

## Resultados de un reconocimiento en manipuladores de alimentos

J. Jaqueti<sup>1</sup>, J. Veiga<sup>2</sup>

### RESUMEN

El reconocimiento médico y educación sanitaria de los manipuladores de alimentos contribuyen a prevenir las enfermedades transmitidas por éstos. En el presente estudio se describen los resultados de reconocimientos realizados, dentro del ámbito de las Fuerzas Armadas, en la provincia de Pontevedra. Se ha aislado *Staphylococcus aureus* en frotis nasal en 77 personas (44,1%); en 44 se ha realizado un seguimiento (totalizando 70 revisiones); se ha conseguido un cultivo negativo en 34 ocasiones (en 20 casos en la primera revisión). Se ha aislado *Salmonella sp.* en un solo manipulador. En el examen de 161 muestras de heces se han observado: 5 *Giardia lamblia* (2,8%), 5 *Entamoeba coli* (2,8%), 1 *Iodamoeba bütschlii* (0,6%), 1 *Enterobius vermicularis* (0,6%) y 19 *Blastocystis hominis* (10,7%). La tasa de *S. aureus* ha sido algo superior a la descrita en otros estudios. Entre los enteroparásitos, *G. lamblia* ha sido el patógeno más frecuente, en concordancia con la bibliografía. La elevada tasa de *B. hominis* observada concuerda igualmente con lo descrito por otros autores en personas sanas. Dado el uso de comedores colectivos en las Fuerzas Armadas y la importancia relativa de los distintos factores contribuyentes a las enfermedades de origen alimentario, la educación sanitaria de los manipuladores debe ser la principal medida preventiva para disminuir la aparición de brotes.

**PALABRAS CLAVE:** manipuladores de alimentos - estafilococos - parásitos.

*Med Mil (Esp) 1997;53 (2): 131-132*

### INTRODUCCIÓN

Los agentes causales de la mayoría de las infecciones e intoxicaciones de origen alimentario son *Salmonella* y *Staphylococcus* (1). Con respecto al medio en el que se producen, aproximadamente la mitad se localizan en el ámbito familiar (1). Sin embargo, conviene resaltar que las que se producen en comedores colectivos afectan a mayor número de personas (2).

Entre los principales factores coadyuvantes se cuentan la inadecuada temperatura de conservación, la preparación incorrecta y el consumo de alimentos crudos (1). La presencia de manipuladores infectados tiene una menor importancia relativa, pero su reconocimiento médico y, sobre todo, su educación sanitaria contribuyen a prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos. Estos mecanismos de control han sido aplicados específicamente a las Fuerzas Armadas (3).

En el presente estudio se describen los resultados de reconocimientos realizados, desde enero de 1996 a febrero de 1997, a 177 manipuladores de alimentos, dentro del ámbito de las Fuerzas Armadas, en la provincia de Pontevedra.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se han examinado 177 manipuladores de alimentos desde enero de 1996 a febrero de 1997. Los manipuladores estaban destinados en varias unidades militares de la provincia de Pontevedra. Todos eran varones, con edad comprendida entre 18 y 27 años.

A todos se les realizó una exploración general y las siguientes pruebas analíticas: hemograma, velocidad de sedimentación globular, GOT, GPT y GGT, aglutinaciones tíficas y paratíficas, aglutinación frente a brucela, anticuerpos IgM anti-hepatitis A, elementos anormales y sedimento urinario, frotis nasal, coprocultivo y examen de huevos y parásitos en heces.

### RESULTADOS

Se ha aislado *Staphylococcus aureus* en el frotis nasal en 77 personas (44,1%). En 44 de ellas se ha podido realizar un seguimiento después de su tratamiento (en su mayoría con mupirocina), totalizando 70 revisiones. Se ha conseguido un cultivo negativo en 34 ocasiones (en 20 casos en la primera revisión). Se ha aislado *Salmonella sp.* en un solo manipulador.

En el examen de 161 muestras de heces se han observado los siguientes enteroparásitos: 5 *Giardia lamblia* (2,8%), 5 *Entamoeba coli* (2,8%), 1 *Iodamoeba bütschlii* (0,6%), 1 *Enterobius vermicularis* (0,6%) y 19 *Blastocystis hominis* (10,7%).

En el resto del reconocimiento no se ha observado ninguna alteración digna de mención.

Durante el periodo de estudio no se ha producido ningún brote de intoxicación o infección de origen alimentario.

<sup>1</sup> Cap.San.Med.

<sup>2</sup> Tte.San.Med.

Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen del Carmen. Escuela Naval Militar. Marín (Pontevedra).

**Dirección para la correspondencia:** Dr. Jerónimo Jaqueti. Hospital del Aire. Madrid.

Fecha de recepción del manuscrito: 7 de marzo de 1997

Fecha de aceptación del manuscrito: 4 de junio de 1997

## DISCUSIÓN

Se estima que un 20-40% de los adultos son portadores de *Staphylococcus aureus* en las fosas nasales, y un tercio de ellos mantienen estafilococias prolongadas. También son muy frecuentes las estafilococias intermitentes y las recolonizaciones (4). A pesar de ello, sólo es responsable de una escasa proporción de los brotes de intoxicación e infección de origen alimentario (aproximadamente un 8% de los brotes en los que se conoce el agente) (1). Nuestra tasa ha sido algo superior a la descrita por Sánchez Álvarez en Vitoria en una población similar (5), en la que aísla el microorganismo en el 28,9% de los manipuladores. También es más elevado en nuestro estudio el porcentaje de manipuladores en los que persiste el microorganismo en la primera revisión después del tratamiento: 54,6% frente a 31,5%. Quizá la diferencia pueda deberse al distinto tratamiento usado (ácido fusídico tópico).

Los distintos serotipos de *Salmonella* son los responsables de la gran mayoría de los brotes, tanto en el medio familiar como en los comedores colectivos, con una tendencia a la disminución en los últimos años (1). Habitualmente, los brotes por *Salmonella* están relacionados con alimentos que contienen huevo (1). En nuestro estudio sólo se ha aislado un portador, completamente asintomático, sin implicación alguna en infecciones de origen alimentario.

Con respecto a los enteroparásitos, las tasas observadas son más elevadas que las descritas en el estudio antes citado (5), aunque los enteroparásitos más frecuentes son también *G. lamblia* y *E. coli*. La frecuencia de enteroparasitosis está disminuyendo en nuestro país (6-8), presumiblemente como consecuencia de la mejora del nivel socio-sanitario, pero en todos los estudios permanece *G. lamblia* como el patógeno más frecuente (6-8). El hallazgo de este parásito en muchas personas sin ninguna sintomatología se atribuye generalmente a variabilidad en su carácter patógeno o a deficiencias en la respuesta inmunitaria (6,9,10).

El posible papel patógeno de *B. hominis* ha sido muy discutido, aunque generalmente se considera como saprofito (6). La elevada tasa observada en nuestras muestras concuerda con lo descrito por otros autores en personas sanas (11).

El uso de comedores colectivos en las Fuerzas Armadas conlleva un elevado número de casos cuando se produce un brote de enfermedades de origen alimentario. A la vista de los principales factores contribuyentes, la educación sanitaria de los manipuladores es la principal medida que se debe adoptar para disminuir su aparición. La persistencia de estafilococias, y la escasa presencia de enteropatógenos condiciona la utilidad del reconocimiento médico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez Pecci G, Mangas Gallardo I, Mateo Ontañón S, Tello Anchuela O, Rateche Montalvo V. Vigilancia de brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario. España. Año 1994. Boletín Epidemiológico Semanal 1995;3:293-9
2. Anónimo. Brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario en la Comunidad de Madrid. Año 1994. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1995;4(4):3-8
3. Orden Ministerial núm. 52/1990, de 23 de Julio, por la que se modifica el Reglamento sobre Vigilancia, Control e Inspección Sanitaria de Comedores Colectivos de las Fuerzas Armadas. BOD 1990;150:6922-5
4. Waldvogel FA. Staphylococcus aureus (including toxic shock syndrome). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone Inc., 1995:1754-77.
5. Sánchez Álvarez, M. Control analítico de los manipuladores de alimentos. Med Mil (Esp) 1986;42:309-14
6. Muñoz C, Prats G. Parasitosis autóctonas. Medicine 1991;77:3013-26
7. Pardo F, Longo B, Pérez del Molino ML, Longo E, Garrido MJ. Enteroparasitismos en la población gallega. Enf Infec Microbiol Clín 1990;8:225-7
8. Portus M, Prats G. Contribución al conocimiento de las protozoosis intestinales en la población hospitalaria barcelonesa. Med Clín (Barc) 1981;76:203-5
9. Martínez Martínez L. Flagelados y ciliados en cavidades naturales. En: Perea EJ. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Barcelona: Doyma, 1992:959-66
10. Hill DR. Giardia lamblia. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone Inc. 1995:2487-93
11. Rodríguez Hernández J, Martín Sánchez AM, De Miguel Martínez I, Montes Martínez I. Blastocystis hominis: Epidemiología en diferentes grupos de población. IV Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Madrid, 1990.