



## Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981

Carmen NAVARRO

Jefe de la Sección de Epidemiología de  
la Consejería de Sanidad y S. S.

### I. INTRODUCCION

La etiología más frecuente de las meningitis bacterianas es la meningocócica, aunque en bastantes ocasiones la infección por estos gérmenes provoca un cuadro grave de sepsis sin llegar a aparecer sintomatología meníngea. Por ello utilizamos el término *Infección Meningocócica* que es más útil y preciso desde el punto de vista epidemiológico que el de meningitis meningocócicas.

En la Región Murciana alrededor de la tercera parte de los casos de infección meningocócica son formas graves de sepsis y los otros dos tercios se presentan como meningitis. En 1980 y 1981 el porcentaje de sepsis meningocócica fue del 30,1 y 32,5, respectivamente.

La infección meningocócica tiene en la actualidad un pronóstico bastante favorable cuyos pilares básicos son el diagnóstico precoz y el tratamiento con penicilina, habiendo descendido la letalidad del 50% a menos del 10%. La tasa de letalidad, sin embargo, continúa alta para los casos de meningococemia fulminante a pesar del tratamiento antibiótico, de ahí la necesidad de comenzar la terapia lo antes posible.

### II. MATERIAL Y METODO

Las fuentes de datos utilizadas han sido las siguientes:

a) Libro de registro de infección meningocócica de la Sección de Epidemiología. En él se recogen los casos notificados por los hospitales de la región, bien directamente —Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca (C.S.V.A.), Hospital Provincial y Hospital de Marina— o a través de los Centros Comarcales de Salud, que es el caso de la Residencia del Rosell de Cartagena. Estos datos se contrastan con los que figuran en los partes de declaración semanal remitidos por los Jefes Locales de Sanidad y Médicos Titulares.

Las variables registradas son: edad, sexo, fecha de incidencia, domicilio, hospital que efectúa la declaración, colegio o guardería, resultados analíticos y evolución.

b) Libros de registro de cultivos de Líquido Cefalorraquídeo y sangre de la C.S.V.A.

El criterio para aceptar cada caso ha sido que se consideran infecciones meningocócicas:

a) Todas las sepsis meningocócicas.

b) Las meningitis bacterianas, clínicamente compatibles con la etiología meningocócica, tanto si el cultivo es positivo para meningococos como si es negativo, descartando, obviamente, los casos en que se aíslan otros gérmenes.

Esto significa que, posiblemente, nuestros datos están algo «inflados», pero creemos que de momento este criterio es mejor que sólo aceptar los casos positivos.

La metodología aplicable ha sido la propia de la epidemiología descriptiva.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Situación general

En 1981 se declararon 160 casos de infección meningocócica, lo que supone una tasa de 16,7 por cien mil habitantes. Esta tasa es un 22,6% más baja que el año anterior (21,6), aunque el descenso ha sido menor que el de 1980 respecto a 1979, que fue del 35,5%. (Tabla 1, Gráfica 1).

La tendencia secular en la Región Murciana (2, 3, 4) al igual que en el conjunto de España, es por ondas epidémicas. La onda epidémica en que nos encontramos actualmente se inició en 1972, tuvo su máxima incidencia en 1979 y ahora estamos en la fase descendente.

En relación con España (5) la tasa, en 1981, es ligeramente mayor (13,6) y la evolución en los

últimos años que era semejante hasta 1980 en España ha ascendido en el último año. (Tabla 1 y Gráfica 1).

TABLA 1

INFECCION MENINGOCOCICA REGION MURCIANA Y ESPAÑA. CASOS Y TASA DE MORBILIDAD POR 100.000 HABITANTES. 1971-1981

	Región Murciana		España	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1971	34	4,0	3.671	10,8
1972	15	1,7	2.655	7,7
1973	29	3,3	2.246	6,4
1974	33	3,7	2.089	5,9
1975	49	5,6	1.932	5,4
1976	43	4,7	1.834	5,1
1977	84	9,0	2.550	7,0
1978	181	19,7	4.419	12,0
1979	321	33,5	6.618	17,6
1980	209	21,6	4.806	12,7
1981	160	16,7	5.171	13,6

Fuente: RAMOS GARCIA, E., autora «Meningitis meningocócica en Murcia. 1941-1978», *Bol. Ep. R. M.*, 1, 50 (1979). Elaboración propia.

Las defunciones registradas han sido 7, lo que significa una tasa de mortalidad de 0,7 por 10<sup>5</sup>. La letalidad es del 4,3%, que es algo más baja que en 1980 (6,7) y 1979 (6,2) y bastante más que en 1978 (13,3).

3.2. Distribución estacional e índice endemo-epidémico

La Gráfica 2 representa la distribución semanal de los casos comparándola con la mediana del septenio-1980 y con el máximo y mínimo de casos notificados cada semana en el mismo periodo.

La curva estacional ha sido la esperable de la enfermedad, y en general a las de transmisión por vía aérea, correspondiendo la máxima incidencia a los meses de invierno y primavera, y la mínima a la época estival.

Globalmente considerado, el año 1981 ha sido un año de incidencia superior a lo normal con un índice epidémico acumulado del 1,8, pero es preciso distinguir lo siguiente. Hasta la semana 22 la incidencia ha sido todavía superior a la mediana e inferior siempre a los valores máximos, mientras que a partir de ese momento los valores están en torno a la mediana. Esto significa que el año epidemiológico 1980-1981 ha sido de incidencia superior a la normal y el año 1981-1982 se perfila como un año de incidencia normal y probablemente el siguiente será ya de baja incidencia.

3.3. Distribución Espacial

La distribución por comarcas de la infección meningocócica en los últimos cuatro años, figura en la Tabla 2 y Mapas 1 al 4.

TABLA 2

INFECCION MENINGOCOCICA REGION MURCIANA. DISTRIBUCION COMARCAL DE CASOS Y TASAS. 1978-1981

	1978		1979		1980		1981	
	c	t	c	t	c	t	c	t
Noroeste .....	12	18,9	21	32,6	11	17,1	11	17,8
Altiplano .....	5	11,1	10	22,0	9	19,8	9	19,5
Lorca .....	8	7,1	37	22,3	15	9,0	24	21,6
Cartagena ....	56	24,3	78	33,2	65	27,3	36	15,1
Mula .....	6	27,2	1	4,4	3	13,2	0	0
Alcantarilla ..	0	0	10	24,4	6	14,6	2	4,8
Cieza .....	5	9,3	12	24,6	6	12,3	4	8,3
Molina .....	0	0	28	37,4	13	17,3	14	18,2
Fort./Aban. ..	0	0	8	29,8	4	14,8	3	15,8
Murcia cap. ..	89*	19,5	116	40,8	77	27,0	56	19,6
TOTAL ..	181	19,7	321	33,5	209	21,6	160	19,6

\* Estos datos incluyen lo que en 1978 consideramos como comarca de Murcia, es decir: Alcantarilla, Molina y Fortuna / Abanilla.

Fuente: RAMOS GARCIA, E. y autora: op. cit. Elaboración propia.

En 1981 la enfermedad ha afectado de manera bastante homogénea a la región, estando la mayoría de las comarcas con valores normales en relación a la tasa media regional. Ninguna comarca tiene incidencia muy alta, Lorca (21,6) presenta incidencia muy alta, Alcantarilla (7,2) y Cieza (8,3) baja y Mula no ha registrado ningún caso. En el resto de la tasa está comprendida en un  $\pm 25\%$  de la media.

3.4. Distribución por sexo y edad

En cuanto a la edad se da un patrón semejante al de años anteriores y de acuerdo a lo normal a esta enfermedad que afecta sobre todo a lactantes y primera infancia. La distribución es similar a la de 1980; una cuarta parte de los casos corresponde a niños menores de dos años (24,3%), casi un 30% al grupo de 3-4 años y otro 20% al grupo de 5 a 9. El 25% restante se reparte en los de 10 años en adelante (Tabla 3).

TABLA 3

INFECCION MENINGOCOCICA REGION MURCIANA. MORBILIDAD, MORTALIDAD Y LETALIDAD. DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD. 1981

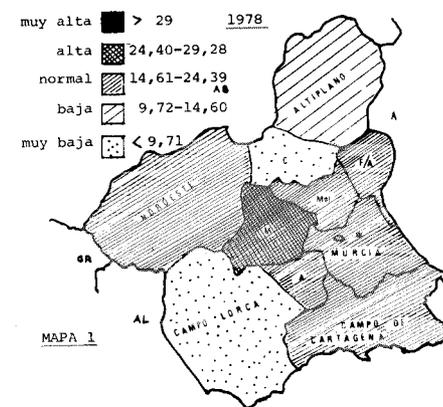
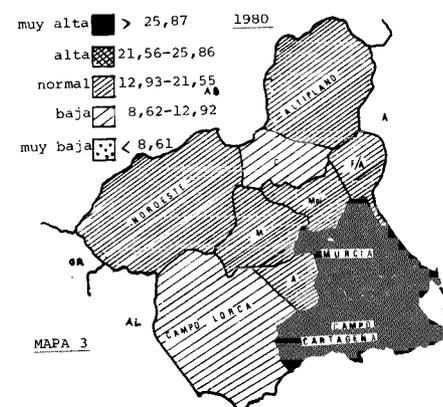
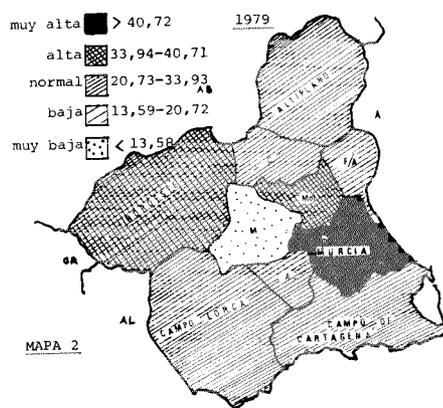
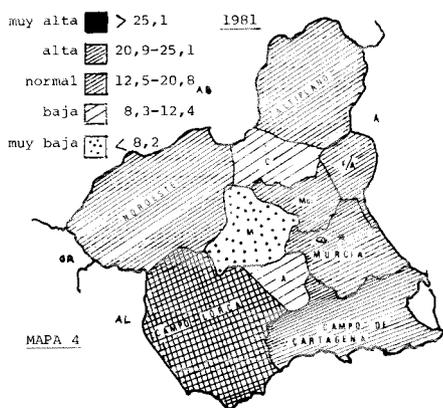
Años	Hom- bres		Muje- res		TOTAL		L	AC	% AC
	C	D	C	D	C	D			
>1 .....	11	1	12	—	23	1	4,3	23	14,3
1 .....	13	2	3	—	16	2	12,5	39	24,3
2 .....	12	—	6	—	18	—	—	57	35,6
3 .....	6	—	6	—	12	—	—	69	43,1
4 .....	12	1	6	1	18	2	11,1	87	54,3
5 .....	5	—	5	—	10	—	—	97	60,6
6-9 .....	12	—	10	—	22	—	—	119	74,3
10-14 .....	8	—	3	—	11	—	—	130	81,2
15-19 .....	7	—	5	1	12	1	8,3	142	88,7
20-39 .....	3	—	3	—	6	—	—	148	92,5
40-59 .....	3	—	—	—	8	—	—	156	95,5
60 y más ..	2	1	2	—	4	1	25,0	160	100,0
TOTAL ..	94	5	61	2	160	7	4,3		

C = Casos.—D = Defunciones.—L = Letalidad (C:D x 100).—AC = Casos acumulados.

Fuente: Libro de Registro y elaboración propia.

# INFECCION MENINGOCOCIA. TASAS DE MORBILIDAD POR COMARCAS. 1978-1981

## MAPAS 1, 2, 3 Y 4



Respecto al sexo se da un predominio de los varones (58,7%), que se debe a una mayor afectación del grupo de 1 a 4 años.

### 3.5. Confirmación microbiológica

Solamente poseemos resultados microbiológicos de la C.S.V.A., que notificaron 109 de los 160 casos, lo que representa el 68,1%. De estos 109 se aisló meningococo en 26 casos —en L.C.R. y/o sangre—, lo que supone un 23,8% y el resto de cultivos fue negativo.

En relación con otras meningitis bacterianas las meningocócicas fueron casi un 50%, siguiéndoles en importancia Estafilococos, Neumococos y Klebsiella (ver Tabla 4).

TABLA 4

### ETIOLOGIA DE LAS MENINGITIS BACTERIANAS ASISTIDAS EN LA C.S.V.A. 1981

GERMEN	N.º casos
<i>Neisseria meningitidis</i> .....	23
<i>Staphylococcus</i> sp. ....	6
<i>Streptococcus pneumoniae</i> .....	4
<i>Klebsiella</i> sp. ....	3
<i>Haemophilus influenzae</i> .....	1
<i>Brucella mellitensis</i> .....	1
<i>Streptococcus haemolit.</i> .....	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> .....	1
BGNMF (*) .....	1
<i>Listeria monocitogenes</i> .....	1
<i>Enterobacter cloacae</i> .....	1
<i>E. Coli</i> .....	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>45</b>

\* Bacilo gram negativo no fermentador.

Hay que señalar que 5 casos que resultaron con cultivo positivo para meningococos —2 en sangre y 3 en L.C.R.— no habían sido notificados.

En cuanto al tipo de meningococo sólo se investigó en 9 casos, en 5 de los cuales (55,5%) se identificó el grupo B. Los grupos A, C y D se aislaron una vez cada uno y el restante caso no pudo tiparse.

### 3.6. Casos secundarios

No se ha producido ningún caso secundario, aceptando como criterio la «aparición de la enfermedad en un contacto con el enfermo después de las 24 h. y antes de los 31 días de la hospitalización del caso índice» (6 y 7).

En el mes de diciembre se produjeron 2 casos coprimarios en dos hermanas de 7 y 2 años.

### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Este año ha sido de menor incidencia de infección meningocócica que el pasado, continuando

la fase descendente de la actual onda epidémica, cuyo máximo fue en 1979 con una tasa de 33,5. La observación de la curva estacional y el índice endemo-epidémico hacen prever una continuación del descenso, lo que se confirma con el hecho de que el índice epidémico acumulado hasta la semana 22 de 1982 es de 0,8, cuando para igual periodo en 1981 era de 2,6.

La letalidad ha sido bastante baja (4,3%) como corresponde a los años no epidémicos. Sin embargo, esto no se ha visto correspondido con un descenso en el porcentaje de sepsis, que incluso ha aumentado ligeramente. En consecuencia hemos de concluir que ha mejorado el pronóstico en estas formas clínicas probablemente por revestir menor gravedad de comienzo.

La distribución por edades ha sido la esperable, concentrándose la mitad de los casos en los menores de cinco años, como ya ocurrió el año pasado.

En relación con la etiología el escaso número de meningococos tipados no permite sacar conclusiones, sólo señalar el predominio del grupo B, aunque es bastante menos importante, que en el resto de España: 48% en Murcia, y 91% en España, según los datos del Laboratorio de Referencia de Meningococos en 1980 (8).

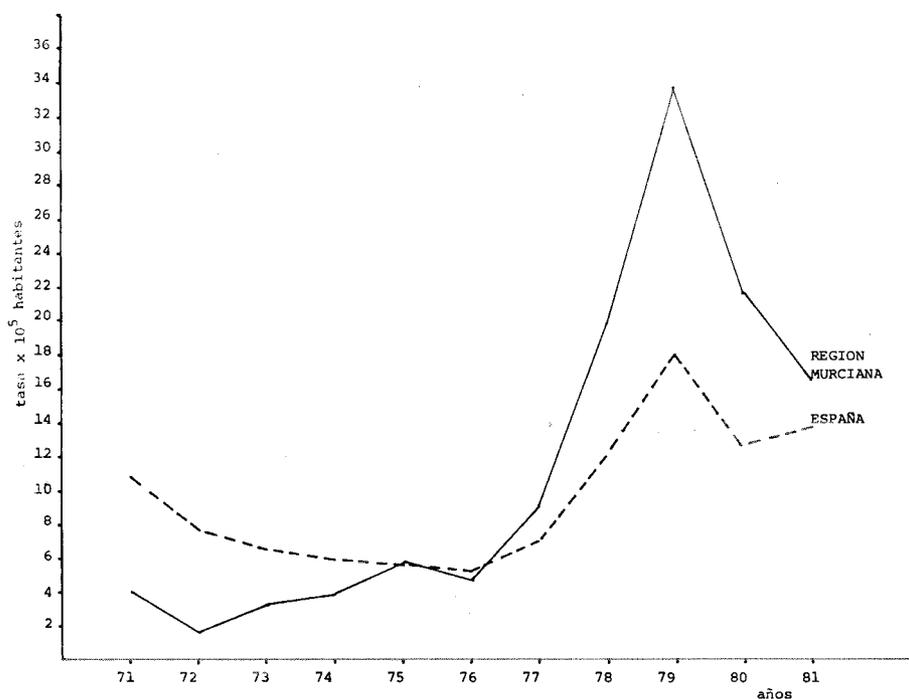
La no aparición de casos secundarios nos anima a seguir con las recomendaciones que venimos haciendo en cuanto al uso de la quimioprofilaxis. Basados en varios hechos (6, 9, 10 y 11) —resistencia de los meningococos a sulfamidas, ineficacia de penicilina para tratamiento de portadores, mayor riesgo en contactos familiares y guarderías, concentración de los casos secundarios en menores de 6 años, etc.— el criterio que seguimos en las medidas de control del caso son:

- 1) Diagnóstico precoz.
- 2) Vigilancia de contactos.
- 3) Tratamiento con *Rifampicina* durante tres días, exclusivamente a los contactos familiares que conviven con el enfermo y, en el caso de que sea *menor de 6 años*, también a los *compañeros que asisten a su misma clase en guardería o colegio*. En el resto de los casos no está indicada la quimioprofilaxis. Este criterio, no obstante, es bastante amplio pues en bastantes países no se recomienda ninguna otra medida además del diagnóstico precoz y la vigilancia de contactos.

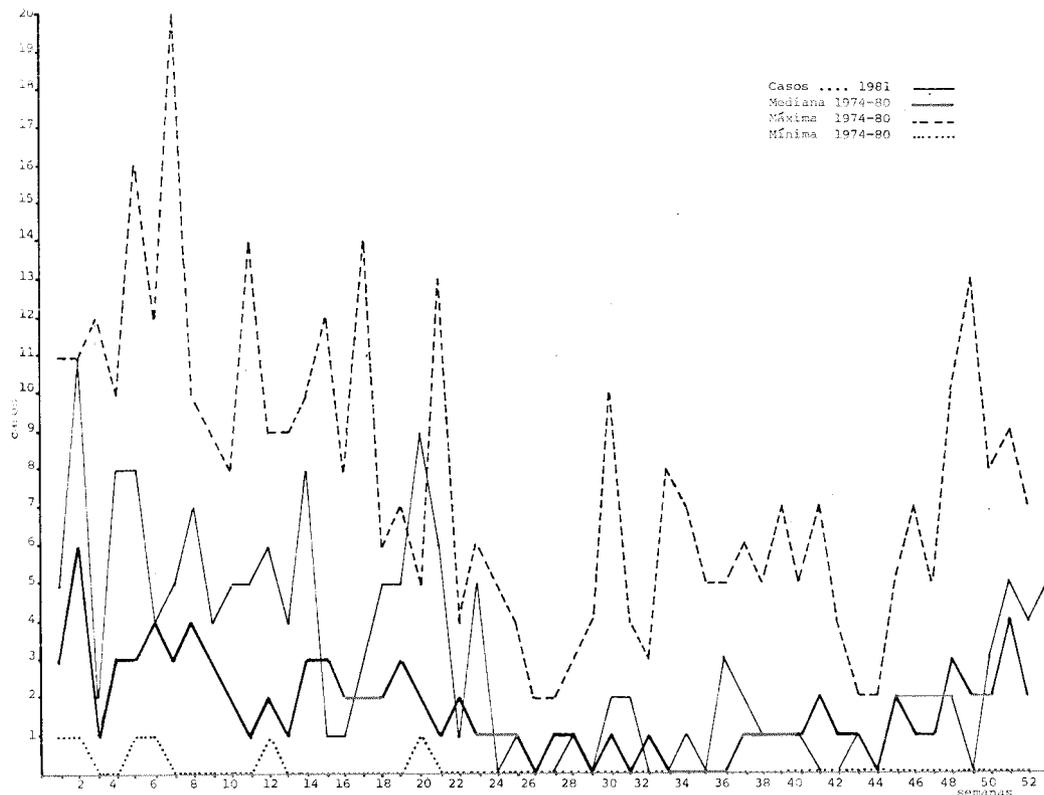
NOTAS:

1. BENENSON, A. S.: *Control of Communicable Diseases in man*. Washington, 1975.
2. RAMOS GARCIA, E. y autora: *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 1, núm. 50 (1979).
3. RAMOS GARCIA, E. y autora: *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 2, núm. 63 (1980).
4. RAMOS GARCIA, E. y autora: *Bol. Epid. Sem. Murc.*, 3, 3-10 (1981).
5. *Bol. Epid. Sem.* Dirección General de Salud Pública (1981), pág. 415.
6. BERNABEU MUR, F. et al: «Incidencia de ataque secundario por infección meningocócica en los colectivos menores de cinco años», *Med. Clín.*, 74, 40-44 (1980).
7. CASAL, J.: «Aspectos preventivos de la meningitis meningocócica», *Trib. Méd.*, 4 mayo 1979.
8. *Bol. Epid. Sem.* Dirección General de la Salud Pública (1981), pág. 9.
9. BURIAN, V.; GOTSCHLICH, E.; KUZEMENSKA, P. and SVANDOVA, E.: «Naturally occurring antibodies to *Neisseria meningitidis*», *Bull. W.H.O.*, 55/6, 653-657 (1977).
10. DE WALS, P.; BOLLLE, I.; DE MAEYER CLEEMPOEL, S. and LECHAT, M. F.: «Consideration sur la chimioprophyllaxie des meningococcies», *Louvain Med.*, 96, 175-180 (1977).
11. DOWD, J. et al: «Antibiotic prophylaxis of carriers of sulfadiazine resistant meningococci», *J. Infect. Diseases*, 116, 473-480 (1966).

GRAFICA 1.—INFECCION MENINGOCOCICA. EVOLUCION TEMPORAL DE LA TASA POR 100.000 HABITANTES. REGION MURCIANA Y ESPAÑA. 1971-1981



**GRAFICA 2.—INFECCION MENINGOCOCICA. DISTRIBUCION ESTACIONAL. 1974-81**



## **Actitudes y conocimientos sobre la educación sanitaria de maestros y estudiantes de Magisterio. Resultados de una encuesta**

**Elvira RAMOS GARCIA**  
 Jefe Sección Promoción de Salud  
**Pedro SATURNO HERNANDEZ**  
 Profesor de Higiene y Sanidad

### **I. INTRODUCCION**

La Educación Sanitaria en la escuela es uno de los pilares fundamentales sobre los que asienta el desarrollo de la cultura sanitaria de la población (1, 2, 3). Es necesario por tanto organizar esta rama de la E. S., para lo cual es imprescindible partir del conocimiento de la actitud del Profesorado de E.G.B. hacia esta enseñanza y sus contenidos, y también dichos aspectos entre los alumnos de Magisterio. Ello nos dará los fundamentos científicos de programación y planificación de esta tarea dirigido hacia ambos colectivos: el magisterio en activo y el alumnado de las Escuelas de Magisterio.

Para lo cual hemos realizado este trabajo con un doble objetivo:

1) Conocer la actitud de maestros y futuros maestros hacia la E. S.

2) Medir el grado de conocimientos sobre temas de salud que nos permita conocer el punto de partida de nuestros programas.

### **II. MATERIAL Y METODO**

1) Material:

Confeccionamos una encuesta de 37 ítems. 10 de actitudes y 27 de conocimientos. Los 10 de actitudes hacían referencia a: qué acciones consideraban más eficaces para elevar la educación sanitaria de la población; cuál era el papel del maestro en la salud del escolar; debía enseñarse la E.S. en el currículum del Magisterio y en qué forma; debían las entidades educativas y sanitarias organizar actividades de E.S. para maestros. Los 27 de conocimientos estaban dirigidos a conocer el nivel de los maestros en contenidos de legislación sobre sanidad escolar, alimentación, transmisión de

enfermedades y su prevención, salud física, salud mental con aspectos tan importantes como hábitos nocivos (tabaco, alcohol, drogas) y sexualidad.

Se repartieron 1.000 encuestas de forma aleatoria entre profesores de E.G.B. y alumnos de Magisterio, por los estudiantes de Magisterio de la optativa de E.S. de Murcia, 500 entre el profesorado y 500 entre los alumnos.

## 2) Método:

Se analizaron los resultados según métodos estadísticos de distribución de frecuencias para cada ítem. y sus porcentajes, así como se buscaron correlaciones entre algunas de las cuestiones. Analizamos conjuntamente las respuestas de profesionales y estudiantes, dejando para otro trabajo más amplio un estudio pormenorizado de ambos colectivos.

### III. RESULTADOS

#### 1) Respuesta global de la encuesta:

De las 1.000 encuestas repartidas se recogieron 613 que correspondían, 367 (73%) a alumnos del Magisterio y 242 (48%) al profesorado. Al 52% de encuestas no contestadas del profesorado, hay que añadir 15% de respuestas incompletas aduciendo los encuestados que las preguntas de contenidos sanitarios no debieran ser objeto de encuesta.

La distribución de las mismas, por edad, sexo, estado civil, nivel docente o discente y lugar de residencia es la siguiente:

— Por edad: 18-19 años, 20%. 20-24 años, 32%. 25-34 años, 23%. 35 años, 13%.

Se han producido pocas respuestas entre los maestros mayores de 25 años, por el rechazo antes explicado a la encuesta de este grupo de edad.

— Por sexo: 36%, varones. 63%, mujeres. Es decir gran predominio del sexo femenino.

— Por estado civil: 71%, solteros. 26%, casados. Por las razones antes aducidas de la juventud de los que han contestado la encuesta.

— Por nivel docente o discente: 1.º Magisterio, 244 (40%). 2.º Magisterio, 91 (15%). 3.º Magisterio, 32 (5%). Prof. EGB en activo, 242 (40%).

— Por lugar de residencia: Murcia, 41%. Vegas Alta y Media, 12%. Cartagena y Lorca, 24%. No contestan, 12%.

#### 2) Respuestas a algunos de los temas más significativos.

No entramos a describir exhaustivamente los resultados de la encuesta, por ser objeto de otro trabajo más amplio, vamos a ceñirnos a concretar los aspectos fundamentales.

A) Entre las actitudes acerca de la Educación Sanitaria hemos de reseñar:

a) Respecto a las acciones de Educación Sanitaria que consideran más efectivas para la población:

— El 40% señala que debe incorporarse la Educación Sanitaria al currículum de Magisterio, para que sean los maestros los que desde la infancia colaboren para la adopción de hábitos higiénicos.

— Un 20% cree que debe ser el médico en la consulta quien dé esta Educación Sanitaria.

— Un 17% opina que sean los médicos y personal sanitario los que den charlas periódicas a la población.

— Un 12% hace descansar la Educación Sanitaria en las campañas publicitarias y espacios formativos en los medios de comunicación social.

b) Acerca del papel del maestro en el campo de la salud escolar.

— Un 73% opina que colaborar en la detección precoz de alteraciones sensoriales, mentales, posturales, etc.

— Un 59% colaborar dentro de comités de Higiene del medio escolar.

— Un 50% impartir educación sanitaria.

— Un 20% saber hacer exámenes de salud periódicos y revisiones elementales a los escolares. Indica cierta confusión de funciones.

c) Sobre la introducción de la Educación Sanitaria en el currículum de Magisterio, un 94% lo cree necesario.

d) Sobre la forma de impartir Educación Sanitaria en el currículum de Magisterio:

— Un 47% como seminario permanente que organice ciclos de charlas y cursos periódicos de formación, de adscripción voluntaria para el alumnado.

— Un 28% como asignatura con entidad propia.

— Un 14,5% como asignatura optativa.

e) El 95% considera conveniente que las instituciones educativas y sanitarias organicen cursos de Educación Sanitaria para maestros.

B) Acerca del nivel de contenidos sanitarios reflejados en la encuesta destacamos:

a) El 72% desconoce cuál es la causa fundamental de mortalidad en el periodo escolar.

b) El 86% desconoce la legislación sobre Sanidad Escolar.

c) Sólo un 35% conoce qué material se utiliza para la inmunización de los sujetos.

El 68% de los encuestados sólo enumera tres vacunas como conocidas, las del tétanos, rubéola y poliomiélitis.

d) Acerca de las diferencias entre bacterias y virus, sólo un 32% da una respuesta correcta.

e) Acerca de las enfermedades transmitidas por vía aérea, oral y por contacto sólo un 50% dan respuestas correctas.

f) Acerca de problemas de alimentación: Un 63% conoce una dieta correcta para el escolar. Un 80% conoce los principios inmediatos de la alimentación y ejemplos de cada uno de ellos. Un 30% indica por qué es importante la leche en la alimentación.

g) Acerca del papel del maestro frente al tabaco: Un 56% cree que juega un papel fundamental el maestro en la adquisición o repudio del hábito; fuman un 52% de los encuestados; fuman un 50% en la clase, aunque creen que debían abstenerse, pero no lo hacen.

h) El 85% considera necesario que se trate el tema de las drogas en la escuela, aunque sólo un 38% considera como drogas el tabaco y el alcohol.

i) El 96% de los encuestados opinan que debe existir educación sexual en el medio escolar, que sitúan entre 4-6 años un 41%, en los 7 un 14%, a los 8 y 10 años un 16%, a los 11 a 13 años un 15% y en mayores de 13 años un 7%.

j) Sólo un 12% contesta a la pregunta acerca de métodos contraceptivos que conocen. Entre los más conocidos figuran la píldora (81%), el preservativo (64%) y el OGINO y DIU (40%).

k) Acerca de por qué no se da fecundación siempre que hay cópula, sin utilizar ningún medio anti-conceptivo, sólo un 55% contesta correctamente. Y un porcentaje similar da respuesta correcta al número de óvulos y espermatozoides que se liberan cada mes.

l) En una pregunta acerca de partes anatómicas de los aparatos genital masculino y femenino no contesta un 15 a 17%, porcentaje que asciende a un 60% cuando se les pide que dibujen tales aparatos. Sólo un 20% contestan de forma completa la pregunta.

#### C). Correlaciones entre algunas cuestiones.

De las correlaciones investigadas merece la pena señalar:

— Los encuestados de más edad que pertenecen al estado civil de casados tienen por lo general un mayor nivel de conocimientos acerca de casi todos los temas (alimentación, patología, educación sexual, etc.). En este grupo se da también un porcentaje mayor de personas que han abandonado el hábito de fumar.

— Los encuestados comprendidos entre 25 y 34 años, uno de los grupos de edad más importante en la respuesta a la encuesta, son los que gozan de un mayor nivel acerca de todas las cuestiones tanto de actitudes como de conocimientos.

## IV. CONCLUSIONES

Dada la importancia de la encuesta, como comentábamos al principio, para conocer el punto de partida de actividades y conocimientos de los profesores de E.G.B. para poder programar la enseñanza de la Educación Sanitaria, podemos concluir de los resultados mencionados:

1.º El sentimiento de decepción que nos ha producido la gran abstención en la respuesta a la encuesta. No son muy significativos los resultados obtenidos debidos al gran sesgo que ha supuesto la escasez de respuestas entre los mayores de 35 años. Acerca de temas de tan gran transcendencia en el campo de la Sanidad Escolar como el de los factores de riesgo de enfermar (alimentación, tabaco, alcohol, drogas, sexualidad, agentes infecciosos, etc.), desconocemos cuál es el nivel de actitud y conocimiento del Magisterio en activo. Tal vez haya sido un problema metodológico, por lo que creemos, que debemos abordar de nuevo la realización de la encuesta en este nivel.

Es verdad que la encuesta es un método de acercamiento a la realidad del que en nuestro medio muchos desconfían, pero existen pocos procedimientos que puedan revelarnos mejor que éste el objetivo buscado.

2.º El que no conozcan la legislación sobre Sanidad Escolar un 86% de los encuestados indica que todavía no existe una conciencia y una relación fructífera entre los responsables sanitarios de esta parcela y el cuerpo docente. El Ministerio de Sanidad ha editado un *Manual para control de enfermedades transmisibles en el medio escolar*, en el que además del tema de base, compendia la legislación sobre materia sanitaria en dicho medio. En Murcia se han repartido unos 2.000 ejemplares en los centros escolares.

3.º Entre los que han contestado, se ha evidenciado lo importante de la Educación Sanitaria del maestro que desgraciadamente tiene todavía un nivel insuficiente de conocimientos de las cuestiones sanitarias. La introducción de la Educación Sanitaria en el currículum del Magisterio y otro tipo de acciones dirigidas a mejorar el nivel de conocimientos sanitarios de los maestros han sido respuestas casi unánimes.

4.º La temática abordada en la encuesta, que abarca todos los aspectos fundamentales para la promoción de salud del escolar no es conocida de forma homogénea por los encuestados, que tienen una concepción más bien física del enfermar, por lo que los aspectos psíquicos y sociales que influyen en la salud del escolar están menos comprendidos. Preocupan más temas como accidentes en el escolar, salvamento y socorrismo, cuya aplicación concreta será algo puntual y ocasional, que aspectos de formación higiénica continuada en

los aspectos mentales, físicos o de deportes, sociales o de convivencia, adaptación al medio escolar, etc.

5.º La necesidad de realizar comités de vigilancia de la salud del escolar y del medio, la consideran un 60% de los encuestados, y es positivo este hecho que entronca con la importancia que tiene la comunidad en el logro de su salud. Es preciso organizar estos comités en las Escuelas en las que junto al médico escolar y claustro de profesores figuren las asociaciones de padres de alumnos para plantear y resolver conjuntamente los problemas sanitarios que puedan producirse y

más importante aún, velar para que se eviten todos aquellos para los que existen métodos de prevención.

#### BIBLIOGRAFIA

1. TURNER, C.E.; SELLERY, C.M.; SMITH, S.L.: «School health and health education», ed. 6, The C.V. Mosby Co., 1970.
2. KILANDER, H.F.: «School health Education», 2th ed. New York. The Mc Millan Co. 1968.
3. ANDERSON, C.L.; CRESWELL, W.H.: «School Health Practice», 6 th ed. Saint Louis Tha C.V. Mosby Co. 1976.

---

## Reseña de publicaciones sanitarias de la Región Murciana

NAVARRO SANCHEZ, Carmen: *Estructura Sanitaria del Campo de Cartagena. 1960-1980*, Murcia, Universidad de Murcia, 1982.

El Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia acaba de editar este libro que está basado en la Tesis de Licenciatura de la autora, dirigida por el Profesor Pedro Marset que también firma el prólogo.

Se trata de un estudio sobre la comarca del Campo de Cartagena que analiza detalladamente los recursos sanitarios en los aspectos de infraestructura —red de agua potable, alcantarillado, recogida de basuras—, personal —médicos, A.T.S., farmacéuticos y veterinarios—, asistencia primaria y hospitalaria, todo ello precedido de un capítulo sobre los rasgos demográficos, características económicas y de la población activa, en relación con su influencia en el nivel sanitario.

Este tipo de trabajos, por su condición de básicos, no atraen a muchos y sin embargo al realizarlos aparece su importancia al descubrir la escasez de datos estadísticos que posee España como, asimismo, la escasa fiabilidad de las estadísticas oficiales. Toda una era de administración sanitaria española como ciencia está iniciándose ahora al ir construyendo pacientemente, por un grupo de sanitarios, estos pilares de información como punto de referencia para cualquier tipo de estudio o planificación en nuestro país.

El trabajo presenta un análisis de los recursos no sólo del conjunto de la comarca sino que desciende a los escalones municipales y locales, haciendo un balance de la situación más reciente, la evolución histórica de los últimos veinte años y formulando algunas propuestas para el futuro.

La conclusión general es que los recursos de que dispone la comarca no son suficientes para hacer frente a las necesidades actuales ni, por supuesto, a las demandas que el desarrollo turístico, la puesta en marcha del trasvase Tajo-Segura y otros factores de cambio, están creando. Los sectores más deficitarios resultan ser el saneamiento, el personal de enfermería y veterinaria, la asistencia primaria y hospitalaria.

Además, también se concluye en la necesidad de seguir avanzando en el estudio del funcionamiento de la organización sanitaria para una correcta administración y planificación del sector salud, todo ello con el convencimiento de la necesidad de elevar el nivel de conciencia sanitaria de la población, de potenciar su responsable participación en los asuntos sanitarios, y de, igualmente, sensibilizar a los propios profesionales en la importancia de la medicina preventiva y el fomento de la salud.

El libro constituye una obra de consulta obligada para todos los interesados por los temas sanitarios de la Región Murciana.

**N. de la R.**—Dada la dificultad de conocimiento de todas las publicaciones de los sanitarios murcianos por la amplitud de los órganos de difusión, rogamos que cuantos estén interesados en que se divulguen desde aquí los resúmenes de contenidos se dirijan al Servicio de Publicaciones de la Consejería de Sanidad y S. S., Ronda de Levante, 11 - MURCIA.

# ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

## REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA

21 de abril

A las 7,30 h. de la tarde, en el salón de actos de la Casa de la Cultura, «La formación continuada. Necesidad ineludible para el médico hoy».

Dr. D. Adolfo NUÑEZ PUERTAS, Catedrático de Cirugía General de la Universidad de Madrid y Jefe del Departamento de Cirugía Experimental del Centro Ramón y Cajal.

25 de mayo

A las 7 de la tarde, en el salón de actos de la Casa de Cultura, toma de posesión de su cargo de Académico numerario, el Dr. D. Manuel FUENTES DE AYNAT, Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, con el discurso doctrinal acerca de «La técnica de la parada cardíaca incorporada a la medicina».

\* \* \*

**I Curso sobre AVANCES EN ANTIBIOTICOTERAPIA, organizado por la Cátedra de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina, que dirige el profesor Francisco MARTIN UENGO, y por el Colegio de Médicos, se celebrará los días 27 y 28 de mayo de 1982 en el salón de actos de la antigua Jefatura de Sanidad, con arreglo al siguiente programa:**

Jueves, 27

7,30 tarde: Introducción.

7,45-8,30: *Aportación de las nuevas Penicilinas en el tratamiento de las Infecciones Bacterianas.*

Dr. L. DROBNIC ORAZEM, Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital «Ntra. Sra. del Mar», de Barcelona.

8,30-9: Coloquio con moderador.

9-9,30: Cena fría.

9,30-10,15: *Nuevos aspectos de la terapéutica con Aminoglucósidos. Indicaciones y uso clínico.*

Dr. F. J. GARAY ALEMANY, de la Sección de Infecciosas de la C. Sanitaria «Príncipes de España», de Hospitalet, Barcelona.

10,15-10,45: Coloquio con moderador.

Viernes, 28

7,30-8,15: *Aplicación correcta de las Cefalosporinas. Valoración de las nuevas Cefalosporinas en el tratamiento de las Infecciones graves.*

Dr. E. BOUZA SANTIAGO, Jefe de la Sección de Infecciones del Centro Especial «Ramón y Cajal», de Madrid.

8,15-8,45: Coloquio con moderador.

8,45-9,15: Cena fría.

9,15-10: *Valor del empleo del sentido común en la elección del tratamiento antibiótico (commom sense).*

Dr. J. GOMEZ GOMEZ, del Departamento de Medicina Interna de la C. Sanitaria «Virgen de la Arrixaca», de Murcia.

10-10,30: Coloquio con moderador.

10,30: Clausura del curso y entrega de diplomas.

**N. de la R.**—Nos hemos dirigido a los Colegios Profesionales, Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, INSALUD y Directores de Centros Hospitalarios para que tengan a bien comunicarnos con la antelación suficiente cuantos actos, simposiums y conferencias se vayan a celebrar, para su difusión en este Boletín.

