

Guías de gestión asistencial

**Sarampión
de origen laboral**

Guías de gestión asistencial

Sarampión de origen laboral

Autoras

María Puget Bosch
Lidia Colomina Campderrós
María Jesús Rodríguez Bayarri

Edición

Noviembre 2019

Índice

1. Introducción-justificación
2. Objetivo y ámbito de aplicación
3. ¿Qué es el sarampión y cómo se transmite?
4. Prevención
5. Protocolo de actuación en los contactos laborales de riesgo
6. Protocolo de actuación frente a un posible caso de sarampión
7. Determinación de Contingencia
8. Bibliografía

Anexos

- | | |
|---------|---|
| Anexo 1 | Algoritmo de actuación contacto sarampión |
| Anexo 2 | Algoritmo de actuación ante caso de sarampión |
| Anexo 3 | Marco conceptual |
| Anexo 4 | Información para pacientes: normas de higiene respiratoria y lavado de manos |
| Anexo 5 | Webs sanitarias de referencia |
| Anexo 6 | Recomendaciones sobre las condiciones de recogida, almacenamiento y envío de muestras |
| Anexo 7 | Diagnóstico inicial y definitivo |

1. Introducción-Justificación

En los últimos años se han producido varios episodios de brotes de sarampión en las diferentes comunidades autónomas en todo el estado español. De hecho, desde el año 2007, el sarampión ha circulado en Europa produciendo varias ondas epidémicas, afectando en mayor o menor medida a la mayoría de países de Europa central y occidental. Este resurgimiento del sarampión, treinta años después de la introducción de la vacunación sistemática en el calendario de vacunación infantil, se explica por la falta de niveles óptimos de inmunidad debidos a la falta de adherencia a los calendarios de vacunación recomendados.

En España, la vacunación triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis) se introdujo de forma sistemática en la población infantil, a partir del año 1981 (1ª dosis a los 12 meses y 2ª a los 4 años).

2. Objetivo y ámbito de aplicación

El objetivo de esta guía es facilitar una herramienta de trabajo al personal sanitario de ASEPEYO para la gestión clínica de posibles casos de sarampión como enfermedad profesional y para el estudio de trabajadores no enfermos, posibles contactos expuestos por su trabajo a enfermos de sarampión, y de los que también se pudiera derivar una contingencia profesional.

Se considera población diana de este protocolo a los trabajadores que son derivados a la Mutua para estudio de posible caso de sarampión y/o posibles contactos de enfermos; siempre y cuando pueda determinarse una contingencia profesional (ej. sanitarios, parasanitarios, o trabajadores que realicen actividades que se encuentren en el cuadro de EP).



3. ¿Qué es el sarampión y cómo se transmite?

El sarampión es una enfermedad aguda, muy transmisible, que se caracteriza por presentar fiebre, tos, rinitis, conjuntivitis, manchas de Köplik en la mucosa oral y una erupción cutánea (fig. 1: exantema maculopapular) que inicia en la cara y se generaliza en dirección a las extremidades inferiores, que aparece entre el tercer y séptimo día, tras los primeros síntomas y dura entre 4 y 7 días.

El periodo de incubación es de unos 14 días y el periodo de contagiosidad va, desde 4 días antes del exantema, hasta cuatro días después de su aparición.

Está producido por el virus del sarampión (de la familia paramyxoviridae).

Se inactiva en presencia de luz intensa, calor y pH extremo.

El reservorio es exclusivamente humano y el mecanismo de transmisión es por contacto de persona a persona, a través de las gotas de Pflügge y de aerosoles. Raramente se transmite por contacto indirecto, de objetos contaminados por secreciones nasofaríngeas.

Las posibles complicaciones del sarampión se deben a la replicación viral o a la sobreinfección bacteriana. Pueden ser otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea y encefalitis. Las personas inmunodeprimidas presentan un mayor riesgo de complicaciones graves. Una complicación menos común pero más grave, que se desarrolla años después de la infección, es la panencefalitis esclerosante subaguda (1/10.000 -1/100.000 casos).

En los países industrializados, la tasa de letalidad del sarampión se sitúa entre 0,1 y 1 por 1.000 casos notificados. En las zonas templadas la enfermedad ocurre, principalmente, al final del invierno y comienzo de la primavera.

4. Prevención

La medida preventiva más eficaz es la **vacunación**. Está incluida en el calendario de vacunación sistemática con la triple vírica a los 12 meses y a los 4 años de edad.

La inmunidad después de pasar la enfermedad es para toda la vida. La inmunidad adquirida tras la vacuna persiste décadas, probablemente a lo largo de toda la vida.

Todos los profesionales que trabajan en un centro sanitario en contacto con pacientes deberían estar inmunizados contra el sarampión.

Se consideran personas inmunizadas a las que han recibido dos dosis de vacuna de triple vírica, las que presentan de forma documentada anticuerpos IgG anti sarampión o aquellas que según los estudios de prevalencia, están inmunizadas por su edad.¹

¹ Según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y según los resultados de la encuesta nacional de seroprevalencia, existe una gran variabilidad geográfica respecto a las coberturas en los programas de vacunación, de forma que, con carácter general, se asume que en España, los nacidos con anterioridad a 1971 estarían inmunizados (en Cataluña, por ejemplo, el punto de corte se sitúa en 1966). Los nacidos después del punto de corte establecido en cada área geográfica según encuestas de seroprevalencia locales, serían susceptibles de padecerla, salvo que ya hayan padecido la enfermedad o hayan sido vacunados. Actualmente se recomienda la vacunación en los nacidos entre 1970-1980, ya que hasta el 1981 no se estableció la vacunación del sarampión de una forma sistemática.

Los profesionales sanitarios de Asepeyo que no tengan evidencia de estar correctamente vacunados o de haber padecido el sarampión, pueden contactar con los sanitarios del Servicio de Prevención Propio.

5. Actuación ante un contacto Laboral de riesgo (ver Anexo I)

Ante la derivación o solicitud de estudio de trabajadores expuestos a un enfermo de sarampión, a los centros sanitarios de Asepeyo, se debe contactar con la unidad de vigilancia epidemiológica territorial. (Anexo V), para la confirmación del caso fuente.

Se aconseja, si es posible, la coordinación con los técnicos de vigilancia epidemiológica que, a través de encuestas, pueden identificar susceptibles (no

inmunizados) que han estado en contacto con el enfermo durante el periodo de transmisibilidad.

Las actuaciones sanitarias ante un contacto laboral de riesgo pueden incluir:

La **vacuna triple vírica** (sarampión, rubéola y parotiditis), efectiva para prevenir la enfermedad en los contactos susceptibles (no inmunizados) que han estado expuestos durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, si se administra antes de que pasen más de 72 horas de la exposición.

Inmunoglobulina humana inespecífica indicada para prevenir o atenuar el sarampión, si se administra pasadas las 72h y dentro de los 7 días después de la exposición. En casos en que la vacuna esté contraindicada (menores de 6 meses de edad, embarazadas, inmunodeprimidos, alergia a neomicina u otros componentes de la vacuna), deberá administrarse la inmunoglobulina lo antes posible, dentro de los 6 días tras la exposición (dosis de 0,25 ml/Kg de peso, hasta un máximo de 15 ml intramuscular).

ACTUACIÓN A SEGUIR:

En el caso de confirmarse que se trata de un contacto DE RIESGO en el ámbito laboral y que la actividad se encuentra descrita en el grupo 3 del Cuadro de EEPP RD 1299/2006 (enfermedades infecciosas causadas por el trabajo en tareas relacionadas con la prevención, con la asistencia médica y con actividades en que se ha comprobado que existe un cierto riesgo de infección), se abrirá episodio en Chamán como EP en periodo de observación y llevaremos a cabo el seguimiento del caso:

- En los contactos con inmunidad documentada, los trabajadores pueden acudir a su trabajo normalmente. Sin embargo, se debe recordar que deben avisar, si presenta fiebre o síntomas compatibles con sarampión, en los siguientes 18 días.
- En los contactos no inmunizados, el procedimiento a seguir es:
 - Si han pasado menos de 72h: vacunación triple vírica (administrar la 2ª dosis a las 4 semanas).
 - Si han pasado entre 72h y menos 7 días: vacunación de la vacuna triple vírica.

En caso de embarazadas, inmunodeprimidos, menores de 6 meses y alérgicos, administrar Inmunoglobulina inespecífica (IG).

Una vez recibida la dosis de vacuna o IG pueden incorporarse de forma inmediata al trabajo, **excepto en el caso de los profesionales sanitarios que deberán ser excluidos del trabajo, del día 5 al 21 desde la exposición.**

La vacuna triple vírica se podrá administrar entre 5-6 meses después de la administración de la inmunoglobulina, en aquellos individuos para los que no exista contraindicación.

En los contactos no inmunizados, si han pasado más de 7 días: en personal sanitario, deberán excluirse del puesto de trabajo hasta pasados 21 días tras el exantema del caso fuente. En estos casos, puede realizarse el [cribado serológico \(determinación anticuerpos IgM e IgG frente a sarampión\)](#) y reincorporar inmediatamente a los que muestren protección serológica frente a la enfermedad. Se recomienda la vacunación

Nota: En caso de sanitarios vacunados con dos dosis, no se recomienda la realización de serología. No obstante, si esta se realiza y presenta resultados con serología negativa o dudosa, hay que administrar una tercera dosis, y excluir del trabajo al profesional del ámbito sanitario desde el 5º a los 21 días posteriores a la exposición.

CHAMÁN: Informar diagnóstico en Fase Inicial y al concluir el caso, confirmar o descartar en Fase Definitivo (ANEXO VII).

6. Actuación sobre un posible caso de sarampión [\(ver Anexo 2\)](#)

Si un trabajador acude a un centro sanitario de ASEPEYO (centro asistencial u hospital) con un cuadro clínico compatible con un posible caso de sarampión de probable origen laboral (imprescindible informe del sistema público de salud (SPS) o derivación del servicio de prevención correspondiente (que oriente al posible origen profesional), actuaremos de la siguiente forma:

- Ante cualquier caso sospechoso, se deberán aplicar las medidas de aislamiento y protección respiratoria: facilitarle una mascarilla quirúrgica y ubicarlo en un box o sala individual, separada de la sala de espera común. Recordarle las recomendaciones de higiene respiratoria (ofrecer pañuelos de un solo uso, protección respiratoria al toser o estornudar) e higiene de manos (Anexo IV).
- Ante un caso de enfermedad clínicamente compatible con sarampión se debe contactar de forma urgente (antes de 24 horas) con la unidad de vigilancia epidemiológica del ámbito territorial correspondiente, quien coordinará las actuaciones de control y confirmación del caso, ya que cada caso debe ser investigado en un periodo de tiempo no superior a 48 horas desde su detección. (Anexo V. Webs sanitarias de referencia)
- Siguiendo siempre las instrucciones establecidas por la unidad de vigilancia epidemiológica, se abrirá episodio en Chamán de EP en periodo de Observación, realizando una historia clínica y laboral que incluya antecedentes patológicos y de vacunación triple vírica, cuadro clínico y existencia o no de pruebas de laboratorio que confirmen el caso. Se interrogará sobre posible fuente de exposición laboral o no laboral y afectación de otras personas. Se puede solicitar la confirmación serológica (a través del laboratorio de referencia) por determinación de Ac IgM

anti sarampión (entre el 4º y el 11º día después de la aparición del exantema), así como la identificación del virus (PCR) mediante muestra de orina o frotis faríngeo (menos de 8 días desde la aparición del exantema). (Anexo VI)

- En función de su situación clínica, sobre todo si se valoran complicaciones (respiratorias y neurológicas principalmente), deberá remitirse al centro hospitalario de referencia.

CHAMÁN: informar diagnóstico en Fase Inicial y al concluir el caso, confirmar o descartar en Fase Definitivo (ANEXO VII).

7. Determinación de la Contingencia

Los posibles casos sintomáticos con sospecha de sarampión de origen laboral y los contactos con exposición confirmada, derivados al centro asistencial, se abrirán como Enfermedad profesional en Periodo de Observación.

La consideración de un caso de sarampión como enfermedad profesional de certeza, será valorado, una vez confirmado el diagnóstico y sólo en situaciones de exposición laboral demostrada, por la presencia de casos o brote en el ámbito laboral y siempre en el contexto de los epígrafes del grupo III del cuadro de EEPP RD 1299/2006:

3A0101	Personal sanitario
3A0102	Personal sanitario y auxiliar de instituciones cerradas
3A0103	Personal de laboratorio
3A0104	Personal no sanitario, trabajadores de centros asistenciales o de curas de enfermos, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio
3A0105	Trabajadores de laboratorios de investigación o análisis clínicos
3A0106	Trabajos de toma, manipulación o uso de sangre humana, o de sus derivados
3A0107	Odontólogos
3A0108	Personal de auxilio
3A0109	Trabajadores de centros penitenciarios
3A0110	Personal de orden público

Los casos confirmados deben ser advertidos de evitar la exposición con otras personas hasta que hayan completado el tratamiento. Ello supone la separación temporal del medio laboral cuando implica contacto directo con otras personas, sobre todo en colectividades como residencias, hospitales, colegios,...

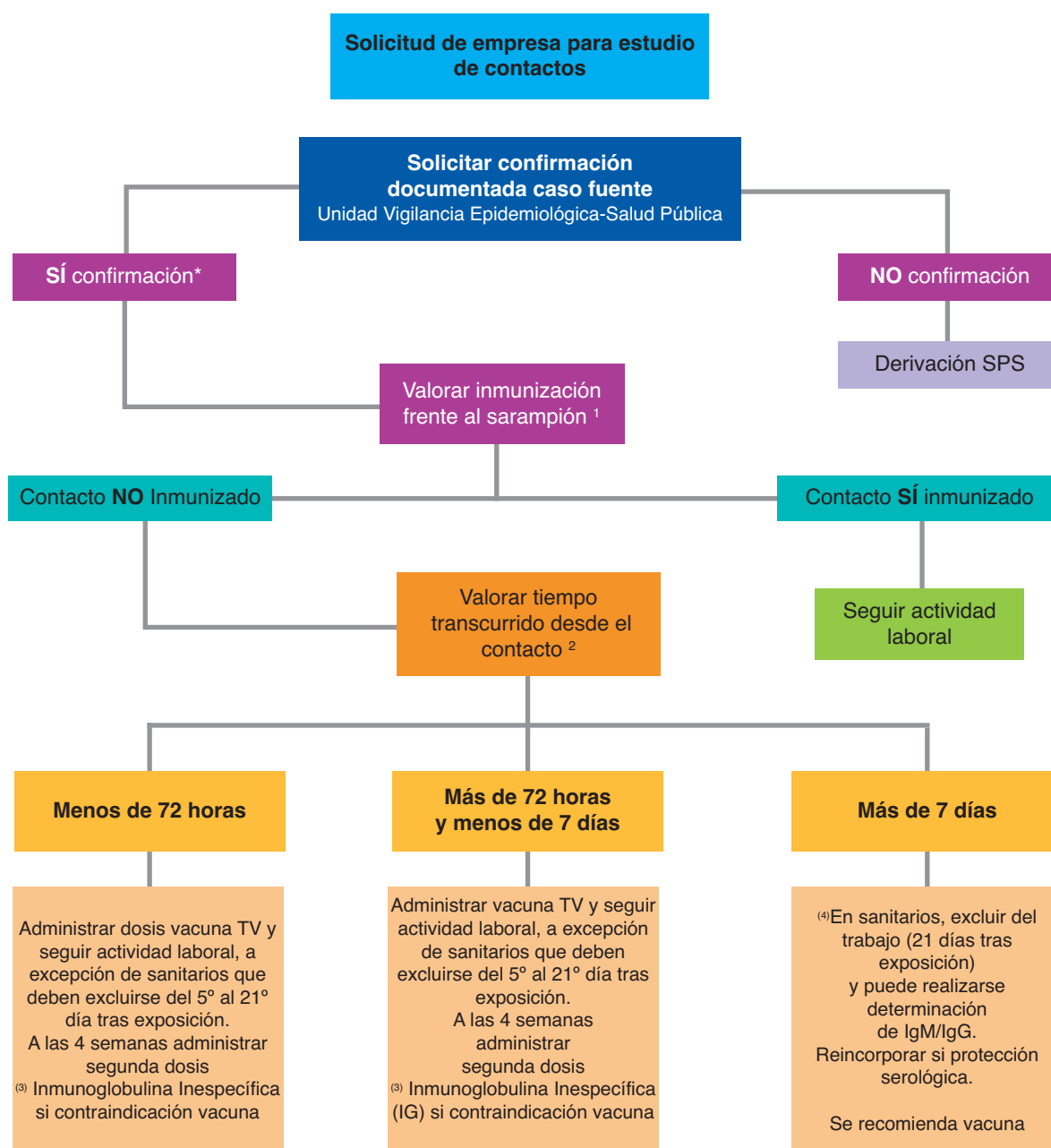
- Si se confirma el caso de sarampión y la actividad laboral del trabajador se encuentra en el cuadro de EP, la declararemos como tal.
- En el caso de que la actividad no estuviese en el cuadro, pero el contagio fuese clara y documentadamente laboral, se podría plantear como Accidente de Trabajo, siempre que se pudiera demostrar exclusividad.
- En el caso de que no existiese exposición laboral tendría la consideración de patología común.

8. Bibliografía

- Ángela Domínguez García, Eva Borràs López. El Sarampión. Séptima Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. 2008.
- Plan Nacional de Eliminación del sarampión. España 2007. Centro nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. COBERESP.
- Informe Anual de la Vigilancia del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita en España. Plan Nacional de eliminación de sarampión y de la rubeola. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Año 2012.
- Protocol d'actuació per a la prevenció i el control del xarampió. Documents de vigilància epidemiològica. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Protocolo de Vigilancia y Alerta del Sarampión. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. RENAVE. Revisión 2014.

Anexo I

Algoritmo de actuación ante un posible contacto con un enfermo de sarampión

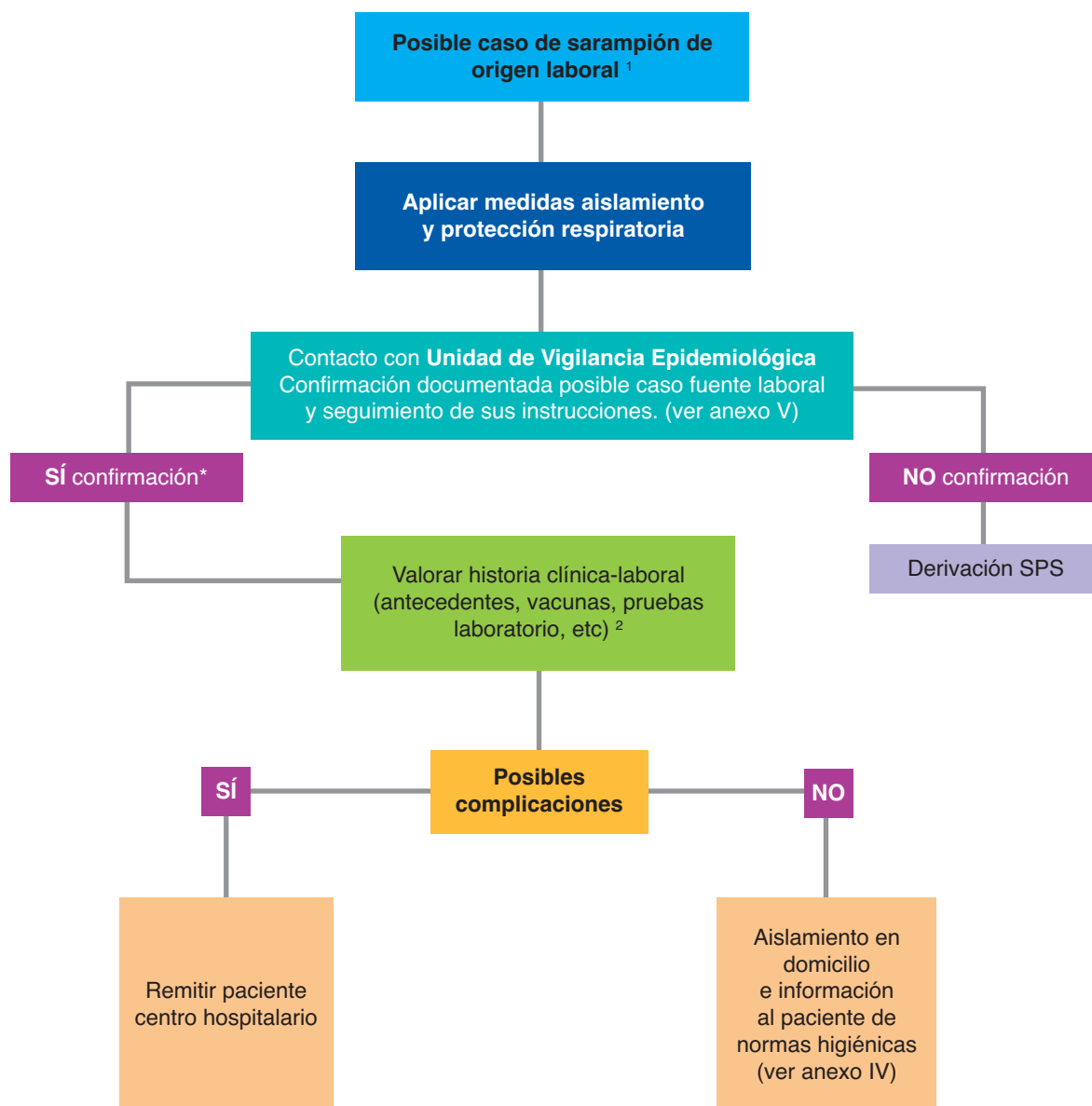


* El episodio se abrirá como Enfermedad Profesional en periodo de observación, si está en el grupo III del cuadro de EEPP del RD 1299/2006.
Informar diagnóstico en **fase inicial** y posteriormente cerrar en **fase definitivo** (anexo VII).

1. Se consideran inmunizados los que han recibido 2 dosis de vacuna triple vírica documentada, haber sufrido sarampión y a los nacidos antes del 1971.
2. La exposición se considera desde 4 días antes de la aparición de exantema hasta 4 días después del exantema del caso Fuente.
3. IG Indicada en los casos en que la vacuna está contraindicada a: embarazadas, inmunodeprimidos, menores de 6 meses y personas con antecedentes de alergia.
4. Las personas en las que la determinación serológica es (IgM (-) y **IgG (+)**) están inmunizadas y pueden reincorporarse a su actividad laboral.

Anexo II

Algoritmo de actuación ante un posible caso de sarampión



* El episodio se abrirá como Enfermedad Profesional en periodo de observación, si está en el grupo III del cuadro de EEPP del RD 1299/2006. Informar diagnóstico en [fase inicial](#) y posteriormente cerrar en [fase definitivo](#) (anexo VII).

1. Debe ir acompañado con informe del Sistema Público de Salud o del Servicio de Prevención correspondiente orientando al posible origen profesional.
2. Se puede solicitar la determinación serológica de Ac IgM antisarampión (entre el 4º y el 11º día después de la aparición del exantema., así como PCR y frotis (ver anexo VI)

Anexo III

Marco conceptual

Definición clínica de caso (criterio clínico): exantema maculopapular generalizado que dura 3 días o más, fiebre superior o igual a 38°C, y tos o rinitis o conjuntivitis.

Criterio de laboratorio: Si presenta al menos uno de los cuatro siguientes:

- Respuesta de anticuerpos específicos del virus del sarampión (IgM o IgG) en el suero o saliva.
- Detección de ácido nucleico del virus del sarampión en una muestra clínica.
- Aislamiento del virus del sarampión en una muestra clínica.
- Detección de antígeno del virus del sarampión en una muestra clínica mediante tinción directa con anticuerpos monoclonales fluorescentes específicos del sarampión

El criterio diagnóstico de elección es la detección de IgM específica en suero.

Criterio epidemiológico: vínculo epidemiológico con un caso confirmado: contacto con un caso de sarampión confirmado por laboratorio entre 7-18 días antes del inicio de síntomas.

Caso Sospechoso: definición clínica del caso, no confirmación serológica o virológica y no está relacionado epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio.

Caso Probable: persona que cumple los criterios clínicos y que tiene un vínculo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Caso Confirmado: enfermedad confirmada por laboratorio o que cumple la definición clínica de caso y que está relacionada epidemiológicamente con un caso confirmado por laboratorio.

Caso Prevenible: no vacunado, de 13 meses o más, sin evidencia de inmunidad frente al sarampión, sin contraindicaciones médicas para la vacuna y sin motivos religiosos y/o filosóficos para no recibir la vacuna.

Caso Importado: cualquier caso relacionado con una fuente de infección exterior, cuando el exantema se inicia durante los 18 días después de su llegada.

Brote epidémico: existencia de dos o más casos relacionados epidemiológicamente.

Anexo IV

Información para pacientes: normas de higiene respiratoria y lavado de manos

Se recomiendan las siguientes actuaciones de **higiene respiratoria** para aquellas personas que presenten síntomas de infección respiratoria aguda:

- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable al toser o estornudar
- Siempre utilizar pañuelos de papel y tirarlos a la basura de forma inmediata después de su uso
- Evitar tocarse los ojos o la mucosa nasal con las manos sucias
- Tras haber tosido o estornudado, lavarse las manos adecuadamente con agua y jabón

El **lavado de manos** es una medida fundamental para prevenir la transmisión de la infección.

- Por su efectividad y utilización inmediata, pueden utilizarse preparados de base alcohólica específicos para la higiene de manos, siempre que estas no estén visiblemente sucias o contaminadas con secreciones. En este caso debe realizarse el lavado con agua y jabón.
- El lavado de manos se debe realizar con agua y jabón líquido o antiséptico, frotándolas durante 10 segundos y aclarándolas con abundante agua corriente.

Técnica de lavado de manos

1. *Humedecer las manos con agua corriente*
2. *Aplicar jabón líquido (preferentemente, con dosificador)*
3. *Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 segundos*
4. *Aclarar con abundante agua corriente. Secar las manos, preferentemente, con toallas de papel*

La higiene de manos siempre antes y después de cualquier contacto con pacientes, con secreciones o excreciones y con material que haya estado en contacto con las mismas.

Anexo V

Webs sanitarias de referencia

Web Ministerio Sanidad Consumo y Bienestar Social

<https://www.mscbs.gob.es/>

Web Instituto Salud Carlos III

<http://www.isciii.es>

Webs de salud de las Comunidades Autónomas

<http://www.juntadeandalucia.es/salud>

<https://www.aragon.es/temas/salud>

<https://www.asturias.es/portal/site/webasturias/menuitem.6ae732be36e43aef9fe97477f2300030/?vgnextoid=51678967fb15e010VgnVCM100000b0030a0aRCRD&vgnnextchannel=f745090dc76ed210VgnVCM1000002f030003RCRD&i18n.http.lang=es>

<https://www.ibsalut.es/>

<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/>

<http://www.saludcantabria.es/>

<http://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidadyasuntossociales/estructura/dgsspdcc>

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/>

<http://www14.gencat.cat/sacgencat/AppJava/adreces.jsp?tema=Salut&subTema=Serveis+Territorials+de+Salut&codi=232>

<http://www.sp.san.gva.es/>

<http://www.saludextremadura.com/web/portalsalud/directorio/consejeriasanidad>

<http://www.sergas.es>

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155886657113&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_subhome&pestanna=1&vest=1155886657113

<http://www.murciasalud.es/>

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/portada+ISP.htm

<http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-ghhome00/es/>

<http://www.riojasalud.es/>

<http://www.ceuta.es/ceuta/por-servicios/sanidad-y-consumo>

http://www.melilla.es/melillaPortal/contenedor_tema.jsp

Anexo VI

Recomendaciones sobre las condiciones de recogida, almacenamiento y envío de muestras

En los casos excepcionales en que deba realizarse la recogida de muestras para el estudio serológico o de aislamiento del virus en nuestros hospitales, según las instrucciones de las unidades epidemiológicas de referencia, se establecen las recomendaciones siguientes:

Recogida y transporte de muestras de sangre para la detección de anticuerpos IgM e IgG.

Recoger 5 ml de sangre por venopunción en un tubo estéril debidamente identificado (5ml para niños mayores y adultos y 1ml para lactantes y niños pequeños) y etiquetarlo adecuadamente con el nombre o el número de identificación del paciente y la fecha de la recogida. Dejarlo en reposo el tiempo que precise para que se retraiga el coágulo y luego centrifugar a 1000 x g durante 10 minutos para separar el suero.

Como norma general, las muestras de suero deberían enviarse al laboratorio tan pronto como sea posible, siendo conservado a 4° C hasta el momento del envío. El envío no debe retrasarse esperando la recogida de otras muestras clínicas, ya que es de suma importancia tener un diagnóstico lo antes posible. Si no es así, se puede almacenar a 4-8° C, durante un tiempo máximo de 7 días. Si, por algún motivo excepcional, se fuera a almacenar durante mas tiempo deberá hacerse a -20° C.

La congelación y descongelación repetida puede alterar la estabilidad de los anticuerpos IgM.

Para el envío del suero se utilizaran cajas de material impermeable o bien paquetes de hielo congelados y adecuadamente colocados en el interior de la caja de transporte. Dentro del paquete se introducirá material absorbente como algodón, que pueda empapar cualquier escape que pudiera ocurrir.

Recogida y transporte de muestras de orina para el aislamiento y detección por PCR de los virus

Recoger la primera orina de la mañana en un frasco estéril (10-50 ml) con cierre de rosca hermético. La orina debe centrifugarse, preferentemente, dentro de las 24 horas después de su recogida a 500 x g (aprox. 1500 rpm) a 4° C durante 5-10 minutos. Descartar el sobrenadante y resuspender el sedimento en 2-3 ml de medio de transporte de virus estéril, medio de cultivo celular o PBS. El pellet así resuspendido deberá ser conservado a 4° C y enviado antes de 48 horas. Si esto no es posible se congelará a -70° C y se enviará con hielo seco dentro de un vial adecuadamente protegido contra la contaminación por CO₂.

Si la orina no puede ser centrifugada en origen se enviará al laboratorio antes de 48 horas por el medio más rápido posible y con acumuladores de frío (4-8° C). No congelar.

Recogida y transporte de muestras de exudado nasofaríngeo para el aislamiento y detección por PCR de virus

Las muestras nasofaríngeas pueden obtenerse por: aspirado nasal, lavado faríngeo o por frotis con hisopo de la mucosa nasofaríngea.

Los aspirados o lavados se harán con solución salina estéril y se mezclarán con medio de transporte de virus para su envío. El frotis nasofaríngeo se obtiene por frotamiento firme de la nasofaringe y de la garganta con un hisopo estéril para obtener células epiteliales. Los hisopos se colocarán en un medio de transporte vírico. Las muestras nasofaríngeas se enviarán al laboratorio, antes de 48 horas, por el medio más rápido posible y con acumuladores de frío (4-8°C).

Para consultas:

*Área de Orientación Diagnóstica
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de salud Carlos III
Carretera de Majadahonda-Pozuelo, km 2
28220 Majadahonda Madrid España*

*Teléfono: 91 822 37 01- 91 822 37 23- 91 82236 94
CNM-Área de Orientación Diagnóstica <cnm-od@isciii.es>*

Anexo VII - Diagnóstico inicial y definitivo

En relación al diagnóstico, debería indicarse como diagnóstico inicial y estudio de sospecha de sarampión. Fase “Inicial”.

The screenshot shows a software window titled "Diagnóstico principal". At the top, there are radio buttons for "Reducida" (selected) and "ICD", followed by a dropdown menu. Below this, the "Diagnóstico:" section contains a text box with "0559A" and a dropdown menu with "Sarampión". To the right of this section is a green checkmark icon. Below the diagnosis section is a large text area labeled "Estudio de sospecha de sarampión". Further down, there are fields for "Fecha:" (03/06/2019), "Hora:" (0:00), "Lateralidad:" (empty dropdown), "Pronóstico:" (empty dropdown), and "Fase:" (Inicial). To the right of the "Fase:" field is a checkbox labeled "Alerta". Below these fields is a section labeled "Causa externa:" with a large text area. At the bottom, there are two small text boxes. On the right side of the form, there are several icons: a pencil, a green checkmark, a red X, a folder, and a document with a red X.

Si se confirma el diagnóstico cambiar a Fase “Definitivo”:

This screenshot is identical to the one above, but the "Fase:" dropdown menu is now set to "Definitivo". The green checkmark icon to the right of the diagnosis section is now highlighted, indicating that the diagnosis has been confirmed.

Si se descarta, definitivamente, cambiar a Fase "Definitivo":

Diagnóstico principal

Codificación: ☐ Reducida ☒ ICD CIE9

Diagnóstico:

V01.79 CONTACTO/EXPOSICION A OTRAS ENFERMEDADES VIRICAS

Exposición a sarampión sin desarrollo de la enfermedad

Fecha: 03/06/2019 Hora: 0:00 Lateralidad: Pronóstico: Fase: Definitivo ☐ Alerta

Causa externa:



ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON
LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

900 151 002

www.asepeyo.es