



DIRECCIÓN DE HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA
NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA:
AREA VETA

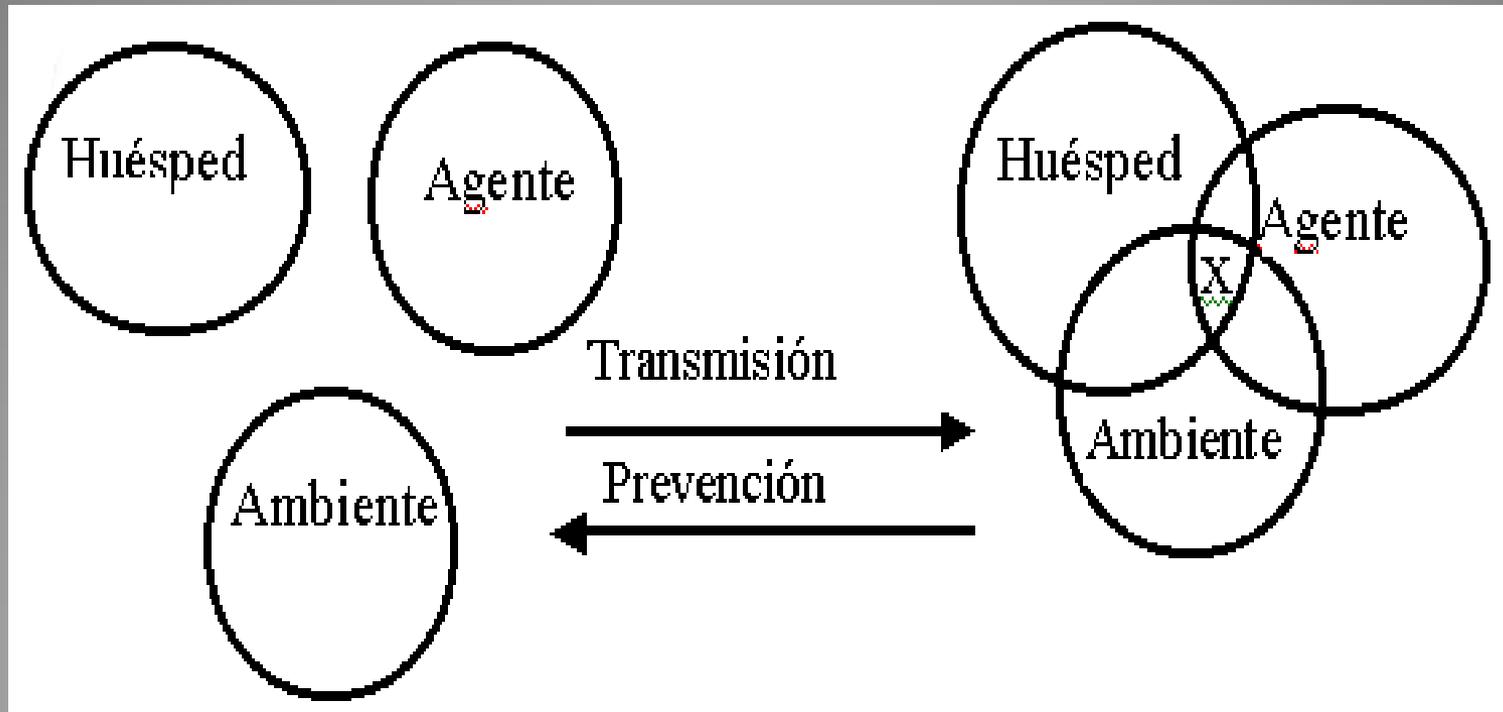


Enfermedades Transmitidas por los Alimentos: ETA

ETA

Las enfermedades de transmisión alimentaria abarcan un amplio espectro de dolencias y constituyen un problema de salud pública creciente en todo el mundo. Se deben a la ingestión de alimentos contaminados por microorganismos o sustancias químicas. La contaminación de los alimentos puede producirse en cualquier etapa del proceso que va de la producción al consumo de alimentos («de la granja al tenedor») y puede deberse a la contaminación ambiental, ya sea del agua, la tierra o el aire.

FACTORES CONVERGENTES ETA



PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES DE ETA

- Alimentos obtenidos de fuentes no confiables.
- Uso de utensilios o recipientes que contienen materiales tóxicos.
- Adición intencional o incidental de sustancias químicas tóxicas a los alimentos.
- Utilización de agua no potable.
- Condiciones ambientales que permiten el crecimiento de microorganismos. (OMS)

- Fallas en la cadena de frío.
- Prácticas inadecuadas de conservación y almacenamiento.
- Proceso de cocción incorrecto de los alimentos.
- Manipuladores con escasas prácticas de higiene personal
- Uso de materias primas y/o alimentos contaminados (físico, químico, biológico)
- Contaminación cruzada.
- Limpieza inadecuada de utensilios y equipo de la cocina.

SISTEMA VETA

Es un sistema de información simple, oportuno, continuo de ciertas enfermedades que se adquieren por el consumo de alimentos o agua, que incluye la investigación de los factores determinantes y los agentes causales . (OMS)

CANALES DE NOTIFICACION



FORMALES



ORGANISMO PÚBLICOS Y

PRIVADOS

INFORMALES



COMUNIDAD

VIA TELEFONICA

FLUJOGRAMA

Epidemiología: informe de caso/brote



Recepción Dinha



Domicilio

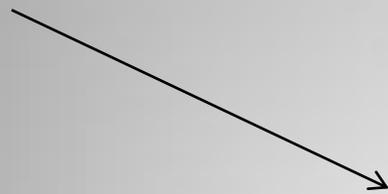
Establecimiento



Protocolo y muestra



Insp. Hig-sanit. y muestra
(Lab. Bromat.)



Resultados, informe y notificación



GUÍA DE INSPECCIÓN SANITARIA ETA

- Identificación personas expuestas al riesgo.
- Síntomas clínicos y tratamiento.
- Alimentos ingeridos según día hora y lugar.
- Preparación de los alimentos.
- Características de la vivienda.
- Nivel de instrucción del grupo familiar.
- Actividad laboral del grupo familiar.
- Condiciones de higiene general.

GUÍA DE INSPECCIÓN ETA- BROTE COLECTIVO

- Identificación del lugar del evento.
- Identificación de las personas afectadas.
- Síntomas.
- Alimentos ingeridos.
- Condiciones del manipulador de alimentos.

GUÍA DE INSPECCIÓN SANITARIA ETA PARA ESTABLECIMIENTOS

- Condiciones y Hábitos higiénicos del manipulador.
- Estado de Salud del Manipulador.
- Alimentos y materias primas.
- Protección contra contaminantes.
- Manipulación de Alimentos.
- Equipos.
- Instalaciones para protección y conservación de alimentos.
- Medio ambiente.

FORMULARIO DE DENUNCIA AREA VETA-ALIMENTOS

- Datos del denunciante.
- Datos del producto.
- Lugar de compra y comprobante.
- Datos clínicos de las personas afectadas.

TOMA DE MUESTRAS



CONCLUSIONES

- En la mayoría de los casos intervenidos, no se ha podido determinar un alimento como agente causal.
- En general se ha detectado como factor predominante las condiciones higiénico-sanitarias deficientes en los domicilios.
- Es fundamental el trabajo en equipo y articulado.



MUCHAS

GRACIAS

**San Martín 601 Ciudad Mendoza
0261-4290778 / 4290782
dinha@mendoza.gov.ar**



ANEXOS



GUIA DE INSPECCION ETA (BROTE COLECTIVO)

Mendoza,

IDENTIFICACION INSTITUCION/ LOCALIDAD/ ZONA/ BARRIO / ETC

Nombre de Establecimiento /Localidad

Direccion

N° Personas.....	Genero	Comida	Se Enfermó	

Manipulacion de Alimentos

Posee CMA () SI () NO vencimiento.....

Posee Libreta Sanitaria () SI () NO vencimiento.....

Nombre Comensales (sanos y enfermos)	Edad	M / F	Dia/ Hs	Si / No	Sintomas	Hs.Sint *	Periodo Incub*	Alimentos que se ingirieron

* 1- Indicar hs de aparicion sintomatología



GUIA DE INSPECCION SANITARIA ETA PARA ESTABLECIMIENTOS

ASEO PERSONAL DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	
Higiene del personal : Buena () Regular () Mala ()	
Cabello: completo () SI () NO / Limpio () SI () NO /	
Accesorios Físicos: () Maquillaje; () Anillos,() Pulseras () otros	
Uñas: limpias () SI () NO / Uñas Pintadas () SI () NO	
HABITOS HIGIENICOS	
Lavado de manos completo () SI () NO - Antes de manipular alimentos () SI () NO	
Utiliza el baño () Siempre () A veces() Nunca - Tocar Dinero () Siempre () A veces() Nunca	
Cubre los alimentos () Siempre () A veces () Nunca	
Tapa las superficies cuando se manipulan alimentos () Siempre () A veces () Nunca	
ESTADO DE SALUD	
Lesiones en la piel () SI () NO - Síntomas de afecciones respiratorias () SI () NO	
Síntomas gastrointestinales (vómitos, diarrea) () SI () NO /Otras: () Conjuntivitis () Rinitis () Otitis	
ALIMENTOS Y MATERIAS PRIMAS	
Alimentos: RNE N° / Producto RNPA N°	
Alimentos: Limpios y en condiciones de almacenamiento adecuadas () SI () NO	
PROTECCION CONTRA CONTAMINANTES	
Superficies: protegidas: de polvo () SI ()NO / Insectos() SI ()NO / Roedores () SI ()NO	
Medicinas Peligrosas: insecticidas ()SI () NO -detergentes() SI () NO	
Etiquetas: rotuladas () SI () NO / identificadas () SI () NO / almacenadas () SI () NO	
Almacenamiento: en condiciones que eviten contaminación () SI () NO	
MANIPULACION DE ALIMENTOS	
Prácticas: operaciones son higiénicas () SI () NO	
EQUIPOS (Maquinaria de uso alimentario)	
Superficies: lavables e impermeables () SI () NO / Limpias () SI () NO	
Estado: estado de conservación y funcionamiento () SI () NO	
Cantidad: Mesadas y mostradores en cantidad y con capacidad de superficie () SI () NO	
Especificaciones: requisitos: reglamentario y apto () SI () NO / Fecha Venc.	
Estado: estado de conservación y funcionamiento () SI () NO	
Acceso: accesos: De fácil higienización () SI () NO / En buen estado de higiene y conservación () SI () NO	
Cubiertas: cubiertas: de superficies: Buen estado de conservación y funcionamiento () SI () NO	
Equipos para Protección y Conservación de Alimentos	
Refrigeración: refrigeradores, congeladores, cámaras adecuados () SI () NO/ Indicador de temperatura () SI () NO	
Capacidad: capacidad: adecuada a la capacidad de producción y expedición () SI () NO	
Hornos: hornos: adecuados () SI () NO / En Buen Funcionamiento () SI () NO	
MEDIO AMBIENTE	
Estado: Estado: () Adecuado () Poco Adecuado () No Apto	
Protección: protección contra insectos y roedores : adecuada () SI () NO	
Desinfección: desinfección / desinfectación: adecuada () SI () NO / Mensual () SI () NO	
Residuos: eliminación de residuos de líquidos y sólidos () Adecuado () Poco Adecuado () No Apto	
Personal: Personal: () Posee () No posee / Lo utiliza de todo el personal () SI () NO	

GUIA DE INSPECCION SANITARIA ETA

IDENTIFICACION DE LA PERSONA ENTREVISTADA

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos del Paciente.....

Dirección

(Calle y N°- Localidad- Departamento)

Edad.....años () F () M

Situación del entrevistado () Hospitalizado () Ambulatorio () Domicilio

Su relación con brote de ETA () Manipulador () Comensal () Otra.....especificar

SINTOMAS CLINICOS Y TRATAMIENTO

Sintomas predominantes : () Náuseas () Diarrea
 () Dolores Abdominales () Ningún síntoma () Otros.....

Si se enfermó indicar el momento en que se iniciaron los síntomas
 Día..... Mes..... Año..... Hora.....

Si recibió medicación, indicar medicamento.....

Inicio tratamiento: Día..... Mes..... Año.....

ALIMENTOS INGERIDOS SEGUN DIA,HORA Y LUGAR DONDE FUERON CONSUMIDOS

Día de ingestión	Alimentos ing.	Hs Ingestión	Lugar y dirección donde se consumió
Día inicio síntomas			
DIA anterior al inicio de síntomas			
Dos días antes del inicio de síntomas			

PREPARACION DE LOS ALIMENTOS- ¿quién los prepara?

() Madre () Padre () Abuela () Hijos () Otros () Empleada

CARACTERISTICAS VIVIENDA

Cocina

() Cocina a gas: () Natural () Envasado
 () Cocina Eléctrica () C/ energía renovable () A leña () Otra

Mesadas

Condiciones () MB () B () R () MI

() Granito/mármol () Azulejos/ cerámicos () Acero Inoxidable () Madera () Otros

Conservación de Alimentos () Heladera () H con Freezer () Freezer () No posee () Otros

Habitantes por vivienda.....

N° de dormitorios

Baños: () Con descarga de agua () Letri

Eliminación Basura () Recolección () Enterramiento () Incineración () Otra ¿Cuál?

Pisos: () Tierra () Llaneado () Cerámico/ baldosa () Otros

Abastecimiento de Agua	Corriente dentro de casa () SI () NO	Otros
	Agua Pozo	Ríos, acequias.....
	Surtidor fuera del hogar.....	Camión Distribuidor.....

NIVEL DE DE INSTRUCCION DEL GRUPO FAMILIAR:

() A - () PI - () PC - () SI - () SC - () TI - () TC - () UI - () UC

	Paciente	
	Padre	
	Madre	
	Otros	

ACTIVIDAD LABORAL:

¿Tiene empleo? Permanente Temporal Otro específico

() Padre () Madre () Paciente () Otros

CONDICIONES DE HIGIENE GENERAL () MB () B () R () M

Observaciones:.....

.....

.....



FORMULARIO DE DENUNCIA - AREA VETA - Alimentos- ETA

FECHA:

DENUNCIANTE	Apellido y Nombre del Denunciante						
	DNI N°						
	Domicilio- Localidad						
	Tel. de Contacto	Correo Electrónico:					

DATOS DEL PRODUCTO	Producto						
	Marca						
	RNE		RNPA				
	Elaborador						
	Fecha Elaboración		Fecha vencimiento				
	Lote N°						
	Caract. Organolépticas	Normales		Alteradas			
	Cadena Frío Conservada	SI		NO			
	Observaciones:						
	Envase	Abierto		Cerrado			
	Tipo Envase	Vidrio		Tetrapack		Hojalata	
	Estado del Envase: describir						
	Observaciones:						
	Lugar de compra						
Domicilio							
Adjunta Ticket compra	SI		NO				
Fecha compra							

DATOS CLINICOS	N° Personas q consumieron			SI		NO	
	Síntomas			SI		NO	
	Dolor Cabeza		Fiebre		Náuseas	Otros	
	Dolor Abdominal		Vómitos		Diarrea		
	Presenta certificado médico			SI		NO	
	Diagnóstico						