

## LEISHMANIASIS

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
B551	Leishmaniasis Cutánea	U2142	Toma de muestra diagnóstico
B552	Leishmaniasis Mucocutánea	U2143	Toma de muestra control
B550	Leishmaniasis Visceral	U310	Administración de Tratamiento Supervisado
B559	Leishmaniasis no especificada (Grave)	U3111	Administración de Tratamiento Supervisado 1ra. Línea / Fase
Y4182	Reacción Adversa a Medicamentos antileishmaniasicos	U3112	Administración de Tratamiento Supervisado 2da. Línea / Fase
U2624	Evaluación y entrega de resultados de Leishmaniasis		
U263	Evaluación y entrega de resultados de control		

### DEFINICIÓN DE CASO DE LEISHMANIASIS

**Caso Probable de Leishmaniasis Cutánea (B551).**- Se considera como caso probable de Leishmaniasis Cutánea a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de leishmaniasis, cuando menos desde hace dos semanas.
- **Criterio Clínico:** Presencia de una o más lesiones en la piel que inician con una pápula eritematosa, aumentando de tamaño hasta formar nódulos, con progresión a lesiones ulcerativas o úlcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa, de bordes bien definidos y ligeramente elevados, con secreción serosa o seropurulenta. El tiempo de evolución es mayor a dos semanas y no responde al tratamiento de antimicrobianos comunes.

**Caso Probable de Leishmaniasis Mucocutánea (B552).**- Se considera como caso probable de leishmaniasis mucocutánea, a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de leishmaniasis mucocutánea, cuando menos desde hace dos semanas.
- **Criterio Clínico:** Presencia de una o más lesiones granulomatosas elevadas o ulceradas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido lesión por bacterias comunes.

**Caso Probable de Leishmaniasis Visceral (B550).**- Se considera como caso probable de Leishmaniasis Visceral, a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas fronteriza con Brasil y Bolivia, o de zonas endémicas de leishmaniasis visceral, cuando menos desde hace 10 días.
- **Criterio Clínico:** Presencia de fiebre intermitente u ondulante, pérdida de peso y apetito, palidez progresiva, debilidad, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ictericia.

**Caso Confirmado de Leishmaniasis Cutánea, Mucocutánea y Visceral.**- Es todo paciente considerado como Caso Probable en el cual se demuestra infección por Leishmania mediante uno o más exámenes de laboratorio como frotis, cultivo, histopatología, inmunología y/o reacción en cadena de polimerasa.

**Caso Grave de Leishmaniasis Mucocutánea (B559).**- Es todo paciente considerado como caso probable o confirmado de leishmaniasis mucocutáneo con lesiones en paladar, epiglotis y cuerdas vocales, laringe y tráquea, afectando zonas mucosas amplias y/o profundas que hacen peligrar su vida, y requieren intervención terapéutica e inmediata. En estos casos además de las complicaciones mecánicas por destrucción física de la anatomía de las partes afectadas, puede asociarse complicaciones infecciosas bacterianas, fúngicas, por miasis entre otras.



### CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS

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

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

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

En el ítem: Lab anote

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

#### Toma de muestra diagnóstico con Frotis

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	P	D	R		B551		
	06252348								E	C	2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	FRT	U2142
											R	R	3.	P	D	R

#### Toma de muestra diagnóstico con Cultivo

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

### CASO CONFIRMADO DE LEISHMANIASIS

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 3º casillero Administración de tratamiento

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque "D" en todos los 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)
- En el 3º casillero: Registre el número de tratamiento
- En el 4º casillero: Registre "A" para caso autóctono o "I" para caso importado



**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	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	<del>D</del>	R	RP	B551
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de Leishmaniasis	P	<del>D</del>	R	FRT	U2624
									3. Administración de tratamiento 1° línea	P	<del>D</del>	R	1	U3111
						M	N	N	1.	P	D	R	A	
									2.	P	D	R		
									3.	P	D	R		



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

**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	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	<del>P</del>	D	R	RN	B551
	06252348								2. Evaluación de resultado de resultado de Leishmaniasis	P	<del>D</del>	R	FRT	U2624
									3.	P	D	R		

**CASO CONTROLADO DE LEISHMANIASIS**

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

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

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero: Registre el número de control realizado **1,2,3,...**
- 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)

**TOMA DE MUESTRA CONTROL LEISHMANIASIS CUTÁNEA:** Para la evaluación por laboratorio con fines de seguimiento se realizará un frotis en el 10º día de iniciado el tratamiento. Estas evaluaciones pueden ser más frecuente, si la condición clínica del paciente lo amerita.

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		
23	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>	1	B551
	06252348								2. Toma de muestra control	P	<del>D</del>	R	FRT	U2143
									3.	P	D	R		



**TOMA DE MUESTRA CONTROL LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA:** La evaluación por laboratorio se realizara a través de exámenes de frotis de borde interno lesional al 10º, 30º días y cada mes mientras las características de la lesión lo permita.

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		
23	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis mucocutánea	P	D	<del>R</del>	1	B552
	06252348								2. Toma de muestra control	P	<del>D</del>	R	FRT	U2143
									3.	P	D	R		

**EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS CONTROL**

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

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

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero: Registre el resultado del examen:
  - **RP**=Resultado Positivo
  - **RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
  - **FRT** = Frotis
  - **CTV** = Cultivo
  - **IGM** = Seroconversión IgM
  - **IGG** = Seroconversión IgG
  - **IFI** = Inmunofluorescencia Indirecta
  - **MON** = Montenegro (Leishmanina)
- En el 3º casillero: **PA** Si el Paciente está de Alta, si y sólo si con resultado negativo

**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		
25	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>	RP	B551
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	<del>D</del>	R	FRT	U263
									3.	P	D	R		

**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		
25	1192	1	80	Iquitos	26 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>	RN	B551
	06252348								2. Evaluación y Entrega de resultados control	P	<del>D</del>	R	FRT	U263
									3.	P	D	R	PA	

## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

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

- En el 1º casillero: El diagnóstico según el tipo de Leishmania
- En el 2º casillero: Administración de Tratamiento para Leishmania Grave, ó Administración de Tratamiento de 1º ó 2º línea para Leishmania cutánea y mucocutánea, según corresponda.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

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

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA Ó MUCOCUTANEA:** 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 28 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 con la misma dosis (20 días). 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; donde 1 indica el inicio de tratamiento y **TA** el fin del mismo.

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

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



**Cuando se finalice el tratamiento se registrará el total de ampollas utilizadas en el tercer campo Lab. Este registro está sujeto al conocimiento del mismo.**



**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	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>	2	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1° línea	P	<del>D</del>	R	1	U3111
									3.	P	D	R		

**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	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>	2	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1° línea	P	<del>D</del>	R	TA	U3111
									3.	P	D	R	20	



Quando se finalice el tratamiento se registrará el total de ampollas utilizadas en el tercer campo Lab. Este registro está sujeto al conocimiento del mismo.

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA Ó MUCOCUTANEA, CON FALTA DE RESPUESTA A SALES ANTIMONIALES PENTAVALENTES:** 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 de 25 a 42 días.

En el campo Lab: Registre, según corresponda

- En el 2° casillero el número de tratamiento 1, 2,..., TA; donde 1 indica el inicio de tratamiento y TA el fin del mismo.

**INICIO DE TRATAMIENTO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2° línea	P	<del>D</del>	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	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	<del>R</del>		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2° línea	P	<del>D</del>	R	TA	U3112
									3.	P	D	R	42	



El registro de Administración de Tratamiento de 2° línea sólo se aplica en los hospitales. Adicionalmente, cuando se finalice el tratamiento se registrará el total de ampollas utilizadas en el tercer campo Lab. Este registro está sujeto al conocimiento del mismo.

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA Ó MUCOCUTANEA GRAVE:** 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 42 días.

En el campo Lab: Registre, según corresponda

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

**INICIO DE TRATAMIENTO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	R		B559
	29134032								2. Administración de tratamiento	P	D	R	1	U310
									3.	P	D	R		

**FIN DE TRATAMIENTO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	R		B559
	29134032								2. Administración de tratamiento	P	D	R	TA	U310
									3.	P	D	R	42	



**Cuando se finalice el tratamiento se registrará el total de ampollas utilizadas en el tercer campo Lab. El registro del total de ampollas es opcional.**

**REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASICOS**

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	D	R		M791
	29134032								2. Reacción adversa a medicamento antileishmaniasico	P	D	R		Y4182
									3.	P	D	R		



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