfermedad de Chagas Aguda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RN	B570
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados control	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GF	U263
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

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. Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		R51X
	06252348								2. RAM Antichagásico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Y4181
									3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



**El registro del síntoma principal es opcional.**