

SALUD INTERNACIONAL

Sábado 8 de octubre de 2011. 11:00 a 12:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Josep M.ª Jansá

157. ESTUDIO DE LA DEMANDA DE CONSEJO AL VIAJERO SEGÚN CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y TIPO DE VIAJE

Y. Quintero, J. Capdepón, M.J. Serrano, M.C. Barcenás, E. Redondo, P. Manuel, M. Casas

CMS Internacional, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Identificar el perfil de los viajeros que realizan viajes con motivo de turismo (VT), aventura (VA) y de visita a familiares en su país de origen (VFR). Analizar las características de estos viajes y planificar actuaciones encaminadas a mejorar la protección de estos viajeros.

Métodos: Descriptivo transversal de los viajeros que acuden al CMS Internacional en el año 2010 y realizan viajes por los motivos analizados. Cumplen estos requisitos 7.018 viajeros: 559 VA, 852 VFR y 5.607 VT. Variables: edad, sexo, nacionalidad, vacunas indicadas/viajero, antelación, destino, duración y tipo de viaje. Análisis de datos mediante estudio de frecuencias y tablas de contingencia con Excel y SPSS.

Resultados: En los VA un 51,7% son hombres. El 81,2% entre 21 y 40 años de edad. El 49% consulta con más de 30 días de antelación. El 46,9% está entre 16 y 30 días en destino y se indican 2,96 vacunas/viajero. En los VFR un 54,1% son mujeres. El 25,2% con edades entre 0 y 10 años y otro 25,2% entre 31 a 40 años. Consulta con antelación < 6 días un 27%, un 39% está en destino entre 16 y 30 días indicándose 2,53 vacunas/viajero, siendo ecuatorianos (9,2%) y españoles (51,2%) los que más consultan para este viaje. En los VT un 54,2% son mujeres. El 56,4% con edades entre 21 y 40 años, consulta con una antelación < 21 días en un 35,5% y la estancia oscila entre 16 y 30 días en un 45%, indicándose 2,39 vacunas/viajero. Los destinos más visitados son India (18,2%) y Perú (4,3%) para los VA, Ecuador (17,6%) y Guinea Ecuatorial (13%) para los VFR e India (15,7%) y Kenia (8,3%) para los VT.

Conclusiones: En los VA los hombres demandan más consejo, mientras que para los VFR y VT lo hacen las mujeres. En general se trata de adultos jóvenes, incluso niños (VFR). Los VA son los que consultan con mayor antelación, mientras que los VFR lo hacen con menos, siendo en todos los casos la estancia más frecuente en el país de destino entre 2 semanas y 1 mes. Los VFR, grupo de riesgo importante para la adquisición de enfermedades infecciosas, no son a los que más vacunas se indican, puede que debido a la reducida antelación con la que consultan y a la edad, ya que los niños tienen actualizado su calendario vacunal. Creemos conveniente realizar actividades de captación en colectivos de inmigrantes para concienciarles de la importancia de consultar con antelación suficiente. Parte de esta actividad podría realizarse en los 15 CMS de que dispone Madrid Salud dentro de su programa marco desigualdades sociales en salud.

345. PERFIL DEL VIAJERO QUE REQUIERE VACUNA CONTRA LA ENCEFALITIS POR GARRAPATAS Y GRADO DE CUMPLIMIENTO

M. Mayoral Campa, R. Yang, A. Luengo Corbacho, R. Pallares Capela, F. Reyes Pedrosa, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Área Sanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Encefalitis por garrapata, también llamada E. primaveroestival o E. centroeuropea, es una enfermedad vírica transmitida al hombre a través de picadura de garrapata (género Ixodes). Se conocen 3 subtipos del agente causal: europeo, extremo oriente y siberiano. Está presente en grandes áreas rurales, desde Europa Occidental y Oriental hasta Asia. La enfermedad es estacional, preferentemente entre abril y noviembre. El riesgo para los viajeros es bajo aunque aumenta cuando se realizan actividades al aire libre. La vacunación sólo se recomienda a viajeros de alto riesgo. Se trata de una vacuna inactivada de virus, cultivado en embrión de pollo. Se administran 3 dosis de 0,5 ml IM (1.ª D, 2.ª D a las 4-12 semanas y 3.ª D a los 9-12 meses). Evaluamos el perfil del viajero al que se recomienda la vacunación frente a la E. por garrapata y su grado de cumplimiento durante el año 2009 y primeros 5 meses de 2010, en el Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Sevilla.

Métodos: Se realiza el estudio en el total de viajeros (31) vacunados de E. por garrapata del año 2009.

Resultados: De 7.085 viajeros que acudieron al CVI, a 31 personas se les administró la vacuna frente a encefalitis por garrapata. De estos, 19 (61,29%) eran hombres y 12 (38,70%) mujeres. El rango de edad se situaba entre los 03-51 años para los hombres, con un promedio de edad de 25,6 años, y de 10-45 años para las mujeres, con un promedio de 27,5 años. Los países de destino fueron: Polonia 17 viajeros (54,8%); Austria 9 (29,03%); Suiza 6 (19,35%), y Alemania 5 (16,12%). Motivo del viaje: turismo 20 viajeros (64,5%); trabajo 8 (25,8%); estudios 2 (6,45%), y desconocido 1 (3,2%). Tipo de viaje: medio rural 6 viajeros (19,35%); urbano 3 (9,67%); urbano + rural 3 (9,67%), y desconocido 19 (61,29%). Los 31 (100%) viajeros completaron la primera dosis de la vacunación, 28 (90,3%) la segunda dosis y solo 5 (16,12%) la tercera dosis. De los que completaron la vacunación, 4 (80%) eran hombres y 1 (20%) mujeres.

Conclusiones: La vacunación frente a encefalitis por garrapata supone un motivo de consulta infrecuente en el CVI dado el bajo riesgo que supone para aquellos viajeros que visitan entornos urbanos. Los principales países de destino donde se administró la vacuna fueron países de Europa Occidental, siendo el motivo de viaje más frecuente el turismo en áreas rurales. Observamos un escaso cumplimiento de la vacunación, principalmente de la dosis anual, por lo que se debe hacer hincapié a los viajeros de la importancia de completarla y así prolongar durante más tiempo de la respuesta inmunitaria.

346. PERFIL DEL VIAJERO QUE REQUIERE LA VACUNA CONTRA LA ENCEFALITIS JAPONESA Y EL GRADO DE CUMPLIMIENTO

M. Mayoral Campa, A. Luengo Corbacho, A.M. Pescador Cabeza, I. Vázquez Rincón, M. Armesto Baeza, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Área Sanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Enfermedad vírica que se trasmite al hombre a través de la picadura de mosquito del género Culex. Produce una encefalitis que en sus formas más graves puede llegar a tener una mortalidad de un 10-50%. El virus (género Flaviviridae), cuyo reservorio principal son animales salvajes y domésticos (aves, cerdos), se distribuye fundamentalmente en el continente asiático. La vacunación en España se realiza con una vacuna de virus inactivados (Ixiaro) y consta

de 2 dosis (0,28 días). Evaluamos el perfil del viajero al que se recomienda la vacunación frente a encefalitis japonesa y su grado de cumplimiento durante el año 2009 en el Centro de Vacunación Internacional (CVI) de Sevilla.

Métodos: Se realiza el estudio del total de viajeros (16) vacunados de E. japonesa del año 2009.

Resultados: De 7.085 viajeros que acudieron al CVI, a 16 personas se les administró la vacuna frente a encefalitis japonesa. De estos, 11 (68,75%) eran hombres y 5 (31,25%) mujeres. El rango de edad se situaba entre los 25-45 años para los hombres, con un promedio de edad de 32,09 años, y de 21-33 años para las mujeres, con un promedio de 26,8 años. Los países de destino fueron: Tailandia 5 viajeros (31,25%); Indonesia 4 (25%); Camboya 3 (18,75%). Motivo del viaje: turismo 10 viajeros (62,5%); trabajo 4 (25%); estudios 1 (6,25%), y desconocido 1 (6,25%). Tipo de viaje: medio rural 2 viajeros (12,5%); urbano 1 (6,25%); urbano + rural 4 (25%), y resto desconocido 9 (56%). Los 16 (100%) viajeros completaron la primera dosis de la vacunación y 8 (50%) la segunda dosis.

Conclusiones: Nos llama la atención el bajo cumplimiento de la segunda dosis de la vacuna, siendo el periodo entre dosis de tan solo 28 días. El viajero al que se le administró la vacuna eran predominantemente jóvenes de edad media, que tienen como destino países del sudeste asiático. El motivo principal fue el turismo. Un porcentaje importante de ellos desconocían cómo iba a ser su viaje, si visitarían zonas rurales o urbanas, probablemente debido a que se trata de viajes poco definidos.

460. CAMBIO DEL PERFIL DEL VIAJERO INTERNACIONAL DE LOS AÑOS 2009 A 2010

R. Yang, A. Luengo Corbacho, M. Mayoral Campa, V. Navarro Cardero, I. Vázquez Rincón, M.I. Pérez Campos, R. Pallares Capela, M.E. Muriel Fernández-Pacheco, S. Rivera Fernández

Área Sanidad Exterior, Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: En la sociedad actual existe una gran facilidad para la realización de viajes internacionales. Durante el año 2008 se produjeron 168,8 millones de viajes. El objetivo de este trabajo es comparar si ha existido diferencia significativa entre los viajeros que acuden a nuestro Centro de Vacunación Internacional durante los años 2009 y 2010.

Métodos: Estudio transversal, años 2009 y 2010. Muestra aleatoria simple de los años 2009 (población 5.089 viajeros, tamaño muestral 357) y 2010 (población 4.713, tamaño muestral 355), calculado con una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La edad media de los viajeros fue 35,8 años (34,4-37,1; $p < 0,05$) en el año 2010 frente a 32,6 (IC 95%, 31,4-33,8; $p < 0,05$) en el año 2009. No acudieron mujeres embarazadas durante este período. Acudieron menos viajeros menores de 18 años durante 2010, aunque no fue significativo (NS), pero sí los viajeros mayores de 65 años, que disminuyeron significativamente en 2010. No hubo diferencia significativa en cuanto al género. Sí en cuanto a nacionalidad porque viajaron significativamente más españoles en 2010. Aunque las estancias por más de 1 año aumentaron en 2010, no fue significativo. Tampoco hubo diferencias en cuanto a los continentes visitados. Destaca la diferencia entre los motivos del viaje entre 2009 y 2010. Los viajes por trabajo disminuyeron en 2010 (15,3%; IC 95%, 12,06-18,54; $p < 0,05$) con respecto a 2009 (25,4%; IC 95%, 21,04-29,76; $p < 0,05$). El porcentaje de hombres que viajaba por motivos de trabajo bajó de un 37,5% (IC 95%, 32,65-42,35; $p < 0,05$) en 2009 a un 24,3% en 2010 (IC 95%, 19,82-28,78; $p < 0,05$).

Conclusiones: Durante el año 2010 el número de viajeros disminuyó significativamente. La edad media de los viajeros fue mayor, aunque bajaron significativamente los mayores de 65 años. Disminuyeron también los viajeros de nacionalidad extranjera que acudieron al centro de

vacunación. Los viajes por trabajo disminuyeron durante 2010, pero la proporción de hombres que viajaban por este motivo aumentó.

826. ¿ESTÁ CONTRIBUYENDO LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO A REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL?

R. Umaña-Peña^a, M. Palma-Solís^b, D. Gil-González^{a,c}, C. Álvarez-Dardet^{a,c}

^aUniversidad de Alicante; ^bUniversidad de Yucatán, México; ^cCIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la distribución de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) de España y del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), dirigida a una selección de los sectores de asignación establecidos por el CAD, por su relación con los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) en salud, identificando principales sectores receptores, cumplimiento de los compromisos de los donantes y efecto en el comportamiento de la mortalidad infantil (MI) en los países receptores.

Métodos: Los datos de AOD se obtuvieron de la OCDE y los de MI (< 5 años) de la OMS. Se obtuvo la AOD comprometida y desembolsada por cada donante, y la AOD per cápita recibida por cada receptor. Se categorizó a los países receptores en: 1) prioritarios o no prioritarios para la asignación de la AOD (siendo prioritarios aquellos con una tasa de mortalidad infantil = 80 en el año 2000); 2) países que en 2007 lograban o no la meta del milenio de MI, entendiéndose que la tasa en 2007 debía ser el 52% de la de 1990. En cada categoría se calculó la AOD per cápita (2002-2007) por sector y su variación porcentual en el período. Se valoró la existencia de diferencias significativas, entre las categorías, en la AOD per cápita recibida (U de Mann-Whitney). Se clasificó a los países receptores en deciles según el nivel de AOD recibida. Se realizaron regresiones logísticas bivariadas para estimar la asociación de la MI con el nivel de AOD per cápita recibida.

Resultados: Durante el período 2002-2007, la AOD española en los sectores analizados se dirigió principalmente a salud (53,76%). España cumplió sus compromisos por encima de la media del CAD (94 vs 75%). Respecto a la AOD total del CAD, los países prioritarios recibieron menos AOD (17,3 vs 7,4 USD per cápita), tuvieron menores incrementos (169,3 y 367,9%) y menor reducción de las tasas de MI (-27,6 y -40,6%) que los no prioritarios. Los países que a 2007 no lograban la meta recibieron más AOD que los que la lograron (19,3 vs 6,0 USD per cápita) y tuvieron menores descensos de la MI (-23,7 vs -56,8). Los países con menor apoyo tenían un 22% menos de probabilidades de no lograr la meta (OR: 0,78; IC 0,688-0,886).

Conclusiones: España tuvo un elevado nivel de cumplimiento de sus compromisos de AOD, con un importante énfasis en el sector salud. La AOD del CAD no se ha dirigido a los países que por sus tasas de mortalidad son prioritarios y no se revela como factor determinante en la consecución de los ODM. Es necesario ampliar los análisis para determinar posibles factores estructurales de la AOD o de los países que puedan estar condicionando su eficacia.

Financiación: Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud (PI08/9057) y FEDER.

895. ACTUACIÓN ANTE ALERTAS PARA LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. COMUNIDAD DE MADRID

M.A. López^a, I. Méndez^a, M. Jiménez^a, M.J. Fernández^b, C. Ibáñez^a, S.F. Rodríguez^a, J. Astray^a, et al

^aSubdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid; ^bServicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, SUMMA 112.

Antecedentes/Objetivos: Desde el año 2006 existe un procedimiento de gestión de alertas internacionales en la CM para la actua-

ción ante los casos sospechosos de enfermedad que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. A partir de la entrada en vigor del RSI-2005 en junio de 2007, cuya finalidad es prevenir y proteger la propagación internacional de enfermedades, controlarla y dar una respuesta de salud pública proporcionada con los riesgos y las amenazas existentes, se hace necesario verificar y actualizar los procedimientos establecidos para garantizar la capacidad de respuesta rápida y coordinada ante las alertas y emergencias de ámbito internacional en todos los niveles de responsabilidad. El objetivo es presentar el procedimiento de gestión de la CM y las acciones de mejora incorporadas después de un ejercicio de simulación realizado en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el aeropuerto de Madrid-Barajas.

Métodos: Se definió el procedimiento en función de las vías de entrada de los posibles pacientes y de las responsabilidades de las distintas instituciones implicadas: Sanidad Exterior, servicios asistenciales y de salud pública. Se realizó el ejercicio de simulación que en la CM se amplió para poder evaluar las capacidades y la coordinación del Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública con el SUMMA 112, el hospital de referencia, los equipos de Sanidad Exterior y el Centro de Enlace para el RSI (CCAES).

Resultados: El procedimiento describe las actuaciones para la detección y notificación de los casos sospechosos, la valoración clínica y epidemiológica del paciente, su traslado al hospital de referencia y su aislamiento, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, contempla las acciones de comunicación y puesta en marcha del plan de gestión de crisis. Se ha utilizado este procedimiento para el SAR, la gripe aviar, la pandemia de gripe y una sospecha de fiebre hemorrágica viral. En el ejercicio de simulación se han observado y analizado todas las actuaciones y se proponen las acciones de mejora. Se presentan imágenes de los momentos críticos.

Conclusiones: La CM está preparada para responder de forma inmediata y coordinada ante una emergencia de salud pública de importancia internacional las 24 horas de todos los días del año. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de entrenar periódicamente a las personas implicadas en la respuesta y de evaluar la coordinación de las instituciones. Se señala la importancia de la actualización de los protocolos de intervención en el momento en que se producen cambios.

915. CÓMO MEJORAR LA RECUPERACIÓN DE COSTES DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA A CIUDADANOS DE LA UNIÓN

Consejería de Salud convocatoria 2009. Resolución en BOJA 28 enero 2010

1. Conocer la opinión de los cargos directivos del SAS y Consejería de Salud sobre la facturación de los servicios sanitarios y prestaciones farmacéuticas a los extranjeros comunitarios. 2. Describir y analizar el circuito administrativo establecido en los centros sanitarios del SSPA para conceder el derecho a la asistencia y atender la demanda asistencial de los extranjeros comunitarios y facturar los servicios prestados con objeto de identificar los puntos de intervención que permitan aplicar con rigor los requisitos legales y recuperar los gastos incurridos al prestar dicha asistencia.