

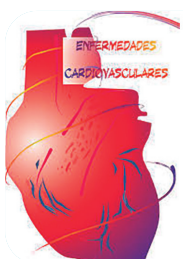
# Enfermería *profesión*

Periódico de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

DIRIGIDO A USUARIOS DE LA SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

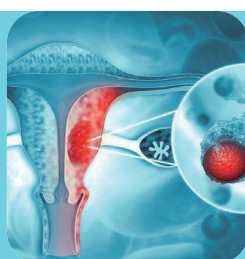


## Desigualdad de acceso a los tratamientos contra el cáncer



La Unidad de Cardiopatías Congénitas de La Fe supera las 1.000 intervenciones.

Pag. 5



En otoño se inicia el cribado de cáncer de cérvix a todas las mujeres de 25 a 65 años.

Pag. 6-7

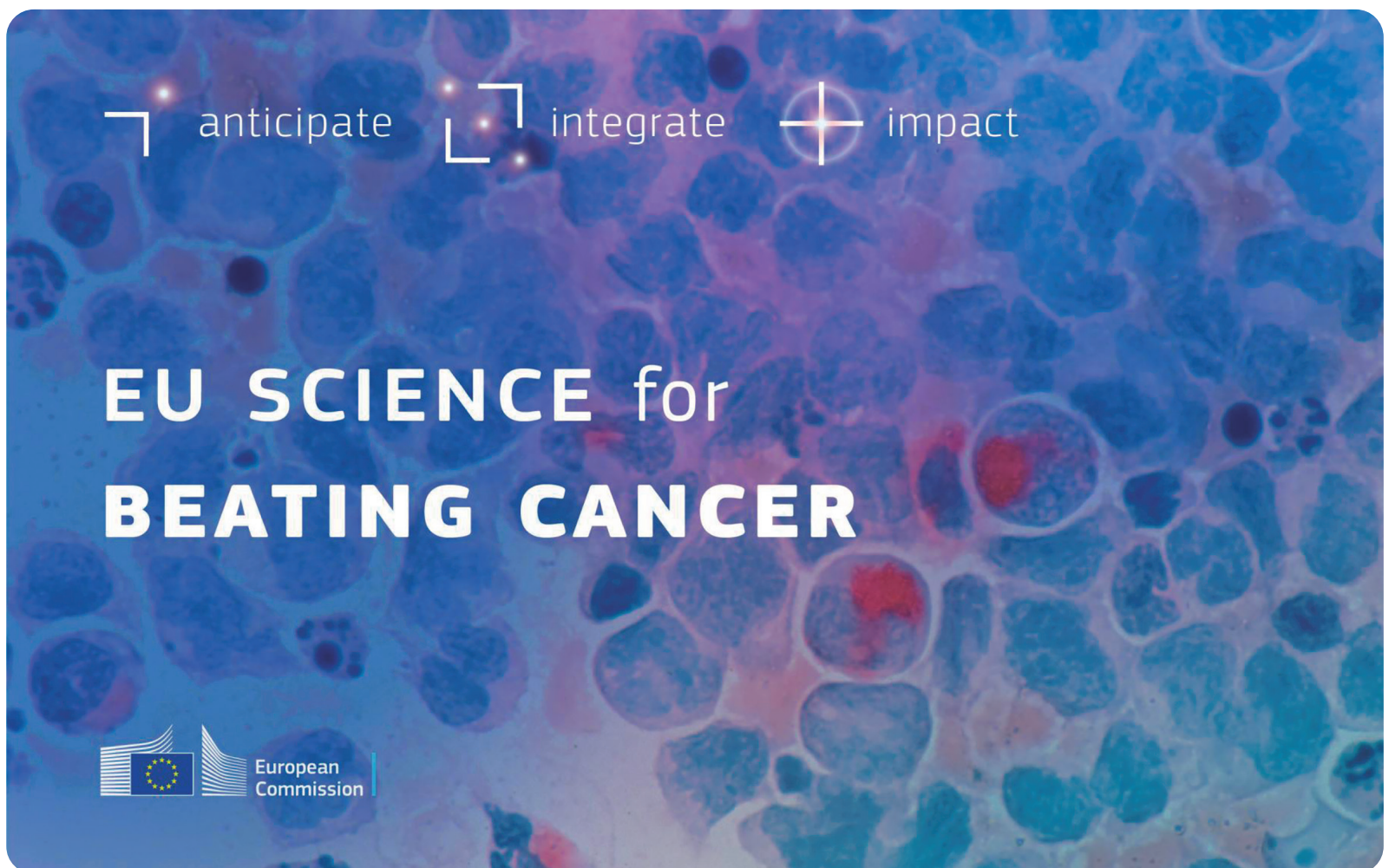


El Hospital Clínico de València incorpora la realidad virtual para pacientes pediátricos. Pag. 8



## Diferencias regionales y desigualdad de acceso a los tratamientos contra el cáncer

España presenta una de las tasas de mortalidad por cáncer más bajas de la UE, junto con Suecia, Finlandia, Malta y Chipre



V.M.

La Comisión Europea acaba de emitir su Registro Europeo de Desigualdades Regionales sobre Cáncer, incluido en el Plan Europeo contra los Procesos Oncológicos, en el que se aprecian diferencias en cuanto al acceso a los tratamientos según las zonas dónde se resida. Se trata de un documento en el que se detalla la situación oncológica de los 27 Estados miembros, más Noruega e Islandia, con datos concretos en materia de prevención y atención del cáncer para detectar tendencias y disparidades entre los estados miembros y sus distintas regiones.

En cuanto a la coyuntura de nuestro país, se detalla que a pesar de que el cáncer continúa siendo una de las principales causas de muerte en España (en 2019 se atribuyeron al cáncer alrededor de 218 muertes por cada 100.000 habitantes), presenta una de las tasas de mortalidad por cáncer más bajas de la UE, junto con Suecia, Finlandia, Malta y Chipre, según el análisis del documento que ha realizado el diario especializado en temas sanitarios y de farmacia El Global.

Tal y como se expone en el perfil de España, la mortalidad total por cáncer ha disminuido en un 11 por ciento desde 2011, sobre

todo entre los hombres (14 por ciento), lo que supone una reducción más rápida que la media de la UE (8 por ciento).

De todas las muertes relacionadas con el cáncer que tuvieron lugar en España en 2019, las tasas de mortalidad fueron más elevadas en los cánceres de pulmón, colorrectal y de páncreas, seguidos del cáncer de mama en el caso de las mujeres y del cáncer de próstata en el caso de los hombres.

En cuanto a la mortalidad según el género, se observan diferencias, siendo mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque es cierto que la brecha de género se está



reduciendo. Las tasas globales de mortalidad por cáncer son dos veces más elevadas en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, en los últimos años, se ha producido un descenso más rápido de la mortalidad por cáncer entre los hombres, lo que ha reducido esta brecha de género.

También se observan tasas de mortalidad desiguales entre las 17 comunidades y las dos ciudades autónomas. Mientras que Madrid se sitúa a la cabeza, siendo la región con la tasa global de mortalidad por cáncer más baja registrada en 2019 (199 por cada 100.000 habitantes) y situándose en el nivel del país con mejores resultados de la UE, Asturias es la peor parada: tiene la tasa más alta (248 por cada 100.000 habitantes), que está próxima a la media de la UE.

Las disparidades son aún mayores si se pone el foco en los distintos tipos de cáncer: las tasas autonómicas más elevadas de mortalidad por cáncer colorrectal, de páncreas, de pulmón y de mama se situaron por encima de las medias de la UE. Asimismo, se han reportado diferencias en la exposición a factores de riesgo.

Además, aunque la calidad de la atención oncológica ha mejorado, es desigual entre las distintas comunidades. La duración media de la estancia hospitalaria de una mujer con cáncer de mama en Cataluña duplica la duración de la estancia en la Comunidad Valenciana.

En el ámbito de la detección precoz, aún queda mucho por hacer. A pesar de que la Estrategia nacional de cáncer refleja las recomendaciones de la UE sobre el cribado mediante la inclusión en la cartera del SNS del cribado poblacional de tres tumores (colorrectal, de mama y de cuello uterino), el número de participantes en dichos programas no es el deseable.

La participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal y de cuello uterino (cérvix) en 2019 fueron "ligeramente inferiores" en España que en la UE, aunque en el cribado de cáncer de mama la tasa de participación fue superior. En este sentido, se han observado brechas de participación en estos programas de cribado: las mujeres con mayores ingresos acudieron a los cribados de cáncer de mama un 18 por ciento más respecto a aquellas con las rentas más bajas.

En 2020, el 90 por ciento de las comunidades con programas de cribado de tipo poblacional monitorizó de forma sistemática la participación en los programas de cribado de cáncer de mama teniendo en cuenta variables socioeconómicas, mientras que los porcentajes fueron inferiores en el caso del cribado de cáncer colorrectal (80 por ciento) y de cuello uterino (50 por ciento).



Para abordar las desigualdades en el acceso a los programas de cribado, algunas regiones han realizado acciones para paliar este problema desde un enfoque general, con campañas de información y sensibilización, o adoptando un enfoque específico dirigido a los grupos vulnerables, por ejemplo, con la traducción de material a otras lenguas.

El proceso desde la autorización de los fármacos oncológicos en España hasta su prescripción efectiva es un camino largo y complejo. Uno de los principales problemas es la desigualdad en el acceso, pues existen diferencias autonómicas en el tiempo transcurrido entre el establecimiento de las condiciones de precio y reembolso de nuevos tratamientos y la aprobación de su prescripción en hospitales.

La media de tiempo en todas las regiones de España oscila entre los cinco meses en el caso de Ibrance (palbociclib, de Pfizer, para el cáncer de mama) y 13 meses en el caso de olaparib (de la Alianza MSD y AstraZene-

ca, para el cáncer de ovario). Por su parte, el tiempo medio para acceder a Kisqali (ribociclib, de Novartis, para el cáncer de mama) fue de seis meses: el mínimo fue de tres semanas y media en Valencia y, el máximo, de siete meses en Murcia y Cataluña. En cambio, en el caso del nivolumab (Opdivo, de BMS, para el cáncer de pulmón), la media de tiempo fue de diecisiete meses; pero el mínimo fue un mes en Extremadura y, el máximo, 33 meses en Ceuta.

Por otra parte, también existen diferencias en el acceso a nuevas pruebas de diagnóstico, mediante la medicina de precisión y la inclusión de biomarcadores, en las comunidades autónomas y los distintos hospitales. "Las disparidades con respecto a las fuentes de financiación, la falta de unas directrices clínicas generales, la opacidad de los mecanismos de toma de decisiones y las variaciones en el tiempo transcurrido desde la solicitud hasta los resultados constituyen obstáculos para un acceso equitativo a la determinación





de biomarcadores”, tal y como se indica en el perfil de España.

Los costes oncológicos, tanto directo como indirectos, están aumentando en todos los países europeos. Y es que la mayor incidencia del cáncer, la mejora de las tasas de supervivencia y la disponibilidad de tratamientos más caros provocan un incremento de la carga económica del cáncer para los sistemas de salud nacionales.

Tal y como se expone en el perfil de España, en general, el coste económico del cáncer representó 285 de euros per cápita en nuestro país en términos de paridad del poder adquisitivo, una cifra inferior a la media de la UE (326 euros).

En 2018, el coste del cáncer representó alrededor del 10 por ciento del gasto público en asistencia sanitaria, con un total estimado de 12.100 millones de euros. En torno al 43 por ciento de este coste total, correspondió a costes directos (incurridos en el sistema sanitario); otro 21 por ciento fueron costes de oportunidad de tiempo derivados de la prestación de cuidados no remunerados por parte de familiares; y el 36 por ciento restante se debió a las pérdidas de productividad atribuidas a la morbilidad y a la mortalidad prematura.

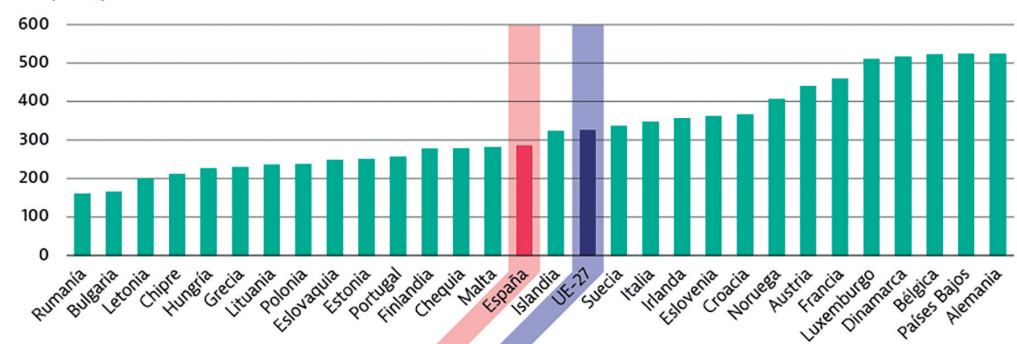
Asimismo, el gasto en prevención en 2020 se situó en el 3,2 por ciento del gasto sanitario actual, es decir, por debajo de la media de la UE (3,4 por ciento). Por ello, la prevención se incluyó como un eje central en la actualización de 2021 de la Estrategia nacional de cáncer.

Por otro lado, la financiación pública de los fármacos oncológicos en España es elevada y va en aumento. Según el Ministerio de Sanidad, en 2021 se financiaron con recursos públicos nueve de cada diez fármacos oncológicos sometidos a las evaluaciones nacionales para la fijación de precio y reembolso (un 7,5 por ciento más que en 2019).

Pero garantizar la adopción sostenible de nuevos fármacos oncológicos supone un reto importante para el SNS. “Los procedimientos españoles de fijación de precios y reembolso son complejos y carecen de criterios transparentes para justificar las decisiones”, se expone en el análisis del perfil nacional. En este sentido, cada vez existe más presión para lograr un consenso amplio entre la sociedad española sobre la rentabilidad del tratamiento del cáncer y la manera de mantener un acceso equitativo.



EUR per cápita en PPA



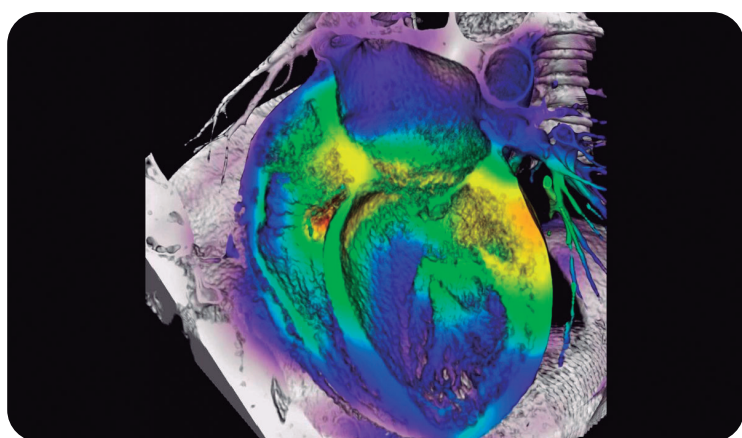
Nota: La media de la EU-27 no es ponderada (calculada por la OCDE).  
Fuente: Hofmarcher y otros (2020).





## La Unidad de Cardiopatías Congénitas de La Fe supera las 1.000 intervenciones terapéuticas

Está reconocida como centro de referencia nacional y ha atendido a más de 2.600 pacientes desde su creación, en su mayoría de complejidad alta y moderada



V.M.

La Unidad de Cardiopatías Congénitas del Hospital La Fe ha superado las 1.000 intervenciones terapéuticas, incluyendo cirugías, intervencionismos percutáneos e implante de dispositivos. Desde su creación en 2008, la Unidad ha atendido a un total de 2.645 pacientes, en su mayoría con cardiopatía de complejidad alta y moderada, y desde julio de 2017 está reconocida como centro de referencia nacional (CSUR).

La Unidad está integrada dentro del Área Clínica de Enfermedades del Corazón del Hospital La Fe y trata a pacientes con defectos estructurales del corazón presentes en el momento del nacimiento.

Coincidiendo con el Día Mundial de las Cardiopatías Congénitas, que se celebra el 14 de febrero, la Unidad ha alcanzado las 1.005 intervenciones terapéuticas, al realizar 540 cirugías, -incluyendo 9 trasplantes cardiopulmonares y 8 trasplantes cardíacos-, 355 procedimientos percutáneos -destacando el implante de prótesis valvulares pulmonares- y ha implantado un total de 110 dispositivos entre desfibriladores automáticos y marcapasos. Asimismo, ha realizado un total de 215 ablaciones de taquiarritmias y ha asistido a 94 mujeres con gestaciones de riesgo.

Por otro lado, en la Comunitat Valenciana, durante el año pasado se atendieron a 14.774 pacientes por cardiopatía congénita, tanto adultos como población infantil, frente a los 13.415 atendidos el año anterior.

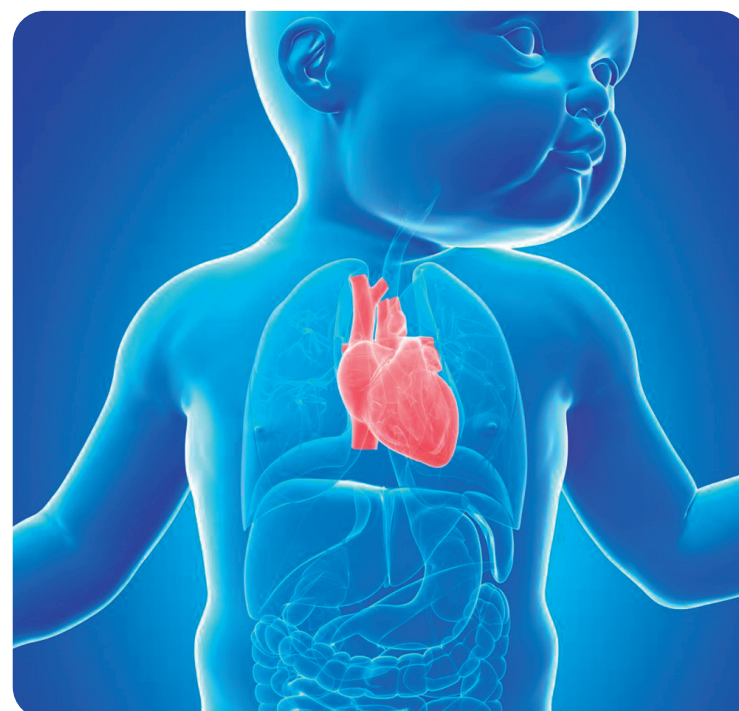
La prevalencia mundial de las cardiopatías congénitas es de alrededor de 9/1.000 nacimientos, con una importante variabilidad geográfica. Si bien la incidencia en nuestro país de las malformaciones cardíacas congénitas graves está disminuyendo en la población pediátrica, gracias a la detección precoz intrauterina y la interrupción del embarazo, la prevalencia en adultos está creciendo. "Esto se debe al desarrollo médico, quirúrgico y tecnológico de las últimas décadas, que hace que más del 90 % de las personas nacidas con cardiopatías congénitas sobreviven hasta la edad adulta", ha explicado Joaquín Rueda, jefe de la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto del Hospital La Fe.

Cuando los pacientes con cardiopatía congénita se acercan a la edad adulta, son transferidos a las unidades especializadas de atención en adultos. Esta transferencia debe ir precedida de una fase de transición preparatoria, que continúa hasta la edad adulta, según las necesidades del paciente. "Esta transferencia requiere de programas de formación y organización sanitaria específicos, multidisciplinarios, para satisfacer las necesidades de estos pacientes", ha añadido el doctor Rueda.

En los últimos años se ha avanzado en el desarrollo y precisión de las técnicas diagnósticas por imagen. "La obtención de imágenes en 3D y la combinación de datos anatómicos y funcionales es fundamental en la toma de decisiones clínicas en estos pacientes, con anomalías estructurales que pueden ser muy complejas. En ese sentido, en este servicio lleva a cabo más de 1.000 ecocardiografías, incluyendo ecografías transesofágicas y reconstrucciones 3D", ha señalado Francisco Buendía, experto en cardiología clínica e imagen médica del Hospital La Fe.

La Unidad ofrece un abordaje multidisciplinar incluyendo también otras cuestiones como rehabilitación funcional, ayuda psicológica, consejo genético y gestacional.

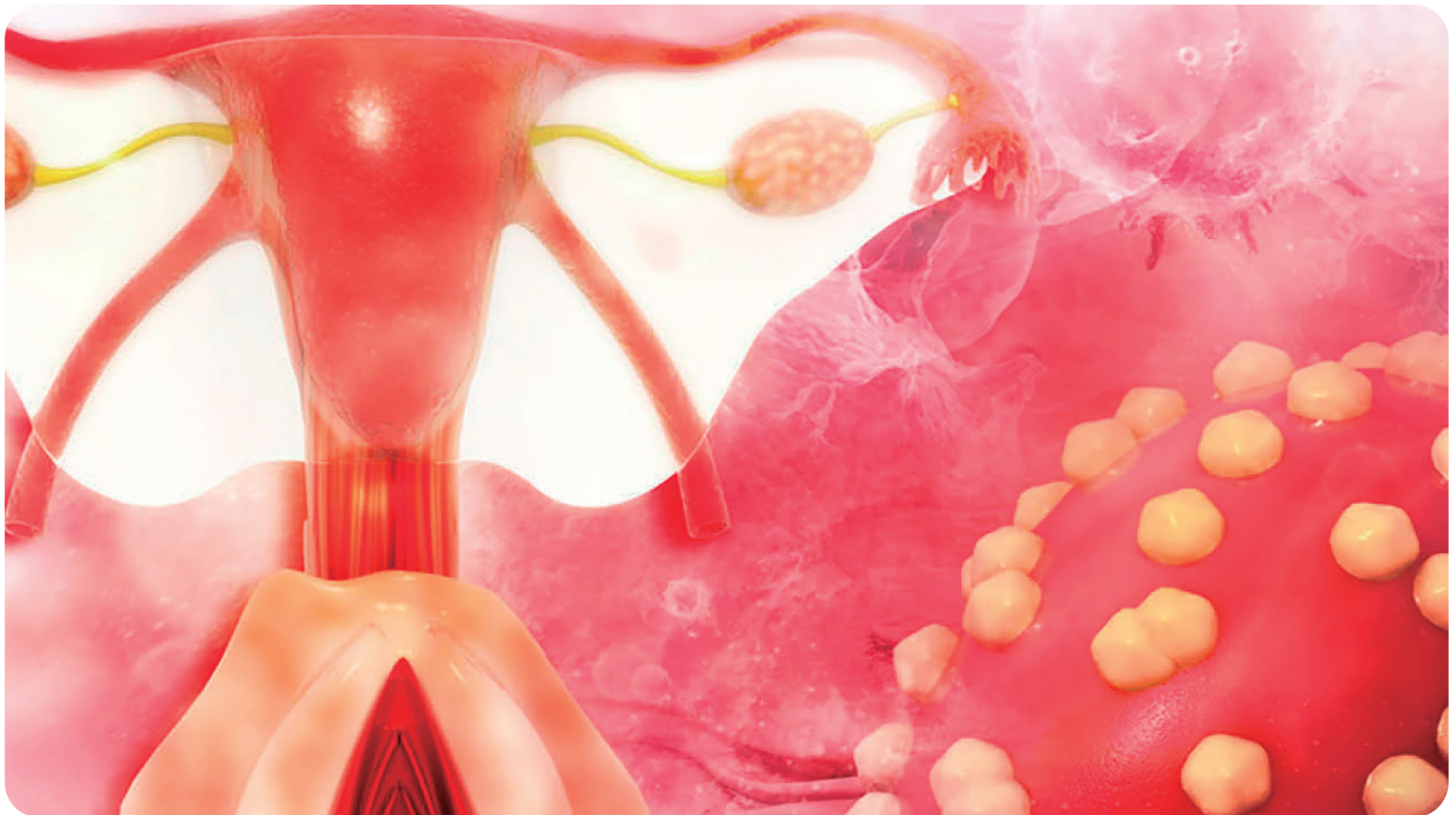
Además de la labor asistencial, la Unidad desarrolla actividad docente e investigadora. Anualmente 22 residentes de cardiología reciben su formación en la Unidad y desde su inicio, se han publicado 27 artículos en revistas científicas y más de 70 actividades formativas relacionadas con las cardiopatías congénitas en congresos nacionales e internacionales.





## En otoño se inicia el cribado de cáncer de cérvix a todas las mujeres de 25 a 65 años

Se prevé que anualmente se incluyan en torno a 285.000 mujeres de la Comunidad Valenciana (35.000 de 25 a 34 años y 250.000 de 35 a 65 años). Hay dos tipos de pruebas en función de la edad: citología o test de detección del virus del papiloma humano



V.M.

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública tiene previsto comenzar el próximo otoño, una vez ha concluido de forma satisfactoria el estudio piloto previo, con el envío masivo de invitaciones para participar en el cribado poblacional de cáncer de cérvix. De este modo, el programa empezará a extenderse de forma progresiva a todas las mujeres de entre 25 y 65 años de la Comunitat Valenciana (se estima que 1.400.000).

Hasta finales de 2022, el sistema de detección de cáncer de cuello de útero se sustentaba en la realización de citologías vaginales bien a petición de la propia mujer o aprovechando la visita al servicio de obstetricia, era un cribado oportunista.

La estrategia que está previsto desarrollar a partir de otoño será un cribado poblacional, es decir, extendido a todas las mujeres con entre 25 y 65 años, y contempla dos tipos de pruebas en función de la edad. Quienes tengan entre 25 y 34 años se someterán a una citología vaginal, que permite diagnosticar alteraciones celulares indicativas de cáncer. Las

primeras en recibir la invitación para participar en el cribado poblacional en esta franja etaria serán 25.365 mujeres nacidas en 1991. Si el resultado es normal, la citología se repite cada 3 años.

Por otro lado, las mujeres de 35 a 65 años (inicialmente 250.000 nacidas en 1958, 1963, 1968, 1973, 1978, 1983 y 1988) recibirán un kit para tomarse una muestra vaginal que se utilizará para detectar la presencia del virus de papiloma humano (VPH).

Se trata de un test similar a la autotoma que ya se usa en el cribado del cáncer de colon. El resultado está en un lapso de 7 a 10 días y, si es positivo, no significa que la persona tenga cáncer, puesto que se acometen pruebas adicionales para valorar si existe alguna alteración. Cuando no se detecta (VPH negativo), el test se repite cada 5 años.

Las distintas pruebas se explican porque la infección persistente por papiloma humano es la causa más frecuente de cáncer de cérvix en mujeres no vacunadas frente a este virus. De hecho, la mayoría de las personas sexualmente activas (80 %) tiene contacto con este virus pero desconoce



que es portadora. La infección suele remitir de forma espontánea, pero en genotipos de alto riesgo puede producir cáncer.

A estas primeras mujeres que recibirán la invitación para participar en el cribado poblacional, se irá sumando el resto en los próximos años. La previsión es invitar cada año, a partir de 2024, a un total de 285.000 mujeres (35.000 de 25 a 34 años y 250.000 de 35 a 65 años).

Con este esquema por cohortes poblacionales, se prevé cubrir la invitación a la población diana total en 5 años. Por tanto, el objetivo es que, en 2029, la cobertura, entendida como invitación a participar, se aproxime al 100 %. En última instancia, se busca reproducir en el cribado de cáncer de cérvix los beneficios que ya se están obteniendo con el cribado de cáncer de mama, esto es, prevenir y detectar el cáncer de cérvix de forma precoz para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida.

Se trata, en palabras de la secretaria autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, Ofelia Gimeno, de una de las medidas puestas en marcha por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública "para mejorar la prevención y la salud de las mujeres en todas las etapas de la vida".

El cribado poblacional de cáncer de cérvix, añade Gimeno, es "una estrategia de prevención efectiva y eficiente para prevenir el desarrollo del tumor" que sigue el modelo de cribado de cáncer de mama, que el año pasado cumplía 30 años de su implantación en la Comunitat Valenciana "como un símbolo del avance en salud y en equidad en salud de la sanidad pública y universal".

Para testar la validez e idoneidad de la estrategia diseñada desde la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, desde finales del año pasado se ha desarrollado en la Comunitat Valenciana una prueba piloto.

Esta experiencia ha permitido evaluar los circuitos, los procedimientos establecidos, y el grado de aceptación y participación por parte de las mujeres invitadas. Los resultados han sido satisfactorios, según se ha expuesto hoy durante una jornada que ha contado con la participación, entre otros, de Blanca Navarro, subdirectora general de Promoción de la Salud y Prevención, y Julio Mañez, director general de Salud Pública y Adicciones.

El ensayo preliminar, según ha detallado durante el encuentro Susana Castán, jefa de servicio de Programas de Cribado Poblacional, se ha realizado con una muestra de casi 4.300 mujeres adscritas a los centros de salud Pintor Sorolla del departamento de salud de Castelló, centro de salud Moncada del departamento Arnau-Llíria, centros de salud Utiel del



departamento de Requena, centro de salud Torrent II del departamento Valencia-Hospital General y centro de salud Babel del departamento Alicante- Hospital General. En concreto, mujeres de siete cohortes de edades comprendidas entre los 35 y 65 años (nacidas en los años 1956, 1961, 1966, 1971, 1976, 1981 y 1986).

Todas ellas recibieron, a finales de 2022, un envío postal en el que se las invitaba a colaborar en el estudio, así como SMS periódicos para recordarles la importancia de participar y que se revelaron de lo más efectivos porque el número de autotomas entregadas el día después del recordatorio se incrementaba.

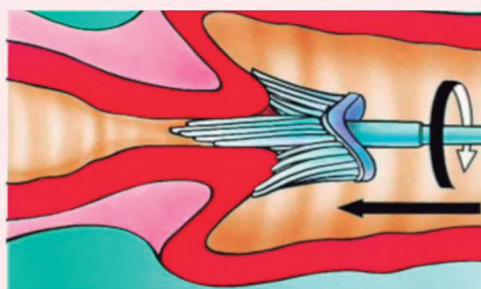
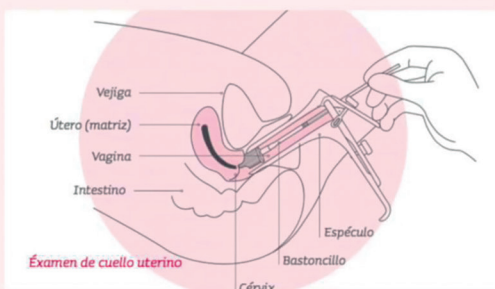
Además, como experiencia innovadora, se pilotó en el centro de salud de Moncada la intervención de las farmacias para la recogida de la muestra así como para sensibilizar a la participación y difundir el programa.

Los resultados del estudio piloto arrojan una tasa de positividad en la determinación del Virus Papiloma Humano del 7,4 % del total de participantes. En estos momentos, para confirmar o descartar sospechas, se están realizando, de forma complementaria, 110 citologías y 45 interconsultas a los servicios de ginecología.

El proyecto cuenta con financiación europea y las actuaciones relativas a la invitación al programa de cribado se enmarcan en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia-Financiado por la Unión Europea-NextGenerationEU.

La Comunitat Valenciana registró, en el año 2020, 186 casos nuevos de cáncer de cérvix, con una tasa de 6.8 casos por 100.000 mujeres.

En esta tipología de tumor, las medidas de prevención secundaria, tales como la realización de pruebas de cribado para prevenirlo y detectarlo precozmente, se han demostrado eficaces.





## El Hospital Clínico de València incorpora la realidad virtual para pacientes pediátricos

Permite hacer más amena la estancia en el bloque quirúrgico y disminuye el miedo y la ansiedad de los niños

V.M.

El Servicio de Anestesiología del Hospital Clínico de València ha incorporado al bloque quirúrgico las gafas de realidad virtual dirigidas a los pacientes pediátricos que se someten a intervenciones quirúrgicas.

Se trata de una de las medidas del Servicio dentro de su plan de humanización en el bloque quirúrgico. “Cuando los niños y niñas se someten a una intervención quirúrgica hay determinados momentos en que pueden sentir ansiedad o miedo por encontrarse en un lugar desconocido. En estos momentos es fundamental ofrecerles herramientas para que se sientan más cómodos y les haga olvidar dónde se encuentran, en de la medida de lo posible”, ha explicado Rafael Badenes, jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Clínico de València.

“El Hospital ya disponía de un coche eléctrico para que los más pequeños pudieran usarlo al entrar al bloque quirúrgico, pero era limitado en edad. Ahora hemos incorporado estas gafas de realidad virtual que pueden beneficiar tanto a pacientes pediátricos, así como a adolescentes”, ha señalado.

Las gafas de realidad virtual ofrecen diferentes escenarios y paisajes según los gustos y la edad de los niños y niñas. Además, ofrecen la posibilidad de escuchar un audio que les guía y les ofrece estrategias de respiración y relajación.

El Hospital Clínico de València realiza al año alrededor de 370 cirugías pediátricas, de las cuales 220 son programadas y 150 de urgencia. De todas ellas, 360 se realizan con anestesia general.

La realidad virtual tiene muchos usos también en el ámbito terapéutico. Hay experiencias muy exitosas de uso en pacientes que pasan por procesos dolorosos como pueden ser quemados que, gracias a las experiencias virtuales, mejoran su resistencia al dolor durante los tratamientos.

También hace años que se emplea en el tratamiento de pacientes con Síndrome de Estrés Postraumático y se investiga su uso en pacientes



de Alzheimer o dolor de miembro fantasma tras amputaciones. Pero en nuestra salud, el ánimo y la actitud también juegan un papel importante. Existen proyectos que acercan las nuevas tecnologías, como realidad virtual, a las personas que más lo necesitan para que se olviden por un momento de la realidad que viven. Ejemplo de ello, son los talleres que realizan con niños hospitalizados en los que engañan a los sentidos para que los niños/as se alejen por un momento del hospital con experiencias que les permitan conocer las siete maravillas del mundo, pintar en el espacio, conducir un deportivo o navegar por el océano.

A medida que la infraestructura sobre la que se basa la Realidad Virtual se hace más eficiente se verán más soluciones en este campo. Pero para que la Realidad Virtual sirva para reducir la brecha tecnológica de acceso a sanidad en lugar de aumentarla, será necesario seguir contando con personas comprometidas que se esfuercen en diseñar esquemas que la hagan accesible para todos.