



## ANALISIS VACUNACION FRENTE A POLIOMIELITIS, DIFTERIA-TETANOS-TOS FERINA. REGION MURCIANA. 1981

Elvira RAMOS GARCIA

Jefe de Sección de Promoción de Salud

### I. INTRODUCCION

Como todos los años, venimos evaluando las vacunaciones infantiles realizadas en nuestra región, desde el ángulo numérico de cobertura, que es el único sistema de recogida de datos que tenemos por ahora instaurado. Estamos diseñando un procedimiento más correcto, de vigilancia del proceso mediante ordenador en los municipios populosos, y de modificación del registro en los municipios pequeños. En este último caso, no dará resultado, mientras no exista una estructura sanitaria adecuada en el primer nivel.

### II. MATERIAL Y METODO

El material se recoge:

- de los partes mensuales de vacunación que envían los Jefes Locales de Sanidad.
- de los vacunados en los Servicios de Vacunación de la Consejería: generales y de Puericultura.
- de la información de las vacunas expendidas en las oficinas de Farmacia, datos que recogemos por primera vez este año.

El método de análisis es el de hallar los porcentajes de vacunación y efectuar comparaciones con años anteriores (1, 2, 3). Ha sido difícil evaluar los datos de las vacunaciones expendidas en farmacias, porque los Centros de distribución no han podido suministrarlos con precisión las vacunas que quedan en la región, y las que van a farmacias de las provincias limítrofes, por lo que este apartado, este año, no lo vamos a tratar más que como cifras orientativas del volumen de vacunación privada.

### III. RESULTADOS

#### a) Cifras globales y porcentajes.

Se han vacunado los siguientes niños:

— Poliomielitis: 1.<sup>a</sup> dosis, 16.060 (87,5%); 2.<sup>a</sup> dosis, 15.538 (84,3%); 3.<sup>a</sup> dosis, 15.534 (84,5%). Recuerdo, 31.252 (57%).

— Difteria-Tétanos-Tosferina: 1.<sup>a</sup> dosis, 15.499 (84,0%); 2.<sup>a</sup> dosis, 15.106 (81,9%);

3.<sup>a</sup> dosis, 14.270 (77,7%).

Difteria-Tétanos: 11.751 (64%).

Como siempre se dan porcentajes más altos para las primeras dosis, que para las siguientes, aunque este año cabe destacar que la tercera dosis no ha descendido tanto como en los años 1979 y 1980. También se observa mayor vacunación para la poliomielitis que para la difteria-tétanos-tosferina, que por tener unas características de menor inocuidad que la polio hace que en ocasiones no se administren conjuntamente, si ha producido reacciones febriles muy altas o cuadros convulsivos. Ha descendido mucho la DT.

Comparando estas cifras con las de años anteriores (tabla 1), vemos cómo existe una tendencia estacionaria en su conjunto.

#### b) Análisis de la vacunación por municipios.

En las tablas 2 y 3 ofrecemos los datos de vacunación por municipios, absolutos y por porcentajes respectivamente.

En las tablas 4, 5, 6 y 7 ofrecemos, para la polio, puesto que la difteria-tétanos-tosferina presenta un comportamiento semejante, los municipios ordenados por porcentaje de vacunación, en cinco intervalos.

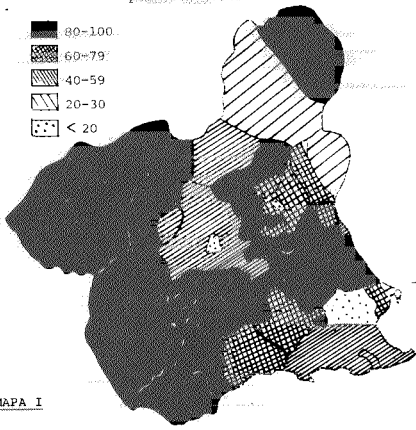
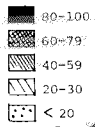
En los mapas 1 al 8 hemos representado gráficamente estos valores municipales y los hemos comparado con las cifras de 1980 para su análisis evolutivo.

Haciendo una valoración global podemos decir que las comarcas de Caravaca y Lorca son las que están consiguiendo una mejor cobertura de vacunación, habiendo mejorado casi todos los municipios su vacunación. La comarca de Yecla, responde, en el sentido de que Yecla consigue una cobertura buena, y Jumilla, ha pasado a vacunar más aunque todavía se encuentra en valores por debajo del 40%.

Este año tenemos que lamentar problemas de vacunación en la comarca de Mula, que ha disminuido mucho su cobertura (Mula y Pliego).

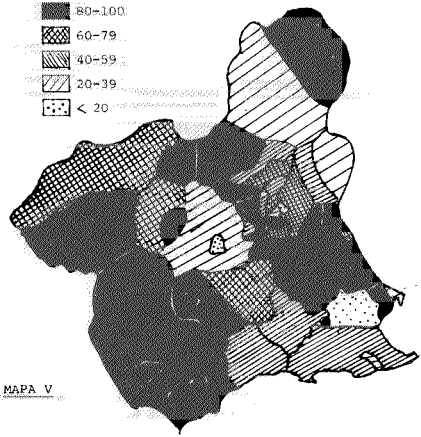
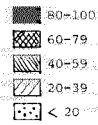
La comarca de Cartagena la tenemos que analizar separadamente en sus municipios:

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1981  
primera dosis



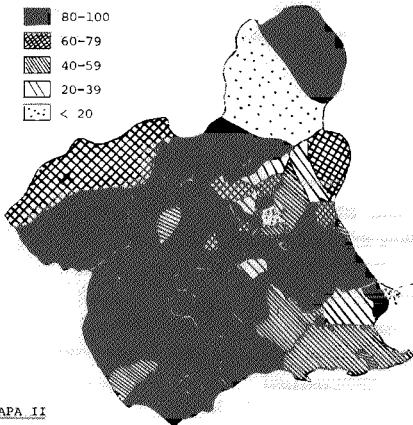
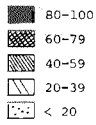
MAPA I

VACUNACIONES POLIOMIELITIS EN MURCIA 1981  
tercera dosis



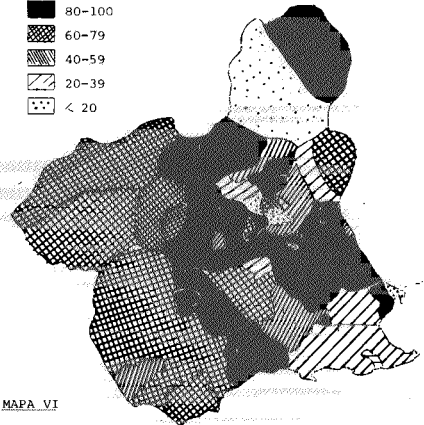
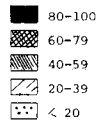
MAPA V

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1980  
primera dosis



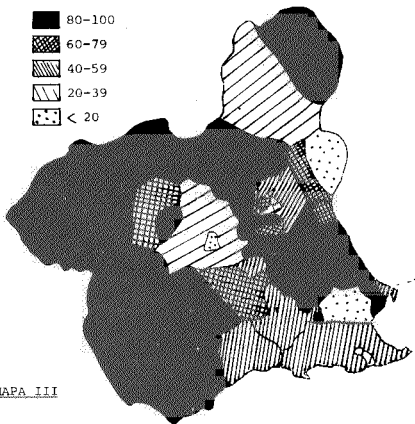
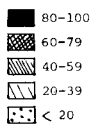
MAPA II

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1980  
tercera dosis



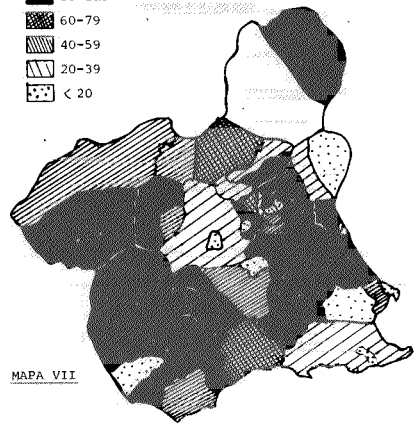
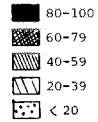
MAPA VI

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1981  
segunda dosis



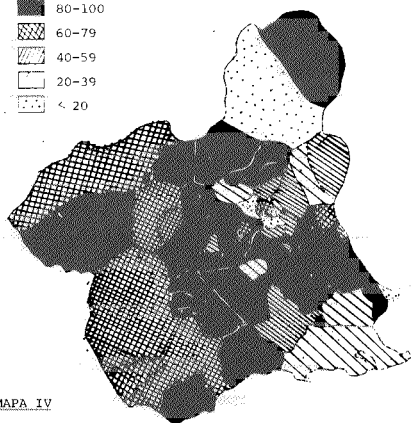
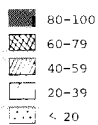
MAPA III

VACUNACIONES POLIOMIELITIS EN MURCIA 1981  
dosis recuerdo



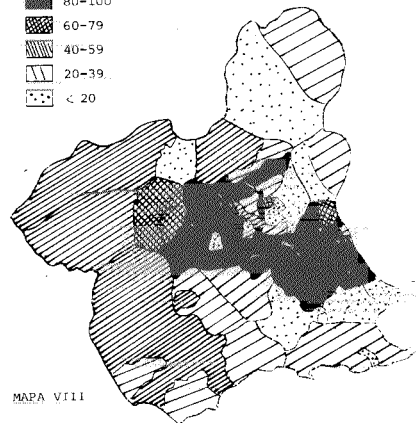
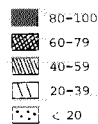
MAPA VII

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1980  
segunda dosis



MAPA IV

VACUNACION POLIOMIELITIS EN MURCIA 1980  
dosis recuerdo



MAPA VIII

— Cartagena mantiene o mejora su cobertura.

— Mazarrón en general ha empeorado.

— Fuente-Alamo se mantiene o ha empeorado en algún caso. Ha mejorado en la dosis de recuerdo.

— Torre-Pacheco es el municipio de peor vacunación, habiendo empeorado en todas las dosis.

— San Pedro del Pinatar está muy bajo.

La comarca de Fortuna-Abanilla, Santomera, Beniel:

— Fortuna, ha mejorado, aunque no supera el 60%.

— Abanilla ha empeorado, estando en los peores niveles.

— Santomera y Beniel, han mejorado.

Los municipios de la cuenca del Segura:

— Molina ha mejorado.

— Cieza ha empeorado.

— Murcia, Alcantarilla, Librilla y Alhama se mantienen o han mejorado.

— Lorquí y Ceutí, están entre los más bajos.

De todas formas, en las visitas de inspección para control de la veracidad de los datos hemos tropezado con defectos de registro que nos han obligado a tener que diseñar un nuevo mecanismo, que vamos a instaurar.

#### c) Vacunas expendidas por oficinas de Farmacia.

En la tabla 8 hemos expuesto el volumen de vacuna distribuida a oficinas de Farmacia. Ya hemos mencionado que no son exclusivamente suministradas a farmacias de nuestra región, sino que abastecen a las provincias limítrofes.

De todas formas es útil el dato, porque siempre habíamos imaginado que el número de estas vacunas era más alto de lo que en realidad es. Por ejemplo, Cartagena, que por no suministrar vacunas a provincias limítrofes, sus datos son fidedignos, no vacuna más que 62 primeras dosis de polio, y nada de triple ni difteria-tétanos.

Lorca sí que tiene un volumen alto (1.345 primeras dosis de polio), aunque no podemos estimar la que sea exclusivamente para Murcia.

Murcia, también expende un volumen de vacuna alto.

Yecla, que tiene cifras muy altas, nos especificó que de 105 farmacias a las que distribuía, sólo 14 pertenecían a Murcia (8 a Yecla y 6 a Jumilla).

Esperamos al año que viene, poder estudiar este dato de forma precisa, ya que se nos suministrará por municipios.

#### d) Corrección de las cifras de vacunados por municipios.

Este año no hemos hecho las correcciones a las cifras de vacunados por municipios, con los vacu-

nados de forma vicariante en los Servicios de Vacunación de la Consejería, por problemas administrativos.

#### e) Vacunación en pedanías de Murcia.

A finales de enero de 1981 se abrieron puestos de vacunación en las siguientes pedanías de Murcia: La Alberca, Algezares, Aljucer, Alquerías, Beniaján, Corvera, Cabezo de Torres, Espinardo, Gea y Truyols, Javalí Nuevo, Los Martínez del Puerto, Nonduermas, El Palmar, Puente-Tocinos, Sangonera la Seca, La Ñora y Sucina, de las cuales sólo han funcionado: Cabezo de Torres, Algezares, Los Martínez del Puerto, Espinardo, La Ñora, Sucina, Aljucer, Nonduermas, y con unos rendimientos muy bajos.

Instamos a la Jefatura Local de Sanidad de Murcia, para que procure corregir estos problemas de funcionamiento.

### IV. CONCLUSIONES

En general se ha producido una ligera elevación del porcentaje de vacunación respecto a años anteriores, pero sigue muy baja la dosis de recuerdo, lo que resta efectividad a la medida. Hay que insistir a la población, mediante educación sanitaria, que mientras no se completen todas las dosis, no se puede hablar de vacunación completa y por tanto, no podremos conseguir un nivel útil.

De hecho este año se han producido dos casos de polio en niños de 4 meses y 8 años, no vacunados, de Murcia y Lorca, respectivamente, que son indicador de insuficiente cobertura.

Se mencionan los municipios que apenas están modificando sus pautas vacunales de escasa cobertura o que incluso están empeorando (Torre-Pacheco, Pliego, Lorquí, Ceutí, Abanilla, San Pedro del Pinatar).

Lamentamos, que reiteradamente sean siempre los mismos municipios los que se encuentran con peor cobertura, pues nos ha obligado a amonestar por primera vez, y nos forzará a tener que recurrir a sancionarlos si persisten.

Se estimulan a los municipios que como Jumilla, Cartagena, etc., están mejorando su sistema.

Todavía no hemos podido obtener el resultado que esperábamos de la apertura de los centros de vacunación por pedanías en Murcia porque apenas han funcionado.

Tropezamos con una distribución de A.T.S. y médicos de A.P.D. en los distritos periféricos que no pueden garantizar esta cobertura. Son excepción los centros de atención primaria de Cabezo de Torres y Algezares, organizados de forma piloto y que por tanto pueden controlar de forma continuada a su población.

NOTAS: 1. Bol. Ep. Sem. Reg. Mu. (1979), 8.

2. Bol. Ep. Sem. Reg. Mu. (1980), 65.

3. Bol. Ep. Sem. Reg. Mu. (1981), 3, 59-65.

**TABLA 1.—Vacunaciones Poliomiélitis y D.T.T. de 1978 a 1981. Número y porcentaje de vacunados.**

POLIOMIELITIS								
NUMERO DE VACUNADOS					PORCENTAJE			
	1 d.	2 d.	3 d.	Rec.	1 d.	2 d.	3 d.	Rec.
1978	17.456	16.064	15.435	34.520	92,9	85,5	82,2	91,9
1979	15.620	14.801	13.418	27.585	85,1	80,6	73,1	57,8
1980	16.121	15.331	14.520	25.826	87,2	83,0	78,6	53,7
1981	16.060	15.538	15.534	31.252	87,5	84,3	84,5	57,0

D. T. T.								
NUMERO DE VACUNADOS					PORCENTAJE			
	1 d.	2 d.	3 d.	Rec.	1 d.	2 d.	3 d.	Rec.
1978	16.128	14.808	14.312	17.228	85,8	78,8	76,2	94,0
1979	15.680	14.329	13.416	15.791	85,3	77,4	73,0	86,0
1980	15.930	14.643	13.669	15.867	86,2	79,3	74,0	86,4
1981	15.499	15.106	14.270	11.751*	84,0	81,9	77,7	64,0*

\* En 1981 es Recuerdo. D.T.

**TABLA 2.—Vacunaciones. 1981. Región de Murcia. Cifras absolutas.**

	POLIO				D. T. T.			D. T.
	1	2	3	R.	1	2	3	
ABANILLA .....	26	13	21	30	26	13	21	0
ABARAN .....	176	174	106	100	186	169	106	178
AGUILAS* .....	525	464	416	191	523	464	401	449
ALBUDEITE .....	29	28	14	11	29	28	14	0
ALCANTARILLA .....	438	767	534	1.788	438	767	534	331
ALEDO .....	11	9	19	26	7	9	24	27
ALGUAZAS* .....	241	212	183	116	127	151	140	0
ALHAMA .....	207	167	177	239	248	205	206	207
ARCHENA .....	180	176	157	605	180	176	157	277
BENIEL .....	61	105	99	70	66	76	75	153
BLANCA .....	95	83	77	228	95	83	77	172
BULLAS .....	96	141	152	85	96	151	105	232
CALASPARRA .....	219	149	122	143	219	149	122	7
CAMPOS DEL RIO .....	34	74	45	29	34	74	45	155
CARAVACA .....	214	283	297	508	314	283	297	0
CARTAGENA .....	1.871	1.571	1.717	1.593	1.871	1.571	1.593	1.253
CEHEGIN .....	186	156	162	561	186	153	160	0
CEUTI .....	30	31	30	18	30	31	28	13
CIEZA .....	680	572	499	636	680	672	499	0
FORTUNA .....	71	69	55	79	71	69	55	43
FUENTE ALAMO .....	79	57	63	211	79	57	63	134
JUMILLA .....	141	131	94	0	141	131	94	0
LIBRILLA .....	34	30	41	15	49	29	33	37
LORCA .....	1.217	1.066	970	2.610	1.094	1.036	938	8
LORQUI .....	19	26	15	5	19	26	15	0
MAZARRON .....	157	117	112	337	143	98	76	132
MOLINA .....	548	531	468	1.239	548	531	299	524
MORATALLA .....	108	118	103	63	100	70	73	62
MULA .....	98	56	65	99	92	56	67	13
MURCIA .....	6.617	6.508	6.979	16.355	6.300	6.238	6.625	6.976
OJOS .....	13	33	31	14	13	33	31	12

	POLIO				D. T. T.			D. T.
	1	2	3	R.	1	2	3	
PLIEGO .....	3	3	1	2	9	3	3	2
PTO. LUMBRERAS .....	37	214	290	41	109	64	67	80
RICOTE .....	21	40	37	21	22	39	33	23
SAN JAVIER .....	136	211	204	236	136	211	204	3
S. PEDRO PINATAR .....	50	62	28	1	47	65	29	0
SANTOMERA .....	98	94	111	330	98	99	111	44
TORRE PACHECO .....	21	21	27	37	24	18	17	0
T. COTILLAS .....	180	177	161	270	142	152	197	18
TOTANA .....	323	298	309	697	323	298	309	4
ULEA .....	14	9	8	87	14	9	13	1
LA UNION .....	109	82	77	53	109	82	74	30
VILLANUEVA .....	10	12	9	9	10	12	9	9
YECLA .....	439	396	449	1.328	439	396	449	318
TOTAL .....	16.060	15.538	15.534	31.252	15.499	15.106	14.270	11.751

\* Casos que superan los nacidos. La inspección no pudo aclarar la veracidad por falta de registro correcto.

TABLE 3.—Vacunaciones. 1981. Región de Murcia. Porcentajes.

	POLIO				D. T. T.			D. T.
	1	2	3	R.	1	2	3	
ABANILLA .....	29,0	14,0	24,0	17,0	29,0	14,0	24,0	0,0
ABARAN .....	82,0	81,0	49,0	23,0	87,0	79,0	49,0	83,0
AGUILAS* .....	113,0	100,0	90,0	53,0	113,0	100,0	86,0	97,0
ALBUDEITE .....	100,0	96,0	48,0	18,0	100,0	96,0	48,0	0,0
ALCANTARILLA .....	84,0	148,0	103,0	173,0	84,0	148,0	103,0	64,0
ALEDO .....	157,0	128,0	271,0	185,0	157,0	128,0	342,0	385,0
ALGUAZAS* .....	178,0	157,0	135,0	42,0	94,0	111,0	103,0	0,0
ALHAMA .....	90,0	73,0	76,0	51,0	107,0	98,0	98,5	90,0
ARCHENA .....	71,0	69,0	62,0	120,0	71,0	69,0	62,0	109,0
BENIEL .....	48,0	82,0	77,0	27,0	51,0	59,0	59,0	120,0
BLANCA .....	96,0	89,0	78,0	116,0	96,0	87,0	78,0	175,0
BULLAS .....	58,0	86,0	93,0	52,0	58,0	92,0	64,0	142,0
CALASPARRA .....	165,0	112,0	92,0	54,0	165,0	112,0	92,0	5,0
CAMPOS DEL RIO .....	117,0	255,0	155,0	100,0	117,0	255,0	100,0	100,0
CARAVACA .....	104,0	94,0	98,0	84,0	104,0	94,0	98,0	0,0
CARTAGENA .....	58,5	49,0	57,7	24,9	58,5	49,0	49,9	39,2
CEHEGIN .....	83,7	70,2	72,9	126,3	83,7	70,2	72,9	0,0
CEUTI .....	20,9	21,6	20,9	6,2	20,9	21,6	19,5	9,0
CIEZA .....	153,4	109,1	95,2	60,6	53,4	109,2	95,2	0,0
FORTUNA .....	71,0	69,0	55,0	39,0	71,0	69,0	55,0	43,0
FUENTE ALAMO .....	65,8	47,5	52,5	87,9	65,8	47,5	52,5	111,6
JUMILLA .....	35,5	32,9	23,6	0	35,5	32,9	23,6	0,0
LIBRILLA .....	50,7	44,7	61,1	11,1	73,1	43,2	49,2	55,2
LORCA .....	102,8	90,1	81,9	110,3	92,7	87,5	79,2	0,6
LORQUI .....	19,5	26,8	15,4	2,5	19,5	26,8	25,4	0,0
MAZARRON .....	67,9	50,6	48,4	72,9	61,9	42,4	39,2	57,1
MOLINA .....	78,0	57,6	66,6	88,2	78,0	75,6	42,5	74,2
MORATALLA .....	81,8	89,3	78,0	47,7	75,7	53,0	55,3	46,9
MULA .....	39,8	22,7	26,4	21,9	37,9	22,7	27,0	5,0
MURCIA .....	112,0	110,0	118,7	138,0	107,0	106,0	102,0	118,0
OJOS .....	13,0	33,0	31,0	14,0	13,0	33,0	31,0	120,0
PLIEGO .....	4,9	4,9	1,6	1,6	14,7	4,9	4,9	3,2
PTO. LUMBRERAS .....	91,9	144,5	195,0	13,8	73,6	43,2	45,2	54,0
RICOTE .....	80,7	153,0	142,0	40,2	84,6	150,0	126,0	88,0
SAN JAVIER .....	67,0	104,0	100,9	58,4	67,0	104,0	100,9	1,4
S. PEDRO PINATAR .....	28,7	35,6	21,8	0,3	27,0	37,5	16,6	0,0
SANTOMERA .....	77,0	74,0	87,0	129,9	77,0	77,9	87,0	34,6
TORRE PACHECO .....	6,6	6,6	8,5	5,8	7,6	5,7	5,3	0,0
T. COTILLAS .....	68,4	67,3	61,2	53,3	53,1	57,7	74,9	6,8
TOTANA .....	94,4	87,0	90,3	101,9	94,3	87,0	90,3	1,1
ULEA .....	70,0	45,0	40,0	115,0	70,0	45,0	65,0	5,0
LA UNION .....	40,2	30,2	28,4	9,7	40,2	30,2	27,3	11,0
VILLANUEVA .....	160,0	75,0	56,2	28,1	160,0	75,0	56,2	56,2
YECLA .....	40,7	81,8	92,7	120,8	90,7	81,8	92,7	65,7
TOTAL .....	87,5	84,3	84,5	57,0	84,0	81,9	77,7	64,0

\* Casos que superan los nacidos. La inspección no pudo aclarar la veracidad por falta de registro correcto.

**TABLA 4.—Poliomielitis, primera dosis.**

% vacunados	N.º de municipios	MUNICIPIOS
80-100	21	Abarán, Aguilas, Albudeite, Alcantarilla, Aledo, Alguazas, Alhama, Blanca, Calasparra, Campos-Río, Caravaca, Cehegín, Lorca, Moratalla, Murcia, Ojós, Puerto-Lumbreras, Ricote, Totana, Villanueva, Yecla.
60-79	9	Archena, Fortuna, Fuente-Alamo, Mazarrón, Molina, San Javier, Santomera, Torres de Cotillas, Ulea.
40-59	7	Beniel, Bullas, Cartagena, Cieza, Librilla, Mula, La Unión.
20-39	4	Abanilla, Ceutí, Jumilla, San Pedro del Pinatar.
< 20	3	Lorquí, Pliego, Torre-Pacheco.

**TABLA 5.—Poliomielitis, segunda dosis.**

% vacunados	N.º de municipios	MUNICIPIOS
80-100	22	Abarán, Aguilas, Albudeite, Alcantarilla, Aledo, Alguazas, Beniel, Blanca, Bullas, Calasparra, Campos-Río, Caravaca, Cieza, Lorca, Moratalla, Murcia, Ojós, Puerto-Lumbreras, Ricote, San Javier, Totana, Yecla.
60-79	7	Alhama, Archena, Cehegín, Fortuna, Santomera, Torres de Cotillas, Villanueva.
40-59	7	Cartagena, Fuente-Alamo, Librilla, Mazarrón, Molina, S. Pedro del Pinatar, Ulea.
20-39	5	Ceutí, Jumilla, Lorquí, Mula, La Unión.
< 20	3	Abanilla, Pliego, Torre-Pacheco.

**TABLA 6.—Poliomielitis, tercera dosis.**

% vacunados	N.º de municipios	MUNICIPIOS
80-100	18	Aguilas, Alcantarilla, Aledo, Alguazas, Bullas, Calasparra, Campos-Río, Caravaca, Cieza, Lorca, Murcia, Ojós, Puerto-Lumbreras, Ricote, San Javier, Santomera, Totana, Yecla.
60-79	9	Alhama, Archena, Beniel, Blanca, Cehegín, Librilla, Molina, Moratalla, Torres de Cotillas.
40-59	8	Abarán, Cartagena, Fortuna, Fuente-Alamo, Mazarrón, Ulea, Villanueva, Albudeite.
20-39	6	Abanilla, Ceutí, Jumilla, Mula, San Pedro del Pinatar, La Unión.
< 20	3	Lorquí, Pliego, Torre-Pacheco.

**TABLA 7.—Poliomielitis, dosis recuerdo.**

% vacunados	N.º de municipios	MUNICIPIOS
80-100	15	Alcantarilla, Aledo, Archena, Blanca, Campos-Río, Caravaca, Cehegín, Fuente-Alamo, Lorca, Molina, Murcia, Santomera, Totana, Ulea, Yecla.
60-79	3	Cieza, Mazarrón, Ojós.
40-59	8	Aguilas, Alguazas, Alhama, Bullas, Calasparra, Moratalla, San Javier, Torres de Cotillas.
20-39	7	Abarán, Beniel, Cartagena, Fortuna, Mula, Ricote, Villanueva.
< 20	11	Abanilla, Albudeite, Ceutí, Jumilla, Librilla, Lorquí, Pliego, Puerto Lumbreras, San Pedro del Pinatar, Torre-Pacheco, La Unión.

**TABLA 8.—Relación de vacunas expendidas en farmacias. 1981.**

	Polio mono	Polio triv.	DTT	DT
Cartagena .....	62	523	0	0
Lorca .....	1.345	7.352	2.031	28
Murcia .....	2.150	8.489	6.454	524
Yecla .....	1.020	3.135	3.984	462

# Organización de la Puericultura en Murcia

Joaquín QUILES MORA  
Aurelio GONZALEZ-PALACIOS  
Médicos Puericultores de Sanidad Nacional  
Consejería de Sanidad

## I. INTRODUCCION

La aparición de la Puericultura fundamentada en bases científicas es relativamente reciente dentro de la Historia de la Medicina, ya que tiene lugar a finales del siglo XIX y principios del XX, aunque es conocido que vestigios de ellas los encontramos ya en las antiguas civilizaciones y a través de la Historia se han ido dictando normas, unas veces de protección y otras de verdadero abandono cuando no la muerte del niño si lo consideraban una carga para la sociedad en que vivían. «Los recién nacidos no eran considerados como personas, sino como objetos de los que se podía disponer a capricho. Ya que el padre les había traído al mundo, obligándoles en cierto modo a vivir, estaba asimismo a su arbitrio el poderles expulsar de la vida. El derecho a ello, incluso entre los hebreos, le había sido conferido al padre por la propia voluntad divina. Al igual que en la munt germánica (dominio directo por parte del padre), la patria *potestad* del antiguo Derecho Romano implicaba la facultad del padre para disponer libremente del destino del hijo, el *ius vitae et necis*» (REHM).

El mismo Rehm nos comenta que la protección social al niño obedecía predominantemente en la Antigüedad a motivos políticos o de supremacía personal, ya que «la caridad no era una virtud helénica, ni mucho menos romana». Sin embargo con la llegada y posterior expansión del Cristianismo la caridad ha de considerarse el móvil principal que hizo posible la protección de los niños huérfanos y necesitados (UFFELMANN).

Tal como indicábamos es al final del siglo XIX cuando empieza a producirse una verdadera revolución con respecto a la protección del lactante. «En el año 1892, BUDIN organizó en su clínica de obstetricia del Hospital de la Charité, en París, consultas en las que se aconsejaba a las madres, hasta que los niños cumplían los dos años, sobre los cuidados que debían prodigar a sus hijos, acerca de su alimentación y en las que, en caso de que no pudiesen lactar suficientemente a los niños, se les proveía de leche bien controlada y en cantidad suficiente.

Años después, ENGEL y BEHRENDT afirman: «Los errores más importantes en lo que se refiere a la crianza de lactantes se cometen por ignorancia». Afirmación que conserva todo su valor.

Independientemente de la creación del Hospital del Niño Jesús en Madrid hasta 1876, donde la labor era más pediátrica que puericultora, en

nuestra nación es al comienzo del tercer decenio de este siglo cuando se va desarrollando la Puericultura a través de los Centros de Higiene Infantil bajo la dependencia del Estado.

La instauración en nuestro ámbito geográfico, en los últimos lustros, de instituciones asistenciales no deben hacernos olvidar la siguiente frase de Bendix: «Todo médico ha de considerar como su más elevada tarea la de colaborar en las grandes cuestiones relativa a la higiene pública y en calidad de asesor de la familia que se somete a sus cuidados, para alejar mediante medidas profilácticas aquellos riesgos y enfermedades que amenazan a los que en él confían el mantenimiento de su salud. Y es en medida muy especial el pediatra el que está llamado a emplear toda su experiencia y todo su saber para asesorar a las madres acerca de los cuidados que requiere la salud de sus hijos».

Sin embargo las conquistas de la Puericultura no serían concebibles sin los fundamentos científicos logrados mediante la labor de las clínicas.

## ASPECTOS FUNDAMENTALES

Siendo la función de la Puericultura eminentemente preventiva tiene una influencia directa sobre la morbilidad y mortalidad infantil.

Es lógica la importancia demográfica que tiene favoreciendo el aumento de la natalidad (higiene pre-concepcional e intrauterina, propias del tocoginecólogo) y disminuyendo la mortalidad infantil (propia del pediatra-puericultor).

Ahora bien, no interpretemos que todos los servicios de salud preventiva son óptimamente facilitados por el médico. Muchos, tales como la provisión de agua pura y de leche, son responsabilidades de la comunidad. Otros, que pueden ser ejercidos a nivel personal (administración de flúor al lactante, por ejemplo), pueden ser transferidos a nivel comunitario (fluoración del agua corriente).

Aclarado lo anterior maticemos que la Puericultura tiene cuatro aspectos fundamentales: higiénico, protector, sanitario y educador.

Por supuesto que todo ello no es más que un eslabón de un engranaje cuya finalidad última es la de conseguir las cotas más altas posibles de Salud de la Comunidad. Consecuentemente de poco puede valer los esfuerzos que se hagan a nivel de la colectividad infantil, si otros estamentos de la sociedad que inciden en la Salud Pública no son



debidamente dirigidos para coordinar esfuerzos que de otro modo se dispersan o duplican inútilmente.

## ORGANIZACION DE LA PUERICULTURA EN LA PROVINCIA.

Los Servicios Provinciales de Higiene Infantil dependientes de la Consejería de Sanidad están estructurados para ejercer funciones de Puericultura sobre el colectivo de niños comprendidos en la llamada primera infancia (desde el nacimiento hasta que cumplen los dos años).

### RECURSOS

Se dispone de los Centros de Higiene Infantil en Murcia, Cartagena, Cieza y Lorca.

Hay un total de 5 Puericultores del Estado, dos en Murcia y uno en las restantes ciudades.

En Murcia, además de los dos Puericultores del Estado se dispone de una Instructora de Sanidad, una ATS, y tres auxiliares de Puericultura.

### PROGRAMA

Nos ajustamos sensiblemente a las directrices dimanadas del Ministerio de S. y S.S. Las pautas de reconocimientos recomendadas (recogidas en la contrasolapa del Documento de Salud Infantil) aconsejan una primera revisión al nacer, mensual en el primer trimestre, bimensual hasta cumplir el primer año, trimestral entre el primero y segundo, semestral entre el segundo y el quinto y por último anual hasta los quince años. Se ajustan por tanto a las que en su día estableció la Academia Americana de Pediatría.

### SISTEMATICA DEL TRABAJO

Refiriendo nuestra experiencia al área de Murcia, para la realización de nuestra labor nos marcamos dos fines principales.

- 1.º Atención al niño.
- 2.º Educación sanitaria.

1.º *La Atención al niño.*—La función Puericultora la entendemos como actos de promoción de la Salud General particularmente en sus vertientes de nutrición e higiene, prevención de enfermedades, mediante inmunización y despistaje de algunas enfermedades poco demostrativas (hipacusia, alteraciones de la visión, subluxación de caderas, hipotiroidismo, etc.). En este último caso nuestra actitud es puramente orientativa ya que la certificación del diagnóstico y su tratamiento corresponde a otro estamento.

2.º *Educación sanitaria.*—Acción fundamental para conseguir las cotas más altas de Salud de la Comunidad. La acción del Puericultor es un simple eslabón ya que tal educación no es de su

exclusiva competencia. La mujer debe ser preparada para la maternidad, vigilada durante el embarazo, asistida durante el parto. Posteriormente ese niño deberá ir conformando su espíritu sanitario en la Escuela para que una vez adulto y recibiendo las orientaciones que no hagan más que consolidar las ideas que le inculcaron, colabore de manera activa para que el estado de Salud de la Comunidad sea el óptimo posible.

### INSCRIPCION

Antes de acudir el niño a consulta debe ser inscrito efectuándose en ese momento una toma de datos y citándole para un determinado día.

Las citas se limitan a un número que oscila entre los 35-40 diarios, *punto fundamental para evitar una masificación de la consulta que conllevaría necesariamente a un recorte del tiempo que se dedica al acto médico.*

### PAUTA DE CITACION

Ya hemos citado anteriormente el criterio mantenido por el Ministerio de S. y S.S. Sin embargo, su aplicación no es rígida ya que cuando se sospecha una desviación en las atenciones alimenticias, higiénicas o en el desarrollo psicomotor del niño, se le dedica una mayor atención, alterando la rutina establecida, hasta que las circunstancias que puedan ser lesivas hayan desaparecido.

Por otra parte, la edad del niño en el momento de la inscripción nos condicionará. Así, si dicha inscripción fue precoz (sobre los 8-10 días de vida) será revisado de cuatro a cinco veces en el primer trimestre. Por el contrario, si fue tardía (hacia el mes y medio a dos meses) será atendido dos veces en ese primer trimestre.

### PRIMERA VISITA

#### Historia clínica

En la primera visita la ATS hace una recogida de datos reseñados en la historia clínica que utilizamos en nuestro servicio, concernientes a la filiación, estado de salud de sus padres y personas que directamente conviven con el niño, antecedentes familiares, circunstancias socio-económicas de la familia, datos referentes a la vivienda, higiene que rodea al niño y por supuesto cuidados médicos recibidos por la madre ante, intra y postpartum (fig. núm. 1).

La reciente distribución del DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL, que se va generalizando, contribuye a la recogida de estos datos en aquella faceta que los padres ignoran (Apgar, somatometría, etc.) ya que en una de sus primeras hojas son recogidos. Si carecen de dicho Documento, lo que va siendo la excepción, además de entregárselo, se procede a completar los datos que faltan y que son



FIG. 1

CONSEJO REGIONAL DE MURCIA



Núm. \_\_\_\_\_

CONSEJERIA DE SANIDAD Y S. S.  
Servicio de Higiene Infantil  
Disfruto

Núm. Ficha \_\_\_\_\_ Núm. Social \_\_\_\_\_

Día de ingreso \_\_\_\_\_

**Niños de 0 a 2 años**

FILIACION Y ANTECEDENTES	Apellidos y nombre .....	Naturaleza .....	
	Fecha de nacimiento .....	Padre .....	años .....
	Domicilio .....	Profesión .....	Salud .....
	Profesión .....	Madre .....	años. Profesión .....
HISTORIA MATERNA Y PERINATAL	Factor R. H. ....	Hermanos .....	
	.....	Otros parientes .....	
	Embarazos a término .....	Abortos .....	hijos muertos .....
	Por .....	Embarazo y parto ¿tuvo cuidado prenatal? .....	
ALIMENTACION E HIGIENE	Curso del embarazo .....	.....	
	Parto .....	..... meses por .....	
	Atendido por .....	.....	
	.....	.....	
VACUNACIONES	Peso al nacer .....	Talla al nacer .....	
	Seguro maternidad .....	Subsidio .....	
	Lactancia materna hasta .....	Id. mixta desde .....	
	.....	Id. artificial hasta el mes .....	
ALIMENTACION E HIGIENE	.....	núm. de tomas .....	
	.....	Régimen .....	
	.....	.....	
	.....	.....	
VACUNACIONES	Alimentación complementaria: papillas a los .....	meses, zumos a los .....	
	.....	meses, huevos a los .....	
	.....	meses, verduras a los .....	
	.....	meses	
VACUNACIONES	Alimentación actual .....	.....	
	Higiene general .....	Higiene del vestido .....	
	B. C. G. ....	Mantoux .....	
	Antipolio 1.º .....	2.º .....	
VACUNACIONES	.....	3.º .....	
	Triple 1.º .....	2.º .....	
	.....	3.º .....	
	Antisarampión .....	Serología Lues .....	

factibles de realizar en ese momento (somatometría, peso, etc.). De esta manera los padres disponen, para el futuro, en el DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL los puntos fundamentales que le son transcritos de nuestra historia.

**RECONOCIMIENTO**

Con todos estos antecedentes el niño pasa al médico quien procede a su reconocimiento completo consignando en la historia clínica los signos y datos que recogemos (vómitos, deposición, sueño, psiquismo, tono, pánico, turgencia, óseo, fontanela, signo de Ortolani, cardiocirculatorio, abdomen, nervioso, reflejos atáxicos, reflejo aurículo-palpebral, etc.) (fig. núm. 2).

FIG. 2

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL	Enfermedades anteriores .....	.....	
	ESTADO ACTUAL: Apetito .....	Vómitos .....	Deposiciones .....
	Sueño .....	Humor .....	Psiquismo .....
	.....	.....	.....
	Funciones s. cabeza .....	de pie .....	Tipo const. ....
	.....	.....	.....
	Expresión .....	Piel .....	Paniculo .....
	Tono .....	Turgencia .....	Diag. nutritivo .....
	S. linfático .....	.....	
	Oseo .....	Ortolani .....	
JUICIO CLINICO	Pulmón y Corazón .....	.....	
	Abdomen .....	Bazo .....	
	Nervioso .....	.....	
	Oídos .....	.....	
	Boca y faringe .....	.....	
	Observaciones .....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
	.....	.....	
.....	.....		

Si la edad del niño lo ha permitido inquirimos a los padres si han realizado la toma de sangre y orina para detección de posibles errores congénitos de metabolismo. Caso contrario procedemos a su toma.

Esta exploración ocasionalmente nos puede llevar a sospechar alguna alteración patológica. Si así ocurre y tal como ya se ha comentado, nos limitamos a remitirlo a la institución asistencial correspondiente.

**EDUCACION SANITARIA**

Entendemos que nuestra labor alcanza su plenitud al establecer la correcta relación afectiva madre-médico, gracias a la palabra alentadora, a la paciente escucha, o a la comprensión de un problema.

Ocasionalmente como complemento de la recogida de datos que hizo la ATS demandamos algunos datos más a la madre. Por ejemplo, ante un niño de peso elevado al nacer, le insistimos para que nos aclare si durante el embarazo controló su glucemia. Según el tipo de respuesta aprovechamos el momento para instruirla sobre la necesidad de recurrir al tócolo en un futuro embarazo, si, por ignorancia, no lo había hecho en su momento oportuno. Ciertamente hoy no es frecuente que la mujer no consulte durante su embarazo, siquiera en el último tercio, con el tocólogo.

Verdadero talón de Aquiles en nuestra labor es la orientación sobre el tipo de lactancia. Nuestra actitud es insistir en la materna una vez descartada cualquier causa que la imposibilite.

Es frecuente que la madre dude de sus posibilidades para lactar a su hijo. Alentamos a la madre en tal tarea si bien basamos nuestra palabra no sólo en un acto de autoridad, sino recurriendo a la doble pesada y posteriores controles de peso, labor que realiza la auxiliar de puericultura. Somos conscientes que la doble pesada es sólo orientativo y que no todas las tetadas del día han de ser necesariamente iguales. En cualquier caso nos vale para afianzar a la madre en sus posibilidades cuando el volumen es suficiente. Si, por el contrario, es exiguo (cosa no rara y no obligadamente por causa materna, sino simplemente porque el niño se duerme o mama menos esa vez) insistimos a la madre para que mantenga el pecho y le hacemos volver precozmente para un nuevo control. Esta actitud está más que justificada y testimonio de ello es el aumento de niños lactados a pecho experimentados en los últimos años.

No debe interpretarse, sin embargo, que mantenemos esta posición a ultranza, ya que comprendemos que en bastantes ocasiones hemos de recurrir a lactancia mixta o artificial.

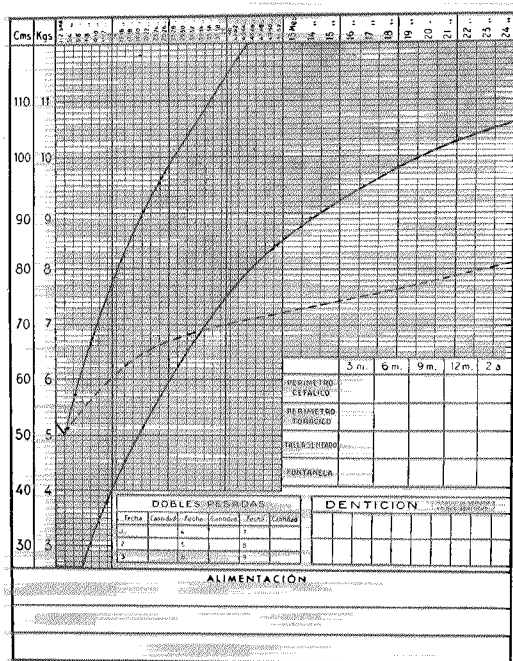
No quisiéramos dejar de comentar una costumbre bastante arraigada en nuestro medio y que

no es más que testimonio del deseo de la madre de lactar a su hijo. Nos referimos al hecho de que algunas de ellas se hacen «analizar» la leche para comprobar «si tiene alimento». Estos análisis se limitan a indicar la presencia de corpúsculos de grasa en la leche y nada más. Hacemos comprender a la madre que las variaciones cualitativas son insignificantes y que se trata más de un problema cuantitativo.

Cuando la lactancia materna es imposible, cuidamos especialmente de asesorar en la correcta preparación del biberón, particularmente en cuanto a proporción del agua y leche en polvo, ya que no es infrecuente que nos refieran que puesto que el niño no toma más que una parte de lo preparado, acostumbran, poniendo las mismas medidas que tiene por hábito, a añadir tan sólo el volumen de agua que el niño habitualmente toma, «ya que si toma poco, al menos que lleve mucho alimento». En tales casos no nos limitamos a enseñarles las proporciones correctas, sino que le hacemos ver con palabras que resulten comprensibles según el grado de preparación que posee, el peligro que encierra tal actitud y que llevará al niño a un cuadro de hiperelectrolitemia si persiste en ella mucho tiempo.

Fácilmente se comprende que esta labor de educación sanitaria, es lenta y penosa, que exige tiempo y paciencia, pero que la «calando gota a gota» en la formación de las madres, las cuales, al verse atendidas en sus dudas, valoran el esfuerzo que estamos realizando, afirmándose la relación madre-médico.

FIG. 3



## VISITAS SUCESIVAS

Alcanzado los tres meses las visitas se planifican a los cuatro, seis, nueve, doce, quince, dieciocho y veinticuatro meses.

Independientemente de nuestra labor, cada 3 meses la ATS controla los valores de SOMATOMETRIA correspondiente a

- Perímetro cefálico.
- Perímetro torácico.
- Talla total.
- Talla en sedestación.
- Evolución de fontanela.
- Evolución de la dentición.

Todos estos valores son reflejados en el correspondiente apartado de la historia (fig. 3).

Nuestra actitud variará con la edad del niño. Así, cumplidos los tres meses nos preocupamos especialmente de:

- Despistaje de raquitismos.
- Control de la alimentación.
- Desarrollo psicomotor.
- Vacunación.

Si clínicamente no hay razón para sospechar un raquitismo preguntamos a la madre el régimen de vida del niño y si es sacado a pasear a lugares soleados y de «aire puro». Asimismo nos interesamos sobre si se le está administrando vitamina D. En este sentido insistiremo que es conveniente anotar tal situación en el DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL, tal como hacemos, para evitar duplicaciones en prescripciones que pueden ser doloosas para el niño. La dosificamos entre las 1.000/1.500 UI./cada 24 h.

Si el niño toma zumos no ha lugar a prescribir vitamina C pero si los rechaza aconsejamos una dosis de 50 mg./24 h.

Los criterios para aconsejar cambios en los hábitos de alimentación varían según las diversas escuelas. El nuestro viene condicionado, ya que un elevado porcentaje de madres trabajan y resulta imposible mantener la lactancia materna como único medio de alimentación. Es por ello que a los tres meses iniciamos la alimentación complementaria tipo cereales eligiendo harinas exentas de gluten y, si las tolera bien, hacia los cuatro meses no nos importa introducir aquellas que contiene diversos cereales en su composición.

Siguiendo la pauta que marca las pruebas del desarrollo de Denver, comprobamos la actividad motórica (alza de cabeza), de lenguaje (ríe, chillar), adaptivas (sigue punto luminoso) y sociales (sonrisa en correspondencia).

Recogemos muy especialmente el dato referente a si el niño ha sido vacunado en cualquier centro que a tal efecto existen o bien por su

pediatra de cabecera. Si no es así, tras su reconocimiento, procedemos a la primera vacunación, labor propia de la Instructora, a la vez que entregamos a la madre no sólo el justificante donde deberá anotar las vacunas sucesivas (hábito este que mantenemos por tradición ya que lo correcto es anotarlas en el DOCUMENTO DE SALUD INFANTIL, que no debe faltar a ningún niño), sino un pequeño folleto editado por el Ministerio de S. y S.S. donde se expone la pauta de vacunaciones vigente hasta los 14 años, incluida la de reciente introducción llamada triple vírica contra sarampión, rubeola y parotiditis.

FIG. 4

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL  
CALENDARIO DE VACUNACIONES

3 MESES	TETANOS	DIFTERIA	TOSFERINA	POLIOMIE- LITIS I			
5 MESES	TETANOS	DIFTERIA	TOSFERINA	POLIOMIE- LITIS I y II			
7 MESES	TETANOS	DIFTERIA	TOSFERINA	POLIOMIE- LITIS I y II			
15 MESES					PAROTIDITIS	SARAMPION	RUBEOLA
18 MESES	TETANOS	DIFTERIA		POLIOMIE- LITIS I y II			
6 AÑOS	TETANOS			POLIOMIE- LITIS I y II			
11 AÑOS							RUBEOLA S.O.C. II
14 AÑOS	TETANOS			POLIOMIE- LITIS I y II			

\* PARA LOS NIÑOS EN SITUACION DE ESPECIAL RIESGO A LOS 9 MESES

Los criterios actuales han llevado a postergar el uso sistemático de la vacuna BCG, la cual deberá emplearse con criterios selectivo (véase B. de Salud de la R. M., 1 (1981), págs. 13-17).

A los tres, cinco y siete meses se procede a vacunar contra tétanos, difteria y tos ferina, por vía parenteral, y de la «polio» por vía oral. Es conocido que la primera vacuna de la poliomiélitis (a los tres meses) corresponde a la llamada monovalente, por contener exclusivamente el tipo I o Brunhilde, por ser el que produce mayor número de formas paralíticas. Las administradas a los 5 y 7 meses (y posteriores revacunaciones) contiene los virus tipo I o Brunhilde, II o Lansign y III o León.

La vacuna antitosferinosa puede ser postergada en niños con historia de crisis convulsivas o en aquellos que al ser primovacunados puedan sufrir hiperpirexia con crisis convulsivas. En estos niños utilizaremos exclusivamente toxoides tetánico-diftérico.

Recientemente disponemos para ser inyectada SUBCUTANEA, a los 15 meses, la que comienza a llamarse triple vírica, contra sarampión, rubeola y parotiditis.

La vacuna antisarampión se aconsejaba su utilización hacia los nueve u once meses. Sin embargo, aunque el nivel de anticuerpos maternos a esa edad, teóricamente, debería haber desaparecido en la sangre del niño, no siempre es así y por ello se ha preferido postergar a los 15 meses su uso. Ahora bien en niños en situación de especial riesgo no hay inconveniente en utilizar la del sarampión a los nueve u once meses, tal como se hacía.

Previamente a su inyección es conveniente asegurarse que el niño tolere el huevo, ya que están descritas reacciones alérgicas tras su inyección.

A los 18 meses actualmente sólo se vacuna contra tétanos, difteria y poliomiélitis, y no se utiliza la antitosferinosa.

Por último a los seis y catorce años se vuelve a vacunar contra tétanos y poliomiélitis.

Hemos dejado para el final comentar la vacuna antirubeólica que, sólo a las niñas, se administra a los once años. Popularmente se ha ido extendiendo la idea que de no ser a esa edad ya no hay posibilidad de vacunarla. El aconsejar esta edad es debido a que es la época prepuberal en nuestro medio, descartándose la posibilidad de un embarazo fortuito coincidiendo con la vacunación. Por tanto y aclarado lo anterior no hay obstáculo para que esta vacuna pueda utilizarse antes o después de esa edad, aunque se cuidará, en mujeres en edad sexual, la posibilidad de un embarazo en ese momento o en un futuro inmediato.

#### CUATRO MESES

Esta visita nos interesa particularmente como control de alimentación. Debemos comprobar si nuestra recomendación sobre cereales y frutas ha podido ser cumplida o si ha habido alguna intolerancia o rechazo por parte del niño. Hemos de asegurarnos que el niño ha aceptado la cuchara. Si no es así y la madre recurre a darle en biberón las papillas antedichas insistimos en que utilice la cuchara ya que si le gusta tomarlas en biberón no es problema de sabor sino de hábito. El tratar de introducir, sin que haya aceptado la cuchara, alimentación «salada», puede llevarnos a un rechazo sistemático que al final terminará por producir un reflejo condicionado, según el cual con la sola visión de la cuchara el niño adoptara una actitud hostil hacia el alimento. Estamos convencidos que bastantes anorexias que vemos han tenido su punto de partida en la falta de consejo a la madre cuando inició la alimentación sólida.

Si el problema no ha surgido y el niño ha aceptado el cambio de alimentación y la introducción de la cuchara en sus hábitos, instamos a la madre a la iniciación de alimentos vegetales y carnes.

En principio no hay inconveniente que se utilice la trituradora para preparar estos alimentos, pero tan pronto el niño demuestre que le agrada este tipo de comida, aconsejamos que deje de utilizarla, ya que hemos comprobado que ello conlleva en posteriores etapas a que el niño sea vomitador, pues una vez que se ha acostumbrado a «beber» la comida (tal es la fluidez que la trituradora proporciona) si tratamos de darle comida «troceada», la presencia de pequeños trocitos al pasar por la faringe desencadenará un reflejo nauseoso.

## SEXTO MES

Se plantea la lucha contra la anemia ferropénica, hipocalcemia e hipofluoremia.

Si la alimentación hasta entonces ha sido variada, con verduras, carnes, cereales, leche, yogourth, petit suisse, requesón, etc., nuestro temor quizás sea injustificado. Si por el contrario, se trata de niños anoréxicos o con alimentación exclusivamente láctea o farinácea, prescribimos por vía oral (siempre contando con la tolerancia del niño) hierro.

Si la cantidad de leche no alcanza el medio litro en las 24 h. (valoraremos si toma yogourth ya que uno equivale aproximadamente a unos 125 c.c. de leche), aconsejamos que el niño tome calcio.

El flúor, que se aconseja sea administrado durante los meses en que comienza a hacer su aparición los primeros dientes, no siempre es bien tolerado.

En esta edad es muy apropiado comprobar si el niño, de espaldas y sentado en el regazo de su madre, vuelve la cabeza ante estímulos sonoros propios del ambiente que le rodea (hacer sonar una cucharilla en una taza, voz humana, golpes con intensidad y tonos variables, etc.).

## ETAPAS POSTERIORES

Sin postergar nunca los controles de somatometría ya referidos, control de vacunación y de alimentación, en sucesivas etapas nuestra actividad va dirigida especialmente a controlar el desarrollo psicomotor en sus cuatro vertientes, social, adaptativas, motora y de lenguaje.

Dialogamos con los padres respecto al gran cambio que supone la autonomía en su hijo. Al iniciar sus primeros pasos las posibilidades de un accidente han aumentado enormemente. Llamamos

la atención en tal sentido y sensibilizamos a los padres sobre tal peligro.

Hemos comprobado que entre los 14-15 meses un motivo frecuente de preocupación entre las madres, al hablar de la capacidad de marcha de su hijo, es la presencia, en un porcentaje muy elevado, de miembros inferiores muy arqueados (genu varo) con piés en rotación interna, a pesar de una correcta alimentación y sin sospecha de una hipocalcemia o hipovitaminosis D. Interpretamos que la costumbre de colocar gasas voluminosas entre los muslos de los niños obligan a éstos a una abducción forzada que conlleva a un arqueamiento de piernas y rotación de piés, con carácter compensatorio. Aconsejamos la necesidad de una pronta educación en el control de esfínteres y mientras no se consigue lo anterior, la utilización de gasas finas aunque exijan un cambio más frecuente.

En la última visita, a los 2 años, hacemos una recopilación de crecimiento y desarrollo del niño así como de los procesos que ha padecido y de si ha recibido correctamente todas las vacunas necesarias hasta el presente. Igualmente controlamos, por ser de fácil ejecución, la iniciación de una posible escoliosis, simplemente con una flexión dorsal forzada, que nos mostrará cómo se va desarrollando la columna.

Cuando el niño causa baja en nuestro servicio, lo hace en una edad en que la morbilidad aumentará muchísimo. El problema alimenticio y congénito pasará a un segundo lugar. Desgraciadamente hasta la edad escolar, en la que es obligatoria reconocimientos sistemático y generalizado, el niño estará desde el punto de vista de la legislación en «tierra de nadie». Serán las guarderías o los jardines de la infancia los que cuidarán de ellos en un porcentaje elevado de casos. Este es el problema. La legislación para esos establecimientos aun no ha sido hecha.

---

## RESEÑA DE PUBLICACIONES SANITARIAS DE LA REGION

**GARCIA BALLESTA, Carlos.**—*La caries dental en la población infantil del término municipal de Murcia. Proyectos para su prevención.* Tesina de Licenciatura, 1981.

Esta tesina de licenciatura dirigida por los profesores de Higiene y Sanidad, Enrique Viviente López y Elvira Ramos García, es un primer acercamiento a un estudio más amplio sobre la prevalencia de la caries infantil en nuestra región. Para ello se ha empezado a estudiar el municipio de Murcia, eligiendo una muestra de 985 escolares entre 6 y 14 años, lo que representa el 2,28% de la población. Se analiza:

A) la prevalencia de la enfermedad. 1) en dentadura temporal. 2) índice C.O. (caries - obturaciones). 3) en dentadura definitiva. 4) índice C.P.O. (promedio por escolar de piezas permanente, extraídas y obturadas). 5) afectación del molar de los 6 años. 6) índice de caries por niño.

B) la caries y su relación con la edad, el sexo y el nivel socio-económico.

Se han obtenido conclusiones de interés para la Administración Sanitaria, porque revelan el aumento de la prevalencia de caries desde un estudio anterior, de 1967, que era de 62,3% al 80,9% actual; el porcentaje tan bajo de piezas tratadas; el que se sigue un tratamiento de extracción en lugar de uno conservador; tendencia a la menor frecuentación del odontólogo desde el estudio anterior que estaba en un 10,8% al 9,24% actual.

Necesitamos de estudios que vayan analizando parcelas de la realidad, para poder tomar las medidas de política sanitaria adecuadas en cada situación.

**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. SIMPOSIA

## I CURSO DE EDUCACION SANITARIA PARA MEDICOS, VETERINARIOS, FARMACEUTICOS Y AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS EN LA COMARCA DE YECLA

Se celebrará los días 8 a 15 de febrero de 1982, con arreglo al siguiente programa:

### LUNES, 8 DE FEBRERO

*Educación Sanitaria: Consideraciones generales*

Dr. D. Francisco GONZALEZ CASTEJON  
Jefe Local de Sanidad de Yecla

*Educación Sanitaria: bases organizativas*

Dra. D.<sup>a</sup> Elvira RAMOS GARCIA  
Jefe de Sección de Promoción de Salud  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social

### MARTES, 9 DE FEBRERO

*Metodología pedagógica*

Sr. D. Nicolás QUILES BAUTISTA  
Maestro de E.G.B.

*Sociología y Educación Sanitaria*

Dr. D. Juan MONREAL MARTINEZ  
Agregado de Sociología de la Sección Psicología y Pedagogía, Universidad de Murcia

### MIERCOLES, 10 DE FEBRERO

*Programas educativos*

Dr. D. Pedro J. SATURNO HERNANDEZ  
Profesor Ayudante de Higiene y Sanidad,  
Universidad de Murcia

*El Farmacéutico y la Educación Sanitaria*

Sr. D. Antonio MAESO CARBONELL  
Presidente Colegio Oficial de Farmacéuticos

### JUEVES, 11 DE FEBRERO

*El Puericultor y la Educación Sanitaria*

Luis GONZALEZ MORO Y PRATS  
Jefe de Pediatría de la Residencia Virgen del  
Castillo de Yecla

*El maternólogo y la Educación Sanitaria*

Dr. D. José María MARIN MUSSO  
Jefe de Maternología de la Residencia Virgen  
del Castillo de Yecla.

### VIERNES, 12 DE FEBRERO

*El Veterinario y la Educación Sanitaria*

Dr. D. Fernando CRESPO LEON  
Jefe de Sección. Análisis Veterinarios.  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social

*El Ayudante Técnico Sanitario*

Sra. D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Carmen NAVARRO TORRO  
A.T.S. Jefe de la Residencia Virgen del  
Castillo de Yecla

### LUNES, 15 DE FEBRERO

*Importancia de la Educación Sanitaria para  
el bienestar de la comunidad*

Dr. D. Angel FERNANDEZ NAFRIA  
Director Provincial de Salud. Consejería de  
Sanidad y Seguridad Social.

*Proyección de cortometrajes de la O.M.S.*

**CLAUSURA.**—Ilmo. Sr. D. Carlos ALBEROLA  
GOMEZ-ESCOLAR  
Consejero Regional de Sanidad y Seguridad  
Social

**I CURSO DE EDUCACION SANITARIA PARA MEDICOS, VETERINARIOS,  
FARMACEUTICOS Y AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS EN LA  
COMARCA DE CARAVACA**

Se celebrará los días 15 al 22 de febrero de 1982, con arreglo al siguiente programa:

**LUNES, 15 DE FEBRERO**

*Educación Sanitaria: Consideraciones generales*

Dr. D. Manuel LEDESMA DOMINGUEZ  
Jefe Local de Sanidad de Caravaca

*Educación Sanitaria: bases organizativas*

Dra. D.<sup>a</sup> Elvira RAMOS GARCIA  
Jefe de Sección de Promoción de Salud  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social

**MARTES, 16 DE FEBRERO**

*Metodología pedagógica*

Dr. D. Gregorio SANCHEZ ROMERO  
Catedrático del Instituto de Enseñanza Media  
de Caravaca

*Sociología y Educación Sanitaria*

Dr. D. Juan MONREAL MARTINEZ  
Agregado de Sociología de la Sección Psicología y Pedagogía, Universidad de Murcia

**MIERCOLES, 17 DE FEBRERO**

*Programas educativos*

Dr. D. Pedro J. SATURNO HERNANDEZ  
Profesor Ayudante de Higiene y Sanidad,  
Universidad de Murcia

*El Farmacéutico y la Educación Sanitaria*

Dr. D. Francisco PEREZ MAYO  
Farmacéutico y Analista Clínico. Calasparra

**JUEVES, 18 DE FEBRERO**

*El Puericultor y la Educación Sanitaria*

Dr. D. Domingo ARANDA  
Pediatra Puericultor de zona. INSALUD

*El maternólogo y la Educación Sanitaria*

Dr. D. Marcos TULIO TRELLES  
Obstetricia y Ginecología de zona. INSALUD

**VIERNES, 19 DE FEBRERO**

*El Veterinario y la Educación Sanitaria*

Dr. D. Fernando CRESPO LEON  
Jefe de Sección. Análisis Veterinarios.  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social

*El Ayudante Técnico Sanitario y la Educación Sanitaria*

Sra. D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> José BELLONES  
A.T.S.

**LUNES, 22 DE FEBRERO**

*Importancia de la Educación Sanitaria para el bienestar de la comunidad*

Dr. D. Angel FERNANDEZ NAFRIA  
Director Provincial de Salud. Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

*Proyección de cortometrajes de la O.M.S.*

**CLAUSURA**

Ilmo. Sr. D. Carlos ALBEROLA GOMEZ-  
ESCOLAR  
Consejero Regional de Sanidad y Seguridad Social

**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.

# NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 1 a 4 (del 3 al 30 enero 1982) (1.<sup>a</sup> quincena: 28-12-80 al 31-1-1981)

	(1) n.º de habit.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningo-cócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubeola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Gonococia		Sifilis			
		1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982	1981	1982				
COMARCAS																																							
NOROESTE	65.521	0	0	3	0	2	0	9	34	0	0	2750	97	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ALTIPLANO	45.970	0	2	1	1	3	0	3	14	0	0	469	178	0	0	0	0	0	6	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LORCA	91.291	0	2	0	7	4	0	0	47	30	9	2515	524	0	1	0	2	0	24	0	1	0	6	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTANA	19.575	0	0	0	0	0	0	30	15	0	0	2788	72	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CARTAGENA	238.201	0	7	2	1	7	3	11	182	16	11	3650	681	1	23	0	5	18	13	0	38	6	18	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MULA	21.839	0	0	2	0	0	0	35	6	1	0	3618	48	0	1	0	0	1	1	0	0	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	0	0	0	0	0	2	61	0	2	0	4257	137	1	0	0	0	3	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIEZA	47.996	1	0	0	0	1	0	0	20	0	0	3185	185	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOLINA	76.645	1	0	2	5	2	138	20	1	42	4467	504	0	15	1	1	0	103	0	74	1	6	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	0	1	1	1	1	0	4	6	3	1	622	85	0	2	0	0	0	1	0	13	0	3	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0	1	6	1	3	11	5	17	130	0	4221	1486	0	6	7	5	8	34	0	172	0	24	0	14	0	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
TOTAL REGION	955.215	0	2	19	10	15	34	12	308	474	53	32542	3997	3	48	8	16	30	189	0	307	7	79	0	38	2	15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

(1) Según la rectificación del Padrón de Habitantes a 31-12-1981.