

BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA

CONSEJO REGIONAL DE MURCIA



CONSEJERIA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

SERVICIO DE PUBLICACIONES

AÑO 1982 - FEBRERO - VOL. II, NUM. 2
BOL. S. R. M. II, 17-28

ANALISIS DE LA VACUNACION FRENTE AL SARAMPION Y TRIPLE VIRICA (Sarampión-Parotiditis, Rubéola). REGION MURCIANA, 1981

Elvira RAMOS GARCIA
Jefe de Sección Promoción de Salud

I. INTRODUCCION

La vacunación del sarampión, y la forma combinada con rubéola y parotiditis, introducida esta última en España y en Murcia en 1981, es una de las más importantes de la infancia.

Según estimaciones del holandés HOEVENARS (1967)¹, el porcentaje de complicaciones global por el sarampión es de 22% repartidas entre las siguientes localizaciones: 9,9% de vías respiratorias altas, 10% en vías respiratorias bajas, 0,52% neurológicas (alrededor de un 0,15% encefalitis y de 0,36 convulsiones), produciendo un 0,4% de hospitalizaciones.

Estas cifras supondrían en Murcia (donde al producirse ondas bi o trienales que afectarían a unos colectivos de alrededor de 60.000 niños, cada 3 años, es decir, un promedio de 20.000 niños/año), 4.000 niños complicados, de los cuales 1.980 sufrirían procesos de vías respiratorias altas, 2.000 de vías respiratorias bajas, 104 complicaciones neurológicas (32 encefalitis, 72 convulsiones), lo que ocasionaría 80 hospitalizaciones. Todo ello suponiendo características socio-económicas semejantes a las de Holanda, es decir, haciendo una valoración muy favorable, ya que las complicaciones de esta enfermedad son mucho más graves en condiciones ambientales precarias, y Murcia posee grandes zonas de pobreza y marginación que agravarían todas estas estimaciones, y además valorando estimaciones, pues en nuestro trabajo anterior vimos que existe subdeclaración².

Las complicaciones postvacunales son insignificantes. Para DITTMANN (1976)³, están alrededor de 3,6 por 100.000 vacunados, de los cuales sólo 1,7 son problemas neurológicos (encefalitis u otras complicaciones del S.N.C.) y 1,1 eran convulsiones febriles.

El presente trabajo pretende analizar lo que ha sido la vacunación del sarampión en Murcia y las medidas recomendables para corregir deficiencias.

II. MATERIAL Y METODO

Se analizan los:

- partes de declaración vacunal que envían los Jefes Locales de Sanidad.
- datos de registro de los puestos de vacunación de la Consejería (el general y el de puericultura).
- datos de vacunas expendidas por Farmacias.

Se evalúan globalmente y por municipios las vacunas administradas, y la población estimada a vacunar y se expresa en porcentajes. Se comete un error en la estimación pues trabajamos con la población comprendida entre 1 y 2 años, cuando sabemos que esta vacuna es administrada en muchas ocasiones a niños de otros grupos de edad. Por ello los resultados están valorados en su conjunto por encima de su valor real.

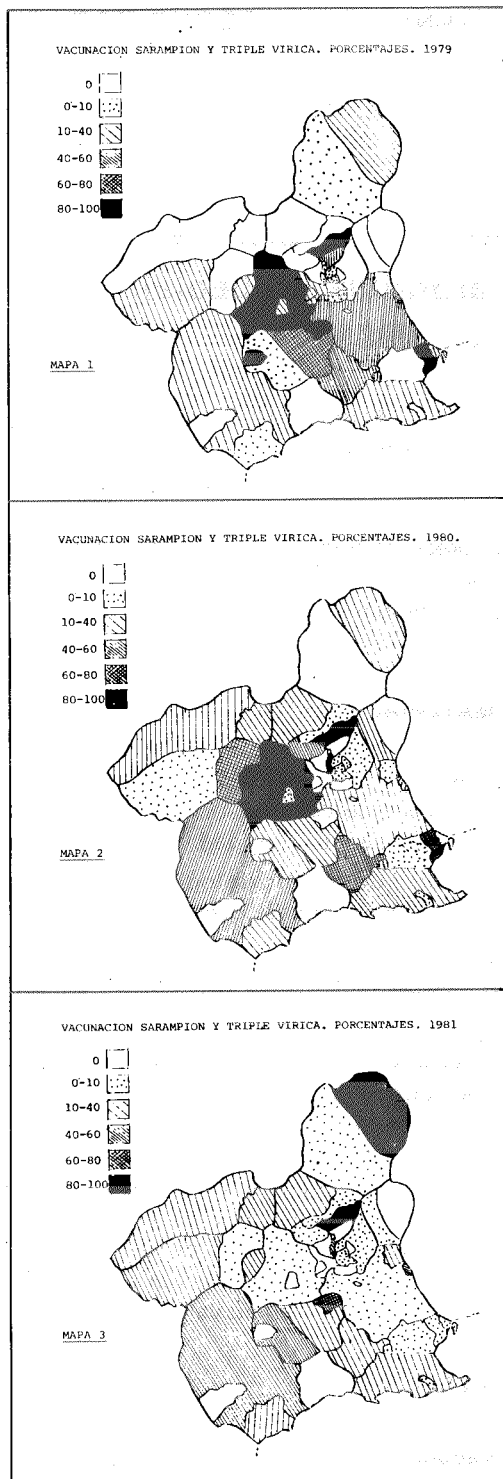
III. RESULTADOS

a) Vacunación global (Tabla 1).

Se han vacunado 5.145 niños lo que representa un 28,1%, con valores similares a los de 1979 (27,4%) y 1980 (25,2%). Añadiendo las 2.003 expendidas por Centros de distribución de Farmacias (10,9%), asciende a 36,1%, sabiendo que estas últimas no se han administrado todas en Murcia, pues distribuyen a provincias limítrofes (Tabla 2). Cifras muy bajas, que nos están evidenciando la poca implantación de esta vacuna.

b) Distribución municipal.

En la Tabla 1 y en los cuadros 1 y 2, mapas 1, 2 y 3, aparecen los datos de vacunación por municipios.



Es lamentable la situación de esta vacunación a nivel municipal.

12 municipios no han vacunado. Entre ellos algunos con colectivos infantiles muy numerosos como Alcantarilla, Torres de Cotillas, Mazarrón.

12 municipios se encuentran por debajo del 10%, de los cuales también por su densidad

demográfica merecen destacar Molina, Archena, Abarán, Cehegín, Torre-Pacheco, La Unión y Jumilla.

13 municipios se encuentran entre el 10-40% de vacunados, encontrándose entre ellos Murcia, Cartagena, Cieza, Caravaca, Aguilas, Alguazas, Alhama, Bullas, Calasparra.

Entre los 7 municipios que superan el 40% merecen destacarse Yecla y Blanca alrededor de 100%, Jumilla con el 61%, mientras Beniel (40,5%), Lorca (48%), Totana (44,4%), Villanueva (43,8), están bordeando el 40%.

IV. CONCLUSIONES

1.º La vacunación del Sarampión y la Triple Virica no se ha implantado en la región.

2.º El año pasado quisimos convertirlo en el año del Sarampión, pero por parecer más urgente el problema tetánico no nos volcamos en ello. Este año hemos hecho previsión de vacuna para conseguir llevar a cabo la campaña masiva en octubre.

Es preciso que, hasta que consigamos su implantación, actuemos en forma de campaña, con mentalización masiva a través de todos los medios de comunicación de la población y con la colaboración de todos los profesionales sanitarios a través de los Consejos Municipales de Sanidad, que tan efectivo y extraordinario papel jugaron en la campaña de vacunación antitetánica.

V. RECOMENDACIONES

Hacemos nuestras las conclusiones que ya en 1971 hiciera la mesa redonda sobre vacunación anti-sarampionosa celebrada en Barcelona (*).

1. El sarampión es una enfermedad que a pesar de tener una letalidad baja, presenta una mortalidad elevada en relación con las altas cifras de morbilidad. En España es una de las principales causas de mortalidad infantil y circunscribiéndonos a las enfermedades por virus, es la más importante.

2. Las complicaciones del sarampión, si bien poco frecuentes, son de una gravedad considerable, en especial la encefalitis sarampionosa, que se presenta aproximadamente en uno de cada mil casos, con un 40% de secuelas neuropsíquicas y elevada mortalidad.

3. Aun en los casos benignos no complicados, el sarampión produce absentismo escolar, desorganización de la vida familiar y deja a la mayor parte de los niños en estado de anergia que dura unas semanas.

4. Esta anergia sarampionosa puede reactivar o agravar considerablemente otras enfermedades subyacentes o intercurrentes (tuberculosis, estafilococias, neumopatías diversas, etc.).

5. Las vacunas antisarampionosas con virus vivo atenuado han demostrado plenamente su eficacia, según se desprende de los numerosos trabajos publicados en todos los países y de la experiencia propia de los participantes en la mesa redonda aludida.

6. Con las vacunas actuales, mucho más atenuadas que las primeras, se obtiene una respuesta inmunitaria eficaz, con reacción vacunal mínima y en todo caso intrascendente.

7. Está demostrado que la inmunidad antisarampionosa conferida por estas vacunas dura años, existiendo poderosas razones para afirmar que en el 98% de los casos, aproximadamente, perdurará toda la vida.

8. La inocuidad de la vacuna está suficientemente demostrada después de millones de vacunaciones efectuadas en todo el mundo. La hipotética posibilidad de que aparezca una encefalitis vacunal es tan remota (según Krugman, una entre un millón) que no admite comparación con la incidencia provocada de encefalitis producidas por el virus salvaje.

9. La posibilidad de asociar la vacuna antisarampionosa a otras vacunas (rubéola, difteria, tétanos, polio) abre un nuevo campo que facilitará en el futuro la introducción de esta nueva vacuna en los calendarios de inmunización. (Hoy día ya tenemos en el mercado la vacuna triple vírica como hemos comentado).

(*) Mesa redonda coordinada por el Dr. J. M. SALA GINABREDA, con la participación de los Dres. F. PUMAROLA BUSQUETS (Barcelona), M. CARBONELL JUANICO (Barcelona), J. CELERS (París), C. FILLASTRE (París) y R. MARTÍN DU PAN (Ginebra). Barcelona, 7 de mayo de 1971.

NOTAS:

1. HOEVENARS H.A.M. (1967). Measles vaccination Serhiks Druskery. N.Y., 15.

2. *Bol. Epi. Reg. Mur.* (1981), 3, 47-54.

3. DITTMANN, S. et Al. The measles eradication programme in the German Democratic Republic. *Bull. W.H.O.* (1976), 53, 21-24.

4. PUMAROLA BUSQUETS, F., CELERS, Y., MARTÍN DU PAN, R., FILLASTRE, C. Mesa redonda sobre vacunación antisarampionosa. *Bol. Soc. Cat. Ped.* (1971), 32, 1-66.

TABLA 1.—Vacunación Sarampión y Triple Vírica. Números absolutos y porcentajes 1979 a 1981. Incremento 1980-81.

MUNICIPIOS	NUMERO VACUNADOS			PORCENTAJE			△ 80-81
	1979	1980	1981	1979	1980	1981	
ABANILLA	0	0	0	0	0	0	0
ABARAN	0	19	20	0	8,9	9,3	+ 0,4
AGUILAS	32	128	160	6,9	27,8	34,7	+ 6,9
ALBUDEITE	3	0	0	10,3	0	0	0
ALCANTARILLA	0	0	0	0	0	0	0
ALEDO	30	0	0	428,5	0	0	0
ALGUAZAS	0	11	33	0	8,1	2,4	+ 15,9
ALHAMA	167	84	68	72,6	36,5	29,5	— 7,0
ARCHENA	15	25	11	5,9	9,9	4,4	— 5,5
BENIEL	51	37	53	40,1	29,1	40,5	+ 11,4
BLANCA	116	112	91	118,3	88,2	92,8	+ 4,6
BULLAS	60	187	17	36,8	114,7	10,4	—104,3
CALASPARRA	0	19	20	0	14,4	15,2	+ 0,8
CAMPOS DEL RIO	9	0	0	31,0	0	0	0
CARAVACA	45	3	80	14,9	1,0	26,6	+ 25,6
CARTAGENA	464	878	1.250	14,5	27,5	39,2	+ 11,7
CEHEGIN	0	148	14	0	66,7	6,3	— 60,4
CEUTI	2	4	5	1,3	2,8	3,4	+ 0,6
CIEZA	0	141	209	0	26,9	39,8	+ 12,9
FORTUNA	0	17	1	0	17,0	1,0	— 16,0
FUENTE ALAMO	59	77	31	49,1	64,0	25,8	— 38,2
JUMILLA	3	0	14	0,7	0	3,5	+ 3,5
LIBRILLA	64	0	41	95,5	0	61,0	+ 61,0
LORCA	202	547	568	17,0	46,2	48,0	+ 1,8
LORQUI	0	5	0	0	5,1	0	— 5,1
MAZARRON	0	0	0	0	0	0	0
MOLINA	0	20	10	0	2,8	1,4	— 1,4
MORATALLA	0	21	16	0	15,9	12,0	— 3,9
MULA	376	359	52	152,0	145,9	21,1	—124,8
MURCIA	2.667	1.402	1.685	45,3	23,8	28,6	+ 4,8
OJOS	0	0	0	0	0	0	0
PLIEGO	16	5	0	26,2	8,2	0	— 8,2
PTO. LUMBRERAS	0	0	0	0	0	0	0
RICOTE	0	13	2	0	50,0	7,6	— 42,4
SAN JAVIER	182	137	13	90,0	67,8	6,4	— 61,4
S. PEDRO PINATAR	24	0	9	13,7	0	5,2	+ 5,2
SANTOMERA	0	4	12	0	3,1	25,2	+ 22,1
TORRE PACHECO	0	1	3	0	0,3	1,0	+ 0,7
T. COTILLAS	16	0	0	5,0	0	0	0
TOTANA	10	115	152	3,0	33,6	44,4	+ 7,8
ULEA	231	0	0	67,5	0	0	0
LA UNION	0	3	17	0	1,1	6,2	+ 5,1
VILLANUEVA	5	14	7	1,8	87,5	43,8	— 43,7
YECLA	186	114	481	38,4	23,5	99,3	+ 75,8
TOTAL VACUNADOS	5.035	4.645	5.145	27,4	25,2	28,1	

TABLA 2.—Vacunas Sarampión expedidas por Oficinas de Farmacia (1981).

CARTAGENA	2
LORCA*	120
MURCIA	1.234
YECLA	647
TOTAL	2.003

* Despacha a otras provincias.

CUADRO 1.—Clasificación de los municipios según el porcentaje de población vacunada del sarampión. 1981.

% vacunados	N.º de municipios	RELACION DE MUNICIPIOS
0	12	Abanilla, Albudeite, Alcantarilla, Aledo, Campos-Río, Lorquí, Mazarrón, Ojós, Pliego, Puerto-Lumbreras, Torres de Cotillas, Ulea.
< 10	12	Abarán, Archena, Cehegin, Ceutí, Fortuna, Molina, Ricote, San Javier, Sañ Pedro del Pinatar, Torre Pacheco, La Unión, Jumilla.
10-40	13	Aguilas, Alguazas, Alhama, Bullas, Calasparra, Caravaca, Cartagena, Cieza, Fuente-Alamo, Moratalla, Mula, Murcia, Santomera.
40-60	4	Beniel, Lorca, Totana, Villanueva.
60-80	1	Librilla.
80-100	2	Blanca, Yecla.

CUADRO 2.—Variación del porcentaje de vacunación antisarampión por municipios entre 1980 y 1981.

NO HAN VACUNADO NUNCA		INCREMENTO		DESCENSO
Abanilla, Alcantarilla, Mazarrón, Ojós, Puerto Lumbreras.	0-24	Abarán, Aguilas, Alguazas, Beniel, Blanca, Calasparra, Cartagena, Ceutí, Cieza, Jumilla, Lorca, Murcia, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco, Totana, La Unión, Santomera.	0-24	Albudeite, Alhama, Archena, Campos-Río, Fortuna, Lorquí, Molina, Moratalla, Pliego, Ricote, Aledo, Torres de Cotillas, Ulea.
	25-49	Caravaca.	25-49	Fuente-Alamo, Villanueva.
	50-74	Librilla.	50-74	Cehegin, San Javier.
	75-100	Yecla.	75-100	Bullas, Mula.

CARACTERISTICAS Y NORMAS DE INOCULACION DE LA VACUNA ANTISARAMPION-RUBEOLA-PAROTIDITIS

La vacuna anti-sarampión-rubéola-parotiditis de virus es una combinación de:

— vacuna anti-sarampión de virus vivos de una línea más atenuada de virus del sarampión, derivada de la cepa que Enders obtuvo a partir de la cepa Edmonston atenuada, y propagada en cultivos celulares de embrión de pollo.

— vacuna anti-parotiditis de virus vivo de la cepa Jeryl Lynn (nivel B) propagada en cultivos celulares de embrión de pollo.

— vacuna anti-rubéola de virus vivos atenuados de la cepa Wistar RA 27/3 propagada en cultivos de células diploides humanas (WI-38).

Los virus son mezclados antes de la liofilización.

Una vez reconstituida la vacuna con su disolvente, cada dosis contiene como mínimo 1.000 DICT⁵⁰ de vacuna vírica anti-sarampión, 5.000 DICT⁵⁰ de vacuna vírica anti-parotiditis así como 1.000 DICT⁵⁰ de vacuna vírica anti-rubéola, títulos expresados tomando como patrón los virus de referencia del sarampión, de la parotiditis y de la rubéola. Cada dosis contiene además unos 25 mcg. de neomicina.

La vacuna es altamente inmunogénica, induciendo en los sujetos no inmunes la producción de anti-cuerpos inhibidores de la hemaglutinación anti-sarampión en el 95%, anti-rubéola en el 99% y anti-cuerpos neutralizantes anti-parotiditis en el 96% de los casos.

La respuesta de anticuerpos específicos es similar a la que se obtiene tras la inyección por separado de cada una de las vacunas monovalentes.

INDICACIONES

La vacuna está indicada en la inmunización combinada contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola en niños y niñas desde los 15 meses de edad hasta la pubertad. Aunque en la Consejería de Sanidad sólo la aplicamos desde los 15 meses a los 3 años para poder hacer la planificación presupuestaria necesaria.

No se necesita ninguna dosis de revacunación en los sujetos inmunizados a los 12 meses de edad o posteriormente.

DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

La dosis es la misma para todos los pacientes.

Después de limpiar y desinfectar adecuadamente el sitio elegido —de preferencia la región externa del deltoides— se inyecta por *vía subcutánea* el contenido total de la jeringuilla desechable. No se debe inyectar por vía intravenosa ni administrar por vía intranasal.

Para la reconstitución de la vacuna, se inyecta todo el disolvente de la jeringuilla en el vial de la vacuna liofilizada. Se agita para lograr una buena mezcla y se aspira la totalidad de la solución reconstituida en la jeringuilla. Se empleará solamente el disolvente que acompaña al vial de vacuna, ya que está desprovisto de conservador u otras sustancias que podrían inactivarla. La vacuna reconstituida tiene un color amarillento; debe ser totalmente transparente en el momento de la reconstitución.

Se recomienda administrar la vacuna inmediatamente tras la reconstitución, protegiéndola de la luz en todo momento. Eventualmente se guardará la vacuna reconstituida en la oscuridad entre 2°C-8°C y se desechará si no ha sido utilizada en un plazo de 8 horas.

CONTRAINDICACIONES

La vacuna está contraindicada en los siguientes casos y situaciones:

— En las embarazadas.

Antes de vacunar a mujeres púberes, se debe tener en cuenta y descartar la posibilidad de un embarazo en el momento de la vacunación y durante los 3 meses siguientes a ésta.

— Hipersensibilidad a la neomicina.

— Hipersensibilidad a los huevos, pollo, plumas de pollo. Corresponde al médico sopesar en dichos pacientes los beneficios de la inmunización frente a los posibles riesgos de reacción de hipersensibilidad.

— Enfermedad respiratoria febril o cualquier otra infección activa febril.

— Tuberculosis activa no tratada.

— Pacientes sometidos a tratamiento con ACTH, corticosteroides, radioterapia, agentes alquilantes o anti-metabolitos. Dicha contraindicación no se aplica a los pacientes que reciben corticosteroides como terapia de sustitución, como por ejemplo en el caso de la enfermedad de Addison.

— Personas con discrasias hematológicas, leucemia, linfomas de cualquier tipo u otras neoplasias malignas de la médula ósea o del sistema linfoide.

— Estados de inmunodeficiencia primaria, incluyendo las deficiencias de inmunidad celular, estados de hipogammaglobulinemia y disgammaglobulinemia.

PRECAUCIONES

— La vacuna debe administrarse con las debidas precauciones a los niños con antecedentes de

convulsiones febriles, lesiones cerebrales o cualquier otra enfermedad en las que se debe evitar el trastorno causado por la fiebre. El médico debe prestar atención a las elevaciones de temperatura que pueda ocurrir, 5 a 14 días después de la vacunación.

— La vacunación debe aplazarse durante por lo menos tres meses tras la transfusión de sangre, plasma o la inyección de más de 0,04 ml./kg. de peso corporal de inmunoglobulina humana.

— Se ha señalado que, tanto la vacuna anti-sarampión como las vacunas anti-parotiditis y anti-rubéola de virus vivos, pueden deprimir temporalmente la respuesta a las pruebas tuberculínicas por lo que, para valorarlas correctamente, éstas se llevarán a cabo antes de la vacunación.

INCOMPATIBILIDADES

No se debe mezclar la vacuna con ningún otro medicamento en la misma jeringuilla.

Se puede administrar con la vacuna poliomielítica de virus vivos, oral, mono o trivalente.

No se debe administrar con vacunas compuestas de otros tipos de virus vivos, salvo si se mantienen entre las aplicaciones un intervalo mínimo de un mes.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Las reacciones clínicas secundarias asociadas con la administración de la vacuna combinada son las que se observan después de la administración por separado de las vacunas monovalentes. Pueden consistir en malestar, dolor de garganta, cefalea: reacciones locales leves, tales como eritema, induración, sensación dolorosa y adenopatía regional: trombocitopenia y púrpura: reacciones alérgicas como urticaria.

Las artritis transitorias, artralgiyas y polineuritis, que son complicaciones de la rubéola, han

sido señaladas también después de la administración de las vacunas anti-rubéola de virus vivos. En los niños las reacciones articulares son infrecuentes y de corta duración.

Ocasionalmente se produce fiebre moderada y las fiebres superiores a 39°C son aún menos frecuentes. En contadas ocasiones algunos niños con fiebre pueden presentar convulsiones.

Los exantemas, que se observan raras veces son generalmente mínimos y localizados.

Aunque excepcionalmente se han observado alteraciones del sistema nervioso central (encefalitis) después de la administración de las vacunas monovalentes anti-rubéola y anti-parotiditis de virus vivos, no se ha podido establecer una relación «causa-efecto» en la producción de tales trastornos. Igual forma, en el caso de la inmunización anti-sarampión, la encefalitis post-vacunal es de excepcional presentación y, como se ha demostrado, muy inferior a la que se produce como complicación de la infección natural.

La asociación de una panencefalitis esclerosante subaguda con la vacunación antisarampión ha sido estimada aproximadamente en un caso por 1.000.000 de dosis distribuidas. En el sarampión natural la incidencia es de 5 a 10 veces superior a estas cifras. De estas formas, al proteger contra el sarampión la vacunación proporciona una prevención frente a la panencefalitis esclerosante subaguda.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

En el caso de producirse una reacción anafilatoide aguda, se administrará una inyección de adrenalina (1:1.000).

CONDICIONES DE CONSERVACION

Se mantendrá el envase entre 2°C-8°C, al abrigo de la luz para evitar su inactivación.

Restauración colectiva. Importancia e incidencia. Comedores colectivos sociales y comerciales

D. A. PEÑUELA

Veterinario de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

D. F. YELO

Veterinario de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

D. A. ESTEBAN

Médico de Salud Pública

La restauración colectiva, terminología aceptada por la generalidad de los países se refiere a la parte del consumo alimentario que se realiza fuera del hogar, en establecimientos a ello dedicados, bien como actividad específica o comple-

mentaria, según casos y con finalidades comerciales o sociales, de conformidad con sus misiones específicas. Más adelante quedará desarrollado cada uno de estos conceptos.

La restauración colectiva en razón del equi-

libro nutricional que podría aportar, de la educación alimentaria que implica, así como por el sector humano que la recibe, debería constituir una verdadera medicina preventiva para los consumidores sanos y un elemento de curación acelerada para los otros.

Las comidas efectuadas fuera del domicilio difieren sustancialmente de la preparación culinaria y servicios tradicionales obtenidos en el mismo. Apetencias, novedades extras y, por tanto, no habituales, marcan las directrices típicas a la hora de dilucidar sobre un menú de la gama que presenta una carta. Todo ello implica problemas de almacenamiento, conservación y preparación de una considerable cantidad de productos perecederos, tendentes a mantener a un público, siempre heterogéneo, la oferta indicada en la carta. Esta problemática, lógicamente, se reduce al mínimo, o casi al mínimo, en los centros de restauración colectiva de tipo social.

Según estudios oficiales —siempre con las diferencias naturales que señalan los diversos niveles socio-económicos, y actividades profesionales de región, provincia, localidad, etc., se estima que los españoles realizan el 75 % de las comidas en el domicilio y el resto quedaría distribuido entre la restauración colectiva, con el 13 % y otras fórmulas, el 12 %. Económicamente, esto se corresponde con un 80 % del gasto para alimentación en compras efectuadas a tal fin por el ama de casa y el 20 % se aplica a la restauración colectiva y otras fórmulas.

El Código Alimentario Español (Decreto de 21 de septiembre de 1967) define que la preparación culinaria es el conjunto de operaciones que mediante técnicas simples (mecánicas, físicas y especialmente térmicas) transforman ciertas materias primas alimentarias para hacer su uso apto y agradable. Igualmente, esta preparación, en todos los establecimientos que distribuyan alimentos preparados de inmediato consumo (comedores colectivos o establecimientos de restauración colectiva) habrá de ajustarse a las condiciones generales que se establecen y, en su caso, a la Reglamentación complementaria. Esta normativa legal contempla escuetamente las condiciones relativas a: locales, material y utensilios; almacenamiento y conservación de los alimentos que hayan de ser utilizados; régimen de condimentación; distribución de los alimentos preparados; exposición de los alimentos, y personal.

Tras un período de 11 años —ya es sabido que la «puesta a punto» del Código Alimentario fue lenta— sale a la luz la Orden de 24 de octubre de 1978 (B.O.E. núm. 263, de 3 de noviembre) por la que se aprueba el Reglamento sobre Vigilancia, Control e Inspección Sanitaria de Comedores Colectivos. Posteriormente se desarrolla por Resolución de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria de 5 de diciembre de 1978 (B.O.E. núm. 4, de 4 de enero de 1979). Fija las normas básicas de funcionamiento en orden a proteger la salud pública.

A todos los efectos se define como Comedores Colectivos aquellos establecimientos públicos o privados, con finalidad mercantil o social, cuya

actividad sea la de facilitar comida que en los mismos se consuma, incluyéndose tanto los comedores dotados de cocina propia como los que carecen de servicios de cocina, tengan o no instalaciones al aire libre. Tales establecimientos pueden tener entidad propia o independiente o formar parte de Empresas, Centros, Instituciones u Organismos, constituyendo actividad accesoria de éstos.

En el intervalo de los 11 años citados, aunque se mantuvo una situación de ralenti en cuanto a vigilancia sanitaria, no por ello quedó ésta olvidada, sobre todo en la época estival y motivada por la gran afluencia turística de nuestras zonas costeras desde San Pedro del Pinatar hasta Aguilas.

En este período, en el que se perfila poco a poco la gestación del actual Reglamento, se actúa siguiendo normas de la Dirección General de Sanidad, primero, y de la Dirección General de la Salud Pública, después. Estas directrices dimanaron de estudios conjuntos de dichas Direcciones Generales y de la Dirección General de Empresas y Actividades Turísticas del Departamento Ministerial correspondiente. Para ello, de manera muy efectiva, fueron seguidas las rutas indicadas por la Delegación Provincial de Turismo y censos de establecimientos por ella registrados.

A fin de lograr con la máxima eficacia la consecución de nuestra misión, las actuaciones se concretaron en los siguientes objetivos:

1. Inspección de alimentos y bebidas en establecimientos relacionados con:

- a) Conservación o almacenamiento y distribución.
- b) Servicio de alimento transformado en platos de uso inmediato en establecimientos de hostelería y similares.

Se comprobaron además, los siguientes extremos: legalidad de la actividad, condiciones higiénicas de las instalaciones, conservación y limpieza de las mismas; origen de los productos alimenticios existentes (materia prima, ingredientes, aditivos, en estados de elaboración o productos terminados); sistemas de conservación frigorífica y control analítico en los Laboratorios de Sanidad Provincial, caso necesario, de determinados alimentos y bebidas.

Como complemento final, de cada establecimiento, se informó acerca de: facilidades de evacuación de residuos; vigilancia de desinfección, desinsectación y desratización y control de los productos y medios utilizados.

Salvo visitas esporádicas, la intensificación de estas actuaciones se cifró en el periodo comprendido entre las fechas 15 de junio y 15 de septiembre de cada año, como época de mayor afluencia turística y, por consecuencia, de máximo y obligado control sanitario.

Media anual ponderada de estos controles, referida a los años 1977-78 y 79, es la siguiente:

Restaurantes de Hoteles	15
Restaurantes de Hostales	42
Restaurantes de ventas, mesones y fondas	44

Restaurantes exclusiva dedicación ...	182
Cafeterías (platos combinados, etc.)	36
Campings (con servicio de restaurantes)	5
Bares (platos combinados, etc.)	92
TOTAL	416

El gran salto hacia adelante, la definitiva puesta a punto de un Servicio de Control, se origina al ser designado un Equipo Médico - Veterinario dependiente de la Dirección de Salud de la Consejería Regional de Sanidad y Seguridad Social y con inicial actividad desde el verano de 1980. Y ello debido a que la anteriormente citada Resolución de la Dirección General de Salud Pública concedía un plazo que concluía el 31 de diciembre de 1980 para adaptación de los Comedores Colectivos existentes a las normas del Reglamento.

En concreto, el Equipo Médico-Veterinario de la Dirección de Salud constituye la cabecera que realiza la 1.ª visita, responsabilizándose de las funciones sanitarias establecidas en el Reglamento, con arreglo al siguiente esquema:

1. Funciones de los Servicios Médicos:

a) Control sanitario de todas las personas que intervienen en el funcionamiento de cocinas y comedores (manipuladores de alimentos, con obligación de estar en posesión del carnet que así lo acredita, obtenido tras los exámenes de salud pertinentes).

b) Control estado higiénico-sanitario del local o locales destinados a comedor.

c) Control estado higiénico-sanitario y de limpieza de los servicios higiénicos y de vestuario.

d) Control correcto estado sanitario y de limpieza de mantelerías, vajillas, cuberterías y cristalería para servicio del consumidor.

e) Cuantas otras misiones, con ello relacionadas, les sean encomendadas por las autoridades sanitarias.

2. Funciones de los Servicios Veterinarios:

a) Control de materias primas, su calidad y estado higiénico-sanitario, correcta identificación de los productos.

b) Correcto almacenamiento y conservación. Control correctas prácticas de preparación culinaria.

c) Control estado higiénico-sanitario del local o locales y de los utensilios y menajes destinados a la elaboración de las preparaciones culinarias.

d) Control del funcionamiento de los sistemas de limpieza de utensilios, menaje, etc.

e) Control de la correcta exposición al público de los alimentos.

f) Control de correcta utilización de aditivos autorizados y la conservación de éstos.

Cuantas otras misiones les sean encomendadas, con relación a ello.

3. Funciones conjuntas Servicios Médico - Veterinarios:

a) Control sistemas de limpieza para lavado de mantelerías, vajillas, cubertería y cristalería.

b) Idem sistema de evacuación de residuos y mecanismos empleados.

c) Idem de las prácticas de desinfección, desinfección y desratización (D.D.D.) y del buen uso de insecticidas y rodenticidas.

d) Idem de la calidad higiénico-sanitaria del agua corriente potable, verificando no sólo su aptitud sino su cantidad, que ha de ser suficiente para todas las atenciones. Para los casos en que el agua no procede de la red general de abastecimiento —establecimientos en sitios aislados, con dotación de aljibes o depósitos— se conecta con el Servicio de Control de Aguas del Laboratorio de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social, para la toma de muestras, análisis y posibles correcciones.

e) Realización, estudio y análisis de las muestras epidemiológicas en situaciones de toxoinfecciones alimentarias y en cualquier otra, que así lo aconseje (denuncias por supuestas infracciones sanitarias, etc.).

f) Efectuar la visita de inspección previa a la conformidad sanitaria de funcionamiento y elaborar el oportuno informe. Esta autorización sanitaria de funcionamiento se puede expresar en el Libro de Visitas, para control Sanitario de Comedores Colectivos, que editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, es suministrado y diligenciado por la Dirección de Salud de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social. En dicha diligencia se hace constar el N.º de Registro Sanitario Regional.

En estas visitas previas a la conformidad sanitaria, que comprenden tanto a los establecimientos, de nueva instalación como a los ya existentes, son cumplimentadas 3 fichas: 1 médica, 1 veterinaria y 1 conjunta, en las que figuran de manera sucinta los requisitos sanitarios anteriormente citados y pendientes de verificación.

Comprobados estos extremos, controlados los manipuladores de alimentos tras las revisiones médico o analíticas oportunas y presentada la Licencia Municipal de Apertura para aquellos que le es exigible, se procede de hecho a la diligencia del Libro de Visitas que implica la conformidad de la Administración Sanitaria. Ello no prejuzga, lógicamente, sobre la concesión de otras licencias o autorizaciones administrativas que les sean precisas.

Posteriormente por los Servicios Médico-Veterinarios de los diferentes Municipios (Médicos y Veterinarios titulares al Servicio de la Administración Local), se llevan a cabo las visitas periódicas previstas en el Reglamento sobre vigilancia, control e Inspección Sanitaria de Comedores Colectivos, con una frecuencia no superior a 3 meses y siempre al término de cumplirse los plazos señalados para las correcciones. Se comprueban si tanto las instalaciones como los servicios se ajustan a las prescripciones del Reglamento, formulando requerimientos a los interesados para

ANEXO I - COMEDORES COLECTIVOS AUTORIZADOS SANITARIAMENTE HASTA 31 DE MARZO DE 1982

P U E B L O S	Restaurantes	Colegios	Ventas	Mesones	Guarderías	Asilo	Hospital	Hostal	Hotel	Bingos	Polideportivos	Paradores	Colegio Mayor	Camping	Comed. Empresa	TOTAL
ABARAN		2		1	1	1										5
AGUILAS	3	1			1		1									6
ALBUDEITE		1														1
ALCANTARILLA	6	1		2			1									11
ALEDO	2	1														3
ALHAMA	8	1	1	1			1									14
ARCHENA	5	1	1	2				2								11
BENIEL	1	1														2
BLANCA		1						1								2
BULLAS	2															2
CALASFARRA		1	1	1												2
CARAVACA	7	3					1									3
CARTAGENA	106	15	3	4	3	4	1	5	6	1	2		1		9	16
CEHEGIN	3	2			1	2	1									160
CEUTI	1	1		2												7
CIEZA	3	2			1						1					4
FORTUNA	4	1							2							7
FUENTE ALAMO	2															8
JUMILLA	10	1	1	1			1	1	1							2
LIBRILLA	1															16
LORCA	5	10			2	4		2								2
MAZARRON	2	2							3							23
MOLINA	5	4		1	1		1									7
MORATALLA		1														13
MULA	2	1	5	1												1
MURCIA	113	26	10	9	8	2	8	2	8					5		191
OJOS		1														1
PUERTO LUMBRERAS		2														1
RICOTE		1										1				3
SAN JAVIER	27	2	2	4			2	2	2	2	4		9			1
SAN PEDRO DEL PINATAR	7	1		1												56
SANTOMERA	1	1	1													9
PACHECO	3	1	1													3
TORRE DE COTILLAS	3	1		3												5
TOTANA	8	1					1	1						1		7
ULEA	1	1														13
LA UNION	1	1						1								1
YECLA	1	2					1	1								3
TOTALES	342	94	26	33	18	10	27	21	24	3	7	1	10	1	14	631

corrección de defectos o elevar propuesta de sanción. El resultado de la inspección y, en su caso, el requerimiento que se realice, se hace constar en el Libro de Visitas, en las hojas numeradas correlativamente, en duplicado ejemplar, de que está provisto, remitiendo en todos los casos el original de las mismas a la Dirección de Salud de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social, que tomará las providencias que juzgue oportunas. De todo ello queda constancia en el expediente que de cada establecimiento existe en la Dirección de Salud.

LEGISLACION:

- 1.—La Restauración Colectiva. Servicios Veterinarios de Alimentos. Subdirección General Sanidad. Publicaciones de la Dirección General de Sanidad, 1977.
- 2.—Reglamento sobre vigilancia, control e inspección sanitaria de Comedores Colectivos (Orden 24-10-78).
- 3.—Resolución Dirección General de la Salud de 5-12-1978. Desarrollando Reglamento Sanitario de Comedores Colectivos.
- 4.—Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria. Circular 055/78 de 30-12-78. Líneas de acción tendentes a uniformar el control sanitario de Comedores Colectivos en todo el territorio nacional.
- 5.—Orden 31 de marzo de 1976. Condiciones en los establecimientos expendedores de comidas o bebidas situados en playas, vías públicas y lugares de recreo o esparcimiento.
- 6.—Dirección General de Salud Pública. Circular 07/80 de 25 de febrero 1980, sobre vigilancia sanitaria durante la estación estival.
- 7.—Dirección General de Salud Pública. Circular 28/81, sobre Control Sanitario Alimentos Consumo en Cocinas Centrales/Caterings y sus industrias.

ANEXO II

COMEDORES COLECTIVOS: ACTIVIDAD COMERCIAL

N.º DE PLAZAS DE COMEDORES	N.º DE ESTABLECIMIENTOS	TOTAL DE MANIPULADORES	MEDIA DE MANIPULADORES POR ESTABLECIMIENTO
Menos de 50 plazas	241	857	3,60
De 51 a 100 plazas	167	827	4,90
De 101 a 200 plazas	49	358	7,30
De 201 a 300 plazas	4	131	32,70
Más de 300 plazas	7	209	29,80
TOTALES	468	2.382	5,30

COMEDORES COLECTIVOS: ACTIVIDAD SOCIAL

N.º DE PLAZAS DE COMEDORES	N.º DE ESTABLECIMIENTOS	TOTAL DE MANIPULADORES	MEDIA DE MANIPULADORES POR ESTABLECIMIENTO
15.340	163	790	4,80

RESEÑA DE PUBLICACIONES SANITARIAS DE LA REGION MURCIANA

GARCIA SALOM, Miguel.—*Evolución de la mortalidad en infancia en la comarca de la Vega Alta del Segura, 1960-1980.* Tesina de Licenciatura, Murcia, 1981.

Dirigida por el Profesor Pedro Maset Campos y con la certificación de Sobresaliente se ha leído en la Facultad de Medicina de Murcia la tesina de Licenciatura realizada por el Licenciado Miguel GARCIA SALOM.

La comarca objeto del trabajo ha sido la denominada «Vega Alta del Segura» en el Mapa Sanitario de la Región Murciana que, con más de 120.000 habitantes en sus trece municipios, tiene en Cieza y Molina de Segura —con aproximadamente 30.000 habitantes cada una— sus núcleos más importantes.

Los objetivos del mismo han sido tres: calcular las tasas de mortalidad —durante el periodo 1961-1980— en

los distintos grupos de edad en que la O.M.S. aconseja dividir los cuatro primeros años de la vida (se ha incluido también el grupo Perinatal); en segundo lugar, ver qué causas la producen y en tercer lugar, estudiar, en una primera aproximación, la relación entre la evolución de las tasas obtenidas y los factores socio-económicos, culturales y de infraestructura sanitaria.

La recogida de datos se ha hecho acudiendo a las fuentes primarias, en este caso los Libros de Defunciones y los Legajos de Abortos de los Registros Civiles de los trece municipios de la comarca. De cada caso se han recogido los siguientes datos: *fecha de la defunción; fecha de nacimiento; municipio de nacimiento y de defunción; prematuridad, legitimidad y primer parto; sexo; causa de la defunción; edad y estado civil de la madre; tiempo de gestación y tiempo de vida respecto al parto* (en el caso de los abortos).

Los resultados obtenidos manifiestan una importante disminución de las tasas en todos los grupos de edad, aunque los valores de las mismas en todos ellos se mantienen siempre por encima de los regionales (tasas calculadas con idéntica metodología e igualmente recogidos los casos acudiendo a sus fuentes primarias) y de los nacionales, destacando como causas de muerte, de gran importancia aún, las infecciones y con una importancia —que en estos 20 años ha aumentado extraordinariamente— las congénitas y perinatales (en el último quinquenio, muy por encima del 50% del total de las defunciones en los períodos perinatal y neonatal precoz) y de las muertes accidentales en los grupos postneonatal y preescolar (sobre todo en este último). Estos resultados adquieren su plena significación al considerar algunos de los siguientes resultados obtenidos: las defunciones en el período neonatal (precoz más el tardío) su-

ponen en el último quinquenio un 71% de las defunciones, en ese período, de los menores de un año (en el primer quinquenio tan sólo un 39%); las defunciones de las preescolares en accidentes no han disminuido sensiblemente, en el período estudiado, en cifras absolutas; y por último, el hecho de que la mortalidad por causas infecciosas, aunque han experimentado una sensible disminución a lo largo de este período, aún producen una mortalidad apreciable. Todo esto refleja las graves deficiencias asistenciales, económico-sociales y de infraestructura sanitaria.

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

CURSO DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Para Profesores de E.G.B. y Asistentes Sociales, reconocido por el I.C.E., del 22 de febrero al 4 de marzo, de 6 a 8 de la tarde, en la Consejería de Sanidad, con el siguiente programa:

22 de febrero: *Nutrición y Alimentos. Su influencia para la Salud. Ecología de los Alimentos. Hábitos alimentarios regionales, culturales y religiosos.*

Dra. E. RAMOS GARCIA, Jefe de Sección de Promoción de Salud, Consejería de Sanidad.

23 de febrero: *Hidratos de carbono: composición, absorción, metabolismo, digestión y depósito. Funciones. Grasas y otros lípidos: composición, absorción, metabolismo, digestión y depósito. Funciones.*

Dr. J. R. ALARCON COLLADO, Médico de Sanidad Escolar, Consejería de Sanidad.

24 de febrero: *Proteínas: composición, absorción, metabolismo, digestión y depósito. Funciones. Metabolismo energético.*

Dr. P. J. SATURNO HERNANDEZ, Profesor de Higiene y Sanidad.

25 de febrero: *Agua y metabolismo mineral. Vitaminas liposolubles. Vitaminas hidrosolubles. Normas nutricionales. Composición de los alimentos.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

26 de febrero: *Crecimiento y desarrollo. Regímenes alimenticios en las distintas etapas de la vida escolar, primera infancia, niños y adolescentes. Principales trastornos de la alimentación y sus causas: carencia energético-proteica. Desnutrición. Obesidad.*

Dr. J. R. ALARCON COLLADO.

1 de marzo: *Carencia de vitaminas y minerales. Anemias nutricionales. Encuestas de alimentación y nutrición.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

2 de marzo: *Producción de alimentos. Transformación. Conservación de los alimentos. Aditivos alimenticios. Microbiología de los alimentos.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

3 de marzo: *Enfermedades transmitidas por los alimentos.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

4 de marzo: *Papel del maestro en la educación para la Alimentación y Nutrición. Legislación española sobre Sanidad Escolar. Instituciones dedicadas al fomento y promoción de una Alimentación adecuada: F.A.C., UNICEF, etc.*

Dr. J.R. ALARCON COLLADO.

CURSO DE EDUCACION PARA LA SALUD

Para Profesores de E.G.B. y Asistentes Sociales, reconocido por el I.C.E., del 15 al 26 de marzo, de 6 a 8 de la tarde, con el siguiente programa:

Día 15: *La Salud y la Enfermedad. Conocimientos sanitarios básicos. Concepto de la salud. La enfermedad y el medio ambiente. Génesis de la enfermedad en la colectividad según la estructura socio-económica. Explosión demográfica. Problemas sanitarios que plantea. Políticas demográficas.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

Día 16: *Higiene de la alimentación en el escolar. Principales trastornos de la alimentación en la infancia. Higiene personal y colectiva. Papel de la educación física y el deporte del escolar.*

Dr. J.R. ALARCON COLLADO.

Día 17: *Desarrollo mental del escolar. Principales alteraciones mentales en el escolar.*

Dra. C. GOMEZ FERRER, Salud Mental, Consejería de Sanidad.

Día 18: *Alcoholismo y drogas. Sexualidad.*

Dr. P. J. SATURNO HERNANDEZ.

Día 22: *Enfermedades infecciosas y parasitarias y su control.*

Dr. J.R. ALARCON COLLADO.

Día 23: *Enfermedades crónicas: cardiovasculares, cáncer, enfermedades metabólicas y su prevención.*

Dra. P. J. SATURNO HERNANDEZ.

Día 24: *Accidentes domésticos y de tráfico en el escolar. Higiene del medio escolar.*

Dra. E. RAMOS GARCIA.

Día 25: *Alteraciones de la visión en el escolar.*

Dra. CACERES HERNANDEZ-ROS, Médico Oftalmólogo, Consejería de Sanidad.

Salud buco-dental.

Dr. DACIANO GAONA, Médico Estomatólogo, Consejería de Sanidad.

Día 26: *Exámenes de salud en el escolar. Organización de la Sanidad Escolar. Papel del maestro en la higiene escolar.*

Dr. J.R. ALARCON COLLADO.

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.

