

# Enfermería *profesión*

Periódico de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

DIRIGIDO A USUARIOS DE LA SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



## ¿Acabaremos todos contagiados de Covid como final de la pandemia?



Vacunación e infección: ¿Cuánto tiempo estamos protegidos ante otro contagio?

Pag. 5



La supervivencia del cáncer infantil y adolescente aumenta hasta un 82%

Pags. 7



Los Centros de Salud Sexual y Reproductiva atienden casi 400.000 consultas

Pag. 8



## ¿Acabaremos todas las personas contagiadas de Covid-19?

Los especialistas insisten en que puede que nos infectemos, pero nuestro organismo no reaccionará de la misma manera si estamos o no vacunados

V.M.

Cada vez más se habla de la posibilidad de que todo el mundo acabará contagiándose de Covid. Lo dijo la viróloga del CSIC Margarita del Val, lo reiteró el número dos de la Agencia Española de Medicamentos, Agustín Portela, y lo llevó aún más allá el ministro de Sanidad alemán, Jens Spahn, que no descartó que a finales de invierno todos los alemanes estén vacunados o curados tras su infección.

Aunque la afirmación sencilla es 'todos nos vamos a infectar', muchos epidemiólogos rechazan esa máxima. De hecho, los especialistas recuerdan que la vacuna funciona para evitar casos graves en todos los rangos de edad, como se observa en la tasa media semanal de ingresos y fallecimientos por Covid en población por 100.000 habitantes dependiendo de si las personas habían recibido o no su pauta vacunal. Dicho de otra manera: puede que nos infectemos, pero nuestro organismo no reaccionará de la misma manera si estamos o no vacunados.

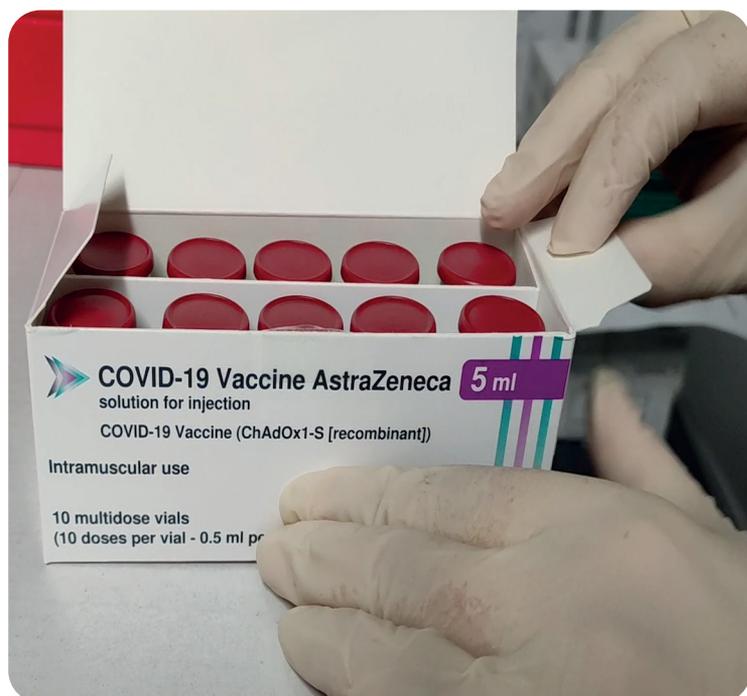


En Italia, el caso de las 'corona-fiestas' ha sido muy sonado estos días porque su popularidad —y la elevada incidencia de contagios— ha llevado a la Fiscalía de Bolzano, en el norte del país, a abrir una investigación sobre ellas. Patrick Franzoni, vicecoordinador de la unidad de Covid en Bolzano, dio esta semana la voz de alarma. "No nos damos cuenta de que el virus es muy peligroso, también en los niños y en los jóvenes", advirtió en los micrófonos de la emisora regional Rai Alto Adige.

"Muchos están convencidos de que es sólo una gripe", pero "hay consecuencias a largo plazo y ellos también pueden terminar en el hospital", explicó Franzoni, al observar que su región estaba copiando una 'moda' ya extendida en Alemania, Países Bajos y Austria. El doctor anunció que las 'corona-fiestas' ya han provocado en Italia la hospitalización de tres personas, y dos de ellas están en UCI. En Austria, señaló Franzoni, un hombre de 55 años que acudió a una de estas reuniones falleció por Covid.

Para la jefa del Servicio de Microbiología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, la Dra. Patricia Muñoz, sí, solo es cuestión de tiempo que todos nos contagiemos. En una conversación con ConSalud.es, confiesa que cuando Ómicron comenzaba a expandirse, era optimista: "Veía que las infecciones eran muy leves y afectaban sobre todo a gente joven no vacunada. Yo, como muchos expertos, creía que iba a ser el fin de la pandemia, que todo el mundo adquiriría inmunidad y pasaría a ser un virus más, pero no ha sido así".





Y es que el coronavirus está demostrando que puede infectar a gente incluso con tres dosis de la vacuna y provocar enfermedad grave, en especial a los no vacunados. Ómicron es tan contagiosa, que solo podemos elegir el ritmo al que nos contagiamos. Aún así, los expertos coinciden en que ahora, lo importante es retrasar el contagio lo máximo posible para evitar saturar el sistema más de lo que ya lo está.

“Que una parte importante de la población se contagie en un volumen excesivo en un corto periodo de tiempo, puede dar pie a situaciones de colapso o de mal funcionamiento del sistema, tanto sanitario como social o económico”, explica a ConSalud.es, Mario Fontán, miembro de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

En esta línea, asegura que el pensamiento de “¿qué más da? Si total, nos vamos a contagiar todos” no es el óptimo en esta situación. Para empezar, porque aunque la probabilidad juegue en nuestro favor, el Covid-19 tiene un componente de “ruleta rusa”. Ser joven, sin patologías y estar vacunado con pauta completa, reduce el riesgo de enfermedad grave y muerte. Eso está claro y así lo revela la evidencia científica. Aun así, nada garantiza “que te toque”. Fontán comenta que, él mismo, cuando contrajo el Covid-19, acabó ingresado y casi en una UCI. Todo ello pese a tener solo 28 años. Además, que nosotros asumamos la infección natural, no nos exime de contagiar a familiares o personas vulnerables que pueden no correr la misma suerte de pasar la enfermedad como un catarro.

El colapso del sistema sociosanitario y económico tiene que ver, sobre todo, con los aislamientos. Tantas personas una semana en cuarentena, sean del sector de las recogidas de basuras, educación o profesional sanitario, suponen un impedimento para el funcionamiento normal de un país. Por esta razón, “la cuestión no es si nos contagiamos o no, sino a qué ritmo lo hacemos”, apostilla Fontán. Asimismo, aunque las vacunas hayan disminuido el riesgo de enfermedad grave y muertes, “un número muy excesivo de casos siempre termina dando un número de casos graves que termina en el hospital, en una UCI o falleciendo”.

En materia sanitaria, para que el sistema colapse, no solo tienen que estar las UCIs saturadas. “Muchos casos de Covid-19 pueden retrasar la atención a otras patologías”, insiste Fontán. Y eso ya lo estamos viendo, apunta la responsable del servicio de Microbiología del Marañón y también presidenta de la Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica. “Los hospitales ya empezamos a estar bastante sobrecargados... No es un buen momento para ingresar. Aunque a largo plazo acabemos infectándonos todos, hay que intentar que no sea ahora”.

En marzo de 2020, el objetivo era doblar la curva. Después, esperar a que se desarrollara una vacuna. Más tarde, avanzar en la estrategia de vacunación. Y ahora, ¿cuál es el siguiente paso para dar por terminada la pandemia? Es la pregunta del millón, pero lamentablemente no tiene una respuesta certera.

El epidemiólogo explica que ha habido un problema de comunicación y “nos hemos movido por horizontes temporales, pero hemos visto que no funciona así”. Estos horizontes temporales son una simplificación de la situación que no contempla matices que ya se conocían, como pueden ser la efectividad de las vacunas con el paso del tiempo o la aparición de nuevas variantes.

Nadie sabe hasta cuándo durará la pandemia, si se convertirá en una endemia, o si incorporaremos la vacunación contra el coronavirus al calendario anual... Ahora, el objetivo es “seguir luchando con todas las armas que vayamos teniendo”, insiste la Dra. Muñoz. Además, los expertos coinciden en que es fundamental ampliar la vacunación a las zonas del mundo donde la gente no se ha vacunado, sea porque no ha querido o porque no ha tenido acceso, para reducir el riesgo de que surjan nuevas variantes.

Al hilo, la OMS recordaba ayer que, “cuanto más circule el virus, más riesgo de que surja una nueva variante más mortal”. Con todo, la microbióloga del Marañón recuerda que “lo que al virus le interesa no es matar a sus huéspedes”, por lo que los ojalás de los expertos tienen que ver con que el virus pierda virulencia conforme siga mutando, como ya ha ocurrido con la variante Ómicron.

En opinión de Fontán, tenemos que empezar a reflexionar, de manera muy calmada que, si la situación se va a mantener como ahora, con olas de cierta periodicidad, tenemos que reforzar todas las estructuras del sistema sanitario para adaptarlas a esta nueva realidad que llevamos viviendo dos años. “No podemos pretender, con un sistema raquítico en muchos puntos, enfrentarnos cada tres o cuatro meses a un volumen de asistencia difícil de sostener”. Problemas de asistencia que ahora, tienen que ver en gran parte con cuestiones logísticas y burocráticas, relativas a la tramitación de bajas laborales.

Como conclusión, todos los expertos apuntan a que no deberían hacerse afirmaciones del tipo “todos nos contagiaremos” para “captar la atención” de la población y “sin darle un contenido real”, porque además puede resultar contraproducente sobre lo que supone el virus todavía a día de hoy”.





## Una nueva Ley de Ciencia para mejorar la investigación en el sector sanitario

El personal investigador podrá obtener un certificado R3 para reconocimiento en los procesos selectivos convocados por universidades y organismos públicos de investigación

V.M.

La Covid-19 ha demostrado el papel imprescindible que juegan la ciencia para dar respuesta a los problemas de salud pública, pero también para preparar a la sociedad de cara al futuro. Como ejemplo, el prodigioso desarrollo de vacunas y medicamentos para combatir la enfermedad provocada por el SARS-CoV-2.

Motivado por esta evidencia y tras años de inmovilismo, el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, anunció hace unos días que el Consejo de Ministros aprobará la nueva Ley de Ciencia, de Tecnología y de Innovación.

Durante su intervención en un acto de la 'Alianza STEAM por el talento femenino. Niñas en pie de ciencia', celebrado con motivo del Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia, en la sede del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Pedro Sánchez señaló que "vamos a tener una ley de ciencia para que los científicos y las científicas de este país no estén condenados a la precariedad, para que investiguen con estabilidad, para que tengan contratos dignos que retengan y atraigan el talento, y para que investigar no represente una carrera de obstáculos administrativos".

"Una ley para cuidar a nuestros científicos y científicas, para darles las mejores oportunidades y para valorar adecuadamente su trabajo. Porque un país que cuida a sus científicos y científicas, es un país que apuesta por su presente y por su futuro", añadió.

Entre los avances y mejoras que traerá este importante proyecto "para el que esperamos el máximo de los consensos en el Parlamento", el presidente destacó: la reducción de la precariedad de científicos y técnicos asociados a líneas de investigación; un nuevo itinerario posdoctoral asociado a la estabilidad; más derechos para los jóvenes, como el derecho a la indemnización por finalización de contrato predoctoral; la definición del contrato del investigador distinguido, para atraer a científicos y científicas de prestigio, y la reducción de la carga administrativa, simplificando, por ejemplo, la justificación de las subvenciones.

Centrándose en las reformas que tienen como prioridad la lucha por la igualdad efectiva entre hombres y mujeres en la investigación, Pedro Sánchez aclaró el alcance sin precedentes de esta ley en cuanto a asegurar la igualdad de oportunidades en los procesos de selección y evaluación para las personas con permisos para el cuidado o la conciliación; así como la presencia de mujeres en órganos decisorios, con un 40% como mínimo en los comités de evaluación y en los de premios.

Según el borrador del proyecto, hecho público por el Ministerio de Ciencia en enero y sujeto a cambios, el propósito a corto plazo es "hacer frente a la recuperación económica y social del país a través de la ciencia y la innovación", mientras que a medio y largo plazo se proponen desarrollar "un sistema sólido de generación y transferencia de conocimiento para abordar grandes desafíos".



Para alcanzar dichos objetivos, el Gobierno centra su actuación en avanzar hacia "un fomento decidido de la I+D+I y su transferencia, para generar conocimiento y liderazgo científico y mejorar las condiciones de trabajo del personal de investigación, así como la calidad de las infraestructuras y equipamientos".

En primer lugar, y para superar la década en la que miles de investigadores salieron de España, se plantean una reforma de la carrera científica mediante dos medidas principales: el diseño de un itinerario postdoctoral que conduzca a la incorporación estable de investigadores al sistema; y la introducción de una nueva modalidad contractual laboral indefinida vinculada al desarrollo de actividades científico-técnicas para todo tipo de personal de investigación.

En lo que respecta al acceso a las plazas del itinerario posdoctoral, este se produce en concurrencia competitiva a través de una evaluación científica, y, tras adquirir competencias, todas las personas que han seguido este itinerario podrán optar a una plaza estable en el sistema. Además, este podrá prestar colaboraciones complementarias en tareas docentes relacionadas con la actividad de investigación propuesta, hasta un máximo de 100 horas anuales.

Por otra parte, el personal investigador podrá obtener un certificado R3 como investigador/a establecido/a y se fija su reconocimiento en los procesos selectivos de personal de nuevo ingreso estable convocados por universidades, organismos públicos de investigación de la AGE de otras administraciones públicas, "incluidos los Centros del Sistema Nacional de Salud o vinculados o concertados con este y las Fundaciones y Consorcios de investigación biomédica".

Tener este certificado también les beneficiará a la hora de presentarse a una Oferta Pública de Empleo (OPE). Según el proyecto, se les reservará un mínimo del 15% de la tasa de reposición para este tipo de contratos.

## Vacunación e infección: ¿Cuánto tiempo está protegido el cuerpo ante otro contagio?

Un estudio concluye que las infecciones previas provocadas por las variantes Alfa, Beta y Delta protegen más frente a la reinfección que las causadas por Ómicron

V.M.

Tras pasar el contagio de la Covid-19, el sistema inmunológico guarda un recuerdo que le permite repeler el virus durante un tiempo. Un estudio indica que el sistema inmunológico de las personas recuerda la Covid-19 durante meses después de la recuperación. La Clave es conocer ¿cuánto tiempo está el cuerpo humano protegido ante otra infección?

Lo primero que debemos tener en cuenta es que la respuesta varía en función de si la protección se ha generado a través de la vacunación o porque hemos superado la infección de forma natural.

Un reciente estudio desarrollado dentro del Programa de Investigación Biomédica y Núcleo de Investigación de Bioestadística, Epidemiología y Biomatemática del Weill Cornell Medicine de Qatar arroja que la infección natural por SARS-CoV-2 proporciona una protección contra la reinfección significativa en aquellos casos en los que esta se ha producido por las variantes Alfa (B.1.1.7, detectada originalmente en Reino Unido), Beta (B.1.351, detectada originalmente en Sudáfrica) y Delta (B.1.617.2, detectada originalmente en India). Sin embargo, la variante Ómicron (B.1.529, detectada originalmente en Sudáfrica), presenta numerosas mutaciones que pueden mediar en la evasión inmune.

De forma evidente, el sistema inmunológico produce diferentes tipos de células y moléculas para combatir las enfermedades. Estos incluyen anticuerpos, células T y células B.

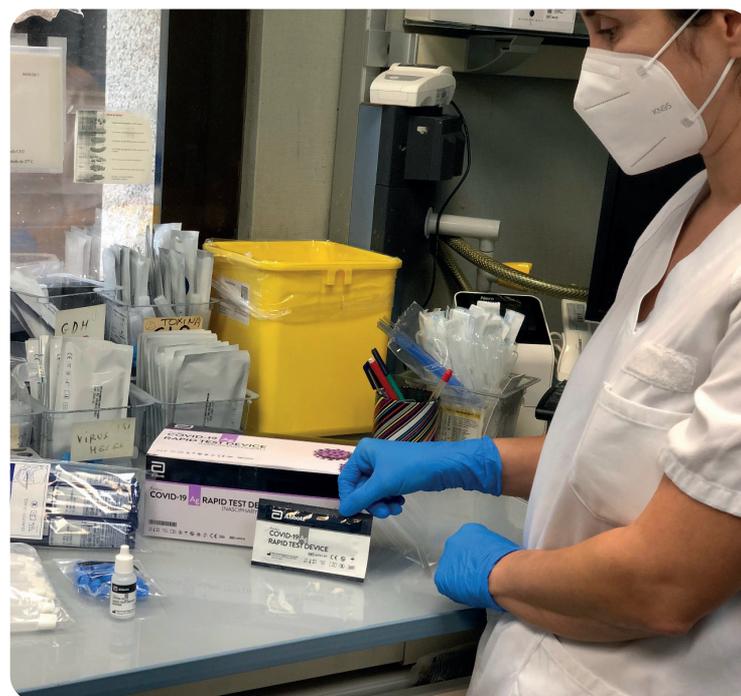
Los investigadores han observado las respuestas inmunitarias de unas 200 personas que se habían recuperado del COVID-19. Algunos habían sido infectados hasta ocho meses antes del análisis. Otros casos fueron más recientes. De las personas que se recuperaron, el 95% tenía "recuerdos" del sistema inmunológico del virus que causa COVID-19, SARS-CoV-2.

Casi todos tenían anticuerpos que bloquean la proteína de la espícula del virus. El virus usa esta proteína para ingresar a las células. El número y tipo de anticuerpos varió entre personas. Pero los niveles generalmente se mantuvieron estables a lo largo del tiempo. Disminuyeron ligeramente de seis a ocho meses después de la infección.

Los niveles de células inmunes también se mantuvieron altos. Las células B de memoria, que producen anticuerpos, aumentaron durante unos meses después de la infección y luego se mantuvieron estables. La mayoría de las personas tenían un tipo importante de linfocitos T. Aproximadamente la mitad tenía otro tipo de célula T que destruye las células infectadas.

En el estudio, que ha sido publicado en el New England Journal of Medicine, se concluye que la eficacia de la infección previa por SARS-CoV-2 para prevenir la reinfección se ha definido como la reducción proporcional de la susceptibilidad a la infección entre aquellas personas que se habían recuperado de la Covid-19, en comparación con las que no se habían infectado. La infección previa por SARS-CoV-2 fue definida como un resultado positivo en una prueba PCR al menos 90 días antes de un nuevo resultado positivo en Covid-19.

Los investigadores explican que, con el objetivo de garantizar que se consideraran reinfecciones epidemiológicamente relevantes en el análisis,



solo se han incluido como casos de estudio las infecciones documentadas con un valor de umbral de ciclo de PCR (Ct) de 30 o menos. En este sentido argumentan que la reinfección a menudo ocurre con síntomas insignificantes.

En base a esto se ha estimado que la eficacia de la infección previa para prevenir la reinfección se sitúa en el 90,2% en el caso de la variante Alfa, pero desciende hasta el 87,7% si hablamos de Beta. La cifra se eleva de nuevo hasta el 92% con la variante Delta, pero se desploma en el caso de Ómicron: 56%. Los responsables de este trabajo destacan que los análisis de sensibilidad confirmaron los resultados.

Si atendemos a los datos derivados de los pacientes re infectados vemos que la progresión a Covid-19 grave se produjo en un paciente infectado por la variante Alfa, en dos pacientes con Beta, ningún paciente con Delta y dos en el caso de Ómicron. Ninguna de las reinfecciones progresó a una enfermedad crítica. La efectividad en relación a la Covid-19 grave, crítica o mortal fue del 69,4% frente a Alfa, del 88% frente a Beta, del 100% frente a Delta y del 87,8%.

"En general, en un estudio de una base de datos nacional en Qatar, encontramos que la efectividad de una infección previa para prevenir la reinfección con las variantes Alfa, Beta y Delta del SARS-CoV-2 fue sólida, en aproximadamente un 90%", exponen los autores. "Dicha protección contra la variante Ómicron fue menor, aproximadamente del 60%, pero aún considerable. Además, la protección de la infección previa contra la hospitalización o la muerte causada por la reinfección parecía ser sólida, independientemente de la variante", concluyen.

## Un estudio demuestra que la posición boca abajo en pacientes Covid-19 grave mejora su pronóstico

En el ensayo, coordinado por el Hospital Universitario de Tours (Francia), se centra en los enfermos que no han sido intubados

V.M.

Un estudio internacional demuestra que la posición de decúbito prono, es decir, colocar al paciente boca abajo, mejora la evolución de los pacientes con Covid-19 grave y tratados con oxígeno terapia de alto flujo. En concreto, reduce el resultado compuesto por la suma de necesidad de intubaciones y la ratio de mortalidad. En el ensayo, coordinado por el Hospital Universitario de Tours (Francia), participa el Hospital Vall d'Hebron. Estos hallazgos han sido publicados en la revista 'The Lancet Respiratory Medicine'.

La oxigenoterapia de alto flujo se aplica cuando existe una insuficiencia respiratoria aguda grave, en este caso, debido al Covid-19. El beneficio de colocar a los pacientes decúbito prono para intentar mejorar la respiración en estos pacientes intubados en las UCI se conoce desde hace más de 10 años. Sin embargo, hasta ahora no existía evidencia científica de la eficacia de esta técnica en pacientes no intubados, algo especialmente importante durante los picos de la pandemia en que pueda haber escasez de respiradores.

«Esta es la primera gran investigación que analiza los beneficios de un cambio de posición en pacientes despiertos y que no necesitan de un respirador como parte del tratamiento en pacientes Covid-19», afirma el Dr. Oriol Roca, coordinador médico de la UCI del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Asimismo, el Dr. Roca es investigador del grupo de investigación en Shock, Disfunción Orgánica y Resucitación (Sodir) del Vall d'Hebron Instituto de Investigación (VHIR). El Dr. Roca ha sido uno de los investigadores que han participado en el trabajo internacional, según detalla la publicación sanitaria iSanidad.

En el ensayo participaron 1.126 pacientes ingresados entre abril de 2020 y enero de 2021. La mitad formaban parte del grupo control, a los que se les trataba con el protocolo habitual, y la otra mitad se incluía en el grupo experimental, a quienes se les posicionaba en decúbito prono durante al menos una hora al día, en un mínimo de dos sesiones de 30 minutos, y con una media de 5 horas diarias.

En el grupo control, el 46% de los pacientes necesitaron intubación o tuvieron un pronóstico fatal hasta 28 días después de la inclusión en el estudio. Este porcentaje se reducía hasta el 40% entre los pacientes del grupo experimental, que habían pasado un tiempo en decúbito prono. Además, todos los indicadores de respiración mejoraron en gran medida ya durante la primera sesión y la mejora se mantenía al volver a posición supina. El hecho de evitar la intubación reduce el riesgo de sufrir complicaciones por esta causa. Asimismo, también implica un beneficio colectivo al tener menos necesidad de uso de respiradores, uno de los equipamientos con menos disponibilidad en muchos países.



Además, entre los que estuvieron en decúbito prono durante al menos ocho horas diarias, sólo el 17% de los casos terminaron en intubación o muerte, por un 48% en los que pasaron menos de este tiempo. Así, parece que podría haber una relación entre la cantidad de horas posicionados en decúbito prono y la mejora del pronóstico clínico.

Estos resultados abren numerosas perspectivas de investigación. Entre ellas: la evaluación de los beneficios a largo plazo; los factores que favorecen la buena tolerancia a largas sesiones en decúbito prono; los factores que predicen el éxito de la técnica y su estudio en otras infecciones pulmonares además del Covid-19. El estudio implicó la colaboración de 42 centros en seis países: España, Francia, Canadá, México, Irlanda y los Estados Unidos. En nuestro país, dos centros participaron en el estudio: el Hospital Universitario Vall d'Hebron y el Hospital del Mar.

La muestra de pacientes en la que se basa el estudio es muy amplia, lo que permite obtener unos resultados más fácilmente generalizables. Además, la vertiente internacional y multicéntrica ha permitido obtener resultados de manera mucho más rápida, además de comprobar la eficacia del decúbito prono durante varias olas de la Covid-19 en diferentes países, así como la diferencia en la respuesta obtenida en función del número de horas en que los pacientes permanecen en la posición de prono.

El estudio concluye que el uso de esta medida de apoyo es segura y muy sencilla de aplicar y no ocasiona ningún tipo de coste, mejorando directamente el pronóstico de los pacientes. Se comprueba que no hay riesgos asociados en relación con la falsa confianza en un aumento puntual de oxigenación asociado al uso del decúbito prono que ocasione un retraso en la decisión de intubar de aquellos pacientes que no evolucionan favorablemente con la oxigenoterapia de alto flujo.



## La supervivencia de los pacientes de cáncer infantil y adolescente aumenta hasta un 82%

Ha pasado del 66,6% en el período 1983-1999 a un 82% en el período 2010-2019

V.M.

La supervivencia a los cinco años en menores de 15 años que han padecido un cáncer infantil ha mejorado progresivamente, a lo largo de los años, pasando de un 66,6% en el período 1983-1999, a un 77,1% durante el período 2000 a 2009, alcanzando un 82% en el período 2010-2019, atribuyéndose en gran parte esta mejora a los tratamientos y diagnósticos precoces.

En este sentido, la supervivencia a los cinco años de los y las menores de 20 años que han padecido un cáncer infantil se ha situado en un 81,4% en el período 2007 a 2019

En concreto, para este período, los tipos de tumores que alcanzan unas mejores cifras de supervivencia a los cinco años son, por este orden, los carcinomas tiroideos (100%), melanomas (96%), linfomas (94,3%), tumores de células germinales y gonadales (89,3%), retinoblastomas (94,6%) y tumor de Wilms (90%).

Por el contrario, son los tumores óseos (56,9%), embrionarios intracraneales (50,6%) y otros gliomas (42,2%) los que tienen cifras más bajas de supervivencia.

Estos datos se han facilitado con motivo de la celebración del Día Mundial del Cáncer Infantil, que se celebra este 15 de febrero.

El cáncer infantil y del adolescente es una enfermedad considerada poco frecuente pero importante por su impacto en la mortalidad, ya que es la primera causa de muerte en niños y niñas de 5 a 14 años y la segunda para los jóvenes de entre 15 y 24 años.



La incidencia del cáncer infantil en la Comunitat Valenciana se sitúa en 161 nuevos diagnósticos en menores de 20 años, siendo más frecuente en niños y jóvenes (58%) que en niñas (42%), lo que supone una tasa de incidencia de 162,7 casos por millón de habitantes (184,6 en niños y 139,5 en niñas).

Los tumores infantiles más frecuentes son las leucemias (35,5%), seguidas de los tumores del Sistema Nervioso Central (26,4%), los tumores óseos (11,8%), sarcomas de tejidos blandos (1%) y gonadales (3,6%). En menores de cuatro años destacan los neuroblastomas (3,7%) y retinoblastomas (2,2%).

El sistema sanitario público valenciano cuenta con una Red Asistencial Oncológica Pediátrica integrada por los tres hospitales con unidades de referencia en cáncer infantil y de la adolescencia: el Hospital General de Alicante, el Hospital Clínico Universitario de València y el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València.

Esta red asistencial garantiza un acceso rápido y coordinado al diagnóstico, y al tratamiento adecuado, al tiempo que vela por garantizar una práctica médica equitativa con independencia del lugar de residencia del o la paciente.

Además, la Comunitat Valenciana también cuenta con un Comité de Coordinación para la Gestión de la Atención Asistencial de los Casos de Cáncer Infantil y de la Adolescencia, cuyo objeto es acordar medidas específicas a implementar con el objeto de mejorar los resultados de supervivencia del cáncer infantil y en la adolescencia.



# Los Centros de Salud Sexual y Reproductiva atienden casi 400.000 consultas en 2021

Se incrementan un 16,9% las visitas a los centros de salud sexual respecto a 2020

V.M.

La educación sexual es la mejor herramienta para poder vivir la sexualidad con bienestar y sin violencia ni riesgos. Proporciona conocimiento, habilidades y actitudes que van a permitir disfrutar de salud, bienestar y dignidad; cuidarse y entablar relaciones basadas en el respeto; saber cómo las decisiones afectan a nuestro bienestar y el de otras personas, y comprender cómo proteger nuestros derechos.

Las madres y padres tienen un papel central en la educación sexual. Inculcan a sus hijas e hijos valores y actitudes, ofrecen afectos, nutren su autoestima y les hacen sentir que pueden recibir amor y respeto. Responden a sus primeras preguntas sobre su cuerpo y sobre las relaciones que ven en personas adultas.

La sexualidad forma parte del desarrollo integral de las personas, de su bienestar personal, de su calidad de vida. Y esto es aún más importante en la infancia y adolescencia como claves evolutivas para que las personas, como seres sexuados que son, puedan vivirse como tales, expresarse, relacionarse de forma que se sientan a gusto, se acepten y al fin y al cabo puedan sentirse un poco más felices.

No solamente es una opción, es un derecho de las personas que se relaciona directamente con su calidad de vida y que forma parte de su proceso de preparación para la vida adulta. La salud, la prevención de infecciones de transmisión sexual o de embarazos no deseados, la salud sexual y reproductiva son objetivos de la educación sexual integral y que tiene en cuenta las diferentes realidades individuales y personales.

El sistema sanitario público valenciano cuenta con una red de Centros de Salud Sexual y Reproductiva distribuida entre los diversos departamentos de salud y formada por 80 centros asistenciales, ubicados en los centros de salud o en las instalaciones del propio hospital.

Todos los años, el día 14 de febrero se celebra el Día Europeo de la Salud Sexual, con el fin de resaltar la importancia que tiene una buena salud sexual, la defensa de los derechos sexuales de la persona y la prevención de posibles enfermedades de transmisión sexual. Para ello, son muy importantes las acciones educativas sobre salud sexual, las actuaciones preventivas y la atención sanitaria de las personas.

En este sentido, a nivel asistencial, los Centros de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana atendieron durante el año 2021 un total de 390.305 consultas, lo que supone un incremento del 16,5% respecto a las 334.871 consultas que se realizaron en 2020. No obstante, respecto al año 2019 previo a la pandemia, se ha producido una reducción del 6,63%, (418.042).

Por provincias, el año pasado los Centros de Salud Sexual y Reproductiva de Alicante realizaron 151.644 consultas, en Castellón 61.564 y en Valencia 177.097 consultas.

Principalmente, estos centros atienden a personas de edades comprendidas entre los 20 y 39 años (el 59,2%), de las cuales el 96% son mujeres y el 4% hombres. Así, en el grupo de edad de 40 y 59 años, el 91,3% de las personas atendidas son mujeres y un 8,7% hombres.



La labor de estos centros se centra en ofrecer información y prestación de métodos anticonceptivos, la orientación y atención a la esterilidad, control y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual, consejo prenatal y genético, IVE o la detección precoz de la patología genital y mamaria, entre otros.

Por otro lado, a nivel educativo la Conselleria de Sanidad, junto con la Conselleria de Educación, cuenta con el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES), que tiene como objetivo la educación en valores que promuevan una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables.

Las habilidades tanto de cuidado personal, como las habilidades sociales y el manejo de medidas de prevención son aspectos relacionados con la sexualidad y por lo tanto con la educación sexual.

Se trata, al fin y al cabo, de incidir en una mayor calidad de los programas educativos en el acogimiento residencial, por lo tanto, en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de esta juventud durante momentos importantes de su vida, teniendo en cuenta los fines de la protección a la infancia y sus derechos como personas.

La educación sexual, no sólo implica a los y las menores, ha de implicar necesariamente a profesionales del contexto residencial, que han de ser formados en este sentido, implica a las familias o personas tutoras como figuras de referencia a la hora de resolver estas cuestiones y de trabajar en colaboración y coordinación con el centro como se plantea desde el propio programa educativo. En este sentido la educación sexual impregna el trabajo que desde el modelo de acogimiento residencial se plantea compartiendo objetivos, líneas de acción, estrategias y formas de llegar y de implicar.

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia de realizar una educación sexual desde la infancia para abordar en profundidad las diferentes variables relacionadas con una prevención eficaz que esencialmente tienen relación con las dimensiones de la sexualidad humana desde un planteamiento integral.