

PROVINCIA DE MISIONES

A scenic photograph of a dirt road winding through a dense forest. The road is reddish-brown and leads into the distance. The forest is lush with green trees and foliage, with sunlight filtering through the canopy, creating a warm, golden glow. The overall atmosphere is peaceful and natural.

PROYECTO NAVEGADORAS

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER CERVICU UTERINO**

**Contexto General
al momento de iniciar la
ejecución del
“Proyecto Navegadoras”
en la provincia de Misiones**

Fortalezas y oportunidades relevantes

Autoridades de Estructuras Ministeriales de nivel superior e intermedias (Ministro de Salud, Subsecretario de Salud, Dirección de programas Materno Infantiles, Direcciones de Zona Sanitaria)

Dirección Asistencial y Autoridades del Servicio de Ginecología del HEARM

muestran

- Compromiso con el mejoramiento de la calidad asistencial en general y con el programa de CACU en particular.
- Sensibilización ante la problemática abordada por el programa (muertes por CACU).
- Capacidad para escuchar abiertamente la opinión de terceros (navegadoras), sobre los problemas intra-institucionales y las posibles propuestas de resolución.

Existencia de una Red de promotores de salud distribuidos en el territorio provincial, con un adecuado conocimiento de gran parte de la población.

Existencia de un equipo itinerante de toma de PAP, que permite un incremento sustancial de las muestras de PAP tomadas y procesadas.

Debilidades y Amenazas relevantes

Limitaciones Financieras para poder optimizar algunos aspectos de los servicios y para financiar algunas actividades propias de la “navegación” .

1º Momento de incertidumbre en relación a la recepción (por parte del personal “institucional”) de la presencia de personas externas (navegadoras), que opinen o intervengan en aspectos relativos a lo asistencial

Si bien se puso de manifiesto una buena predisposición por parte del personal del primer nivel asistencial a interactuar con las navegadoras , las respuestas concretas ante la solicitud de información sobre las mujeres ha sido variable.

Proyecto inédito a nivel provincial.

Situación de los servicios asistenciales

al momento de iniciar el “Proyecto Navegadoras” en la provincia de Misiones:

Hospital de mayor complejidad provincial (HEARM)

Servicio ginecología

RRHH

4 médicos de sexo masculino (planta/contratos/guardia) + Residentes rotantes Toco ginecología

Nº escaso de RRHH capacitado para cirugías complejas.

MODALIDAD ASISTENCIAL

*Consultorio ginecológico general sin discernimiento diferencial en la atención de situaciones de baja y alta complejidad
*Asignación de turnos sin diferenciación ni prioridad a mujeres con lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas.

*Poca cantidad de turnos semanales.(3 a 6)

*Escaso equipamiento p/toma de biopsias.

- ▣ **Servicio social:** falta de coordinación entre el serv. de ginecología, serv. Social y la mujer.
- ▣ **Servicios para estudios complementarios:** La asignación de turnos para prácticas complementarias diagnósticas (cardiología, gastroenterología, urología, imagenología, laboratorio, banco de sangre) no tenía en cuenta prioridades para las mujeres con neoplasias y pre-neoplasias, ni contemplaba coordinación para disminuir la cantidad de veces que debía viajar la mujer.
- ▣ **Servicio de anatomía patológica:** los informes citológicos e histopatológicos eran entregados a las mujeres sin que se realice un control y registro diferenciado de resultados patológicos, para una correcta priorización y re captación.
- ▣ **La totalidad del tratamiento de terapia radiante y braquiterapia** se realizaba fuera de las instituciones publicas estatales, a nivel interprovincial (350 km), con contratos de cumplimiento relativo.

Atención primaria de la salud

- ⦿ Inexistencia de nexos institucionales entre los distintos niveles de complejidad asistencial relativos a los casos de cacu.
- ⦿ Grandes dificultades para un correcto registro de datos identificatorios y de ubicación en la ficha que acompaña la muestra citológica.
- ⦿ Incompleto relevamiento de los contactos en el primer nivel asistencial para lograr una adecuada re captación activa de la mujer.

(Estos resultados finales dependían mas de las relaciones interpersonales que de los mecanismos institucionalizados puestos en práctica)

TAREAS ESPECÍFICAS de NAVEGADORAS

A partir del SITAM, **generar un listado de mujeres** que en el tamizaje han resultado con diagnóstico de ASC-H, HSIL y CARCINOMAS.

Definir criterios de **prioridad**.

Establecer un 1º contacto con la mujer utilizando medios directos (*telefónico o visita domiciliaria*), o indirectos (*a través de promotores de salud o profesionales de los CAPS*).

A partir del contacto **evaluar** posibles **dificultades** para la continuidad diagnóstico terapéutica. (Ej.: Si la mujer no comprende los riesgos y no quiere asistir a la atención médica -en cualquier instancia del proceso- **estimular** telefónicamente y de ser necesario realizar **visita domiciliaria**).

Coordinar con la mujer la **fecha posible de asistencia** para realizar los estudios colpo biópsicos pertinentes; en función de esto **asignar** un **turno**.



Detectar inconvenientes para el traslado de la mujer desde su lugar de origen hacia los centros de atención y tratamiento o para su **estadía** (si es necesaria), **gestionar** hasta lograr dar resolución al inconveniente con estrategias diferentes según el caso (ej.: estadía en un Hogar de Tránsito, ubicado frente al Hospital).

En el centro colpo-biopsico y de tratamiento **recibir** a la mujer, **ofrecer guía y contención, detectar y proceder** a la **resolución de las múltiples dificultades cotidianas** que aparecen en el contacto de la mujer con la institución, **establecer un vínculo de confianza, ayudar a despejar dudas y completar datos.**

Consolidar un vinculo que permita la continuidad del trato.

Controlar los **plazos** de procesamiento del material biópsico en Anatomía Patológica y en caso de ser necesario **instar** al servicio para acelerarlos.

Guiar y acompañar en la gestión de los turnos para estudios pre-quirúrgicos y/o para estadificación.

Si la cirugía fue suficiente: **garantizar** continuidad en el contacto y **acompañamiento** en los primeros 6 meses post quirúrgicos.

Si el tratamiento quirúrgico es insuficiente: realizar gestiones y acompañamiento en las necesidades terapéuticas **por el tiempo que sea necesario.**

En cualquiera de las situaciones citadas se realiza contención a la paciente y los familiares.

LAS BARRERAS

(detectadas por navegadoras)

*Institucionales

Obstáculos en la comunicación del equipo de salud y las mujeres :

A muchas pacientes les cuesta comprender lo que les explica el médico. Salen del consultorio sin saber qué se les hizo, cuál es su diagnóstico, cómo será su tratamiento y otros detalles. Tienen dificultades para transmitir lo escuchado a sus familiares, por consiguiente son mal comprendidas y eventualmente mal aconsejadas en su entorno. El resultado posible es **una mujer que no vuelve.**

El médico por lo general, da por sobreentendido que la mujer y su familia comprendieron los mensajes.

Dificultades para que el equipo de salud facilite/permita espacios en que la mujer pueda manifestar sus inconvenientes, necesidades, etc.

Dificultades para que el equipo de salud detecte inconvenientes de índole económico de la mujer: si el problema no es detectado en la consulta no se procede a referenciar a la mujer al área de Servicio Social para que este pudiera ocuparse de ellos (gestiones de estadía, traslados, etc.).

Emisión de mensajes contradictorios en distintos espacios institucionales

(“en la salita me dijeron una cosa y en el hospital me dicen otra: no entiendo nada”)

Falta de actitudes contenedoras de parte del personal asistencial que permita un adecuado apoyo emocional a la mujeres con lesiones cancerosas o pre-cancerosas:

(en muchas ocasiones esta falta de contención emocional dificulta la continuidad diagnostico terapéutica).

Coordinación/comunicación inadecuada entre el personal administrativo de la institución para la asignación de turnos: si en el día y horario en que acude la mujer no se encuentra con el administrativo que le dio el turno (generalmente un “sobre-turno”), otros administrativos pueden rechazar la consulta (*“no está en la lista”*).

Dificultades
para la
entrega en
tiempo y
forma de los
resultados
del PAP,
debido al
incompleto
llenado de
datos en la
ficha que
acompaña la
muestra
citológica.

FICHA DE SOLICITUD DE LA
CITOLOGÍA EXFOLIATIVA (PAP)

Programa Nacional de
Prevención de Cáncer
Cérvico-uterino

DATOS PERSONALES

D.N.I. L.E. L.C. C.I. (Prov) C.I. (Fed) Pasap Extranj S/D E/T N° 13.949.425

N° de ficha/historia clínica _____ Apellido y nombre José María Estela

Provincia _____ Localidad _____

Departamento _____ Barrio luz

Domicilio _____ Zona de salud _____ E.P. 338

Teléfono _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de nacimiento 12/8/60 Edad 51

Cervix Satisfactorio SI NO Trat. destruct. local NO Tópico LEEP Criocirugía S/D

Cirugía previa NO Histerectomía Conización Criocirugía Lig. Tubaria Cesárea Otras

Trat. Hormonal de Reempazo SI NO Trat. Radiante SI NO Quimioterapia SI NO

Método anticonceptivo NO Hormonal oral Hormonal inject Barrera DIU Lig. Tubaria Combinado

Otros p/Otros aclarar. _____

IR

Señalética inadecuada:



Los sectores donde deben solicitar los turnos para ecg, cistoscopías, rectosigmoidoscopías y tac carecen de señalética apropiada a la cultura local.



Dificultades para organizar adecuadamente una secuencia cronológica lógica en la realización de estudios complementarios de alta complejidad (asignación de turnos en distintos servicios sin considerar las situaciones particulares de la mujer) : Las mujeres deben concurrir en múltiples oportunidades para los distintos estudios (situación aún más conflictiva para quienes deben recorrer largas distancias), Las pacientes que requieren de este tipo de estudios son las que tienen un diagnóstico de cáncer, se cansan fácilmente no les alcanza el dinero para tantos pasajes, su estado físico y emocional no se los permite.

Dificultades en las tramitaciones para acceder a la terapia radiante y quimioterapia: tarda demasiado y es difícil entender y recordar toda la documentación que se debe reunir y presentar.

En casos de cáncer infiltrantes no siempre se coordina la necesaria asistencia a los servicios de cuidados paliativos.

Inexistencia de personal médico femenino que brinde asistencia a la mujer con lesiones cancerosas y pre cancerosas.

Trato poco considerado en algunos integrantes del equipo de salud (genera rechazo y abandono de la secuencia diagnóstico-terapéutica).

***Económicas**

Dificultades para el transporte y/o estadía al ser referenciadas hacia sitios de alta complejidad

***De orden personal- subjetivo (ejemplos)**

***Pudor** (por ejemplo: para ser atendidas por un profesional varón)

***Vulnerabilidad emocional ante la situación diagnóstica**

***Miedo o ansiedad-**

***Negación-* Pánico-* Fobias-* Depresión**

***Dificultades para resolver aspectos de su vida cotidiana para realizar los estudios y/o tratamiento**

***Historias traumáticas de vida que pueden aflorar ante las prácticas diagnóstico terapéuticas (muchas veces no percibidas por el equipo asistencial)**

LOGROS

Hasta fines del año 2010, la Institución de Salud tenía dificultades para lograr el acercamiento de la mayoría de las pacientes con pap patológicos, o para retenerlas en el sistema hasta completar el tratamiento.

A partir del primer semestre de 2011 esta situación se fue revirtiendo...

La presencia de las navegadoras permitió al servicio de ginecología la visualización de distintos inconvenientes institucionales entre los que predominaba una baja oferta asistencial específicamente destinada a los casos de mujeres con PAP patológicos.

El Programa pudo, a partir de ello, establecer acuerdos con el servicio de Ginecología del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga (HEAM), para que la Unidad de Cérvix fuera incrementando paulatinamente esta oferta asistencial (actualmente se dispone de, por lo menos veinte turnos semanales, lo que ha permitido asegurar que la primer consulta post PAP patológico se realice en no mas de 15 días).

Algunas modificaciones institucionales a partir de la intervención de las navegadoras

- *En muchos centros de salud de toda la provincia ha mejorado el llenado de la ficha solicitud de PAP con datos de identificación y domicilio de las mujeres, con lo que se facilita su ubicación y eventual re captación.
- *Se procedió a implementar un sistema de identificación / señalización en el sistema informático hospitalario que facilita el reconocimiento de mujeres con lesiones pre neoplásicas y neoplásicas de manera de priorizar la adjudicación de turnos en casi todos los servicios complementarios. No mas de quince días de demora (normalmente para otro tipo de consultas hay esperas de hasta de tres meses).

- *Hubo una mejoría cuali - cuantitativa del recurso humano asistencial y del equipamiento, lo cual permitió ampliar sustancialmente la oferta de turnos para la atención de mujeres con lesiones pre cancerosas y cáncer.
- *Mejóro la detección de necesidades sociales de las mujeres y su referencia hacia el área de Servicio Social.
- *Se simplificó el trámite para tratamientos oncológicos, por lo que las pacientes y sus familiares suelen resolver esta instancia con mínima intervención de las navegadoras.

- *Se habilito en la provincia un servicio privado de radioterapia con el cual se estableció un convenio asistencial que agiliza los tratamientos radiantes. La braquiterapia aun se realiza a nivel extra provincial.
- *El servicio de Anatomía Patológica responde a todas las consultas e inquietudes y prioriza el procesamiento del material requerido por las navegadoras.
- *Todos los profesionales que representan a los distintos servicios involucrados (Unidad de Cérvix, Anatomía Patológica, Laboratorio de Análisis, Urología, Cardiología, Oncología, etc.), respetan la prioridad en los turnos para las pacientes del Programa.

*La Unidad de Cérnix cuenta desde el mes de marzo de 2012 con una profesional mujer, para resolver, entre otras cosas, situaciones de vulnerabilidad de género.



Se actualizó, completó y sistematizó la agenda de contactos del 1º nivel asistencial, para ser utilizada en la re captación activa de las mujeres.

La concreción de estas mejorías no corresponden a acciones directas de las navegadoras, pero la escucha que nos ofrecieron los distintos actores vinculados a esta problemática permitieron que se resuelvan las diversas situaciones.

MUJERES CONTACTADAS POR NAVEGADORAS

(Entre junio 2011-julio 2012)

Las navegadoras han logrado establecer contacto con 387 de las mujeres detectadas y nominalizadas que se encuentran bajo atención y seguimiento en el sistema sanitario estatal que han tenido un Resultado de PAP H-SIL (de alto grado), ASC-H y lesiones cancerosas.

Formas de contacto usado

(387 mujeres con las que se estableció contacto)

Con 208 mujeres (**54%**) se establecieron contactos a través de distintas vías que incluyeron **al menos una oportunidad en que se llevó a cabo un contacto persona-persona**

Con 13 mujeres (**3%**) se establecieron contactos utilizando como **única vía el contacto persona-persona**

Con 27 mujeres (**7%**) se estableció contacto utilizando como **única forma la vía telefónica**

Con 139 mujeres (**36%**) con la que se establecieron contactos a través de otras personas (en general personal del equipo de salud) que transmitieron los mensajes- información

Se debieron realizar 22 visitas domiciliarias a mujeres con diagnóstico de lesiones cancerosas y lesiones H-SIL (de alto grado) y lesiones ASC-H

Barreras

En el 43,4 % de las mujeres a las que contactamos se detectó la presencia de al menos algún tipo de barrera relevante que obstaculizaba la prosecución del proceso diagnóstico terapéutico

Cada una de esas mujeres encontró, por lo general, barreras en mas de un punto institucional de la cadena diagnóstica terapéutica.

En cada una de esas situaciones se necesitó la intervención de las navegadoras a objeto de favorecer la continuidad del proceso

Se detectaron **271 situaciones con barreras importantes**, de las cuales

170 situaciones fueron de índole institucional (62,6% del total de barreras detectadas),

barreras de índole económico 30 situaciones (11,0 %),

barreras de orden personal- subjetivo 42 situaciones (15,4% de las barreras detectadas)

30 situaciones (11,0 %) con otro tipo de barreras

El 48,1% de las mujeres a quienes contactamos necesitaron un acompañamiento personalizado a través del sistema sanitario

Promedio mensual de primeras colposcopias en la secuencia diagnóstico terapéutica realizadas a mujeres con, “H-SIL”, “ASC-H” y lesiones cancerosas :

Durante el periodo del año 2011 en que las navegadoras no habían iniciado su actividad :

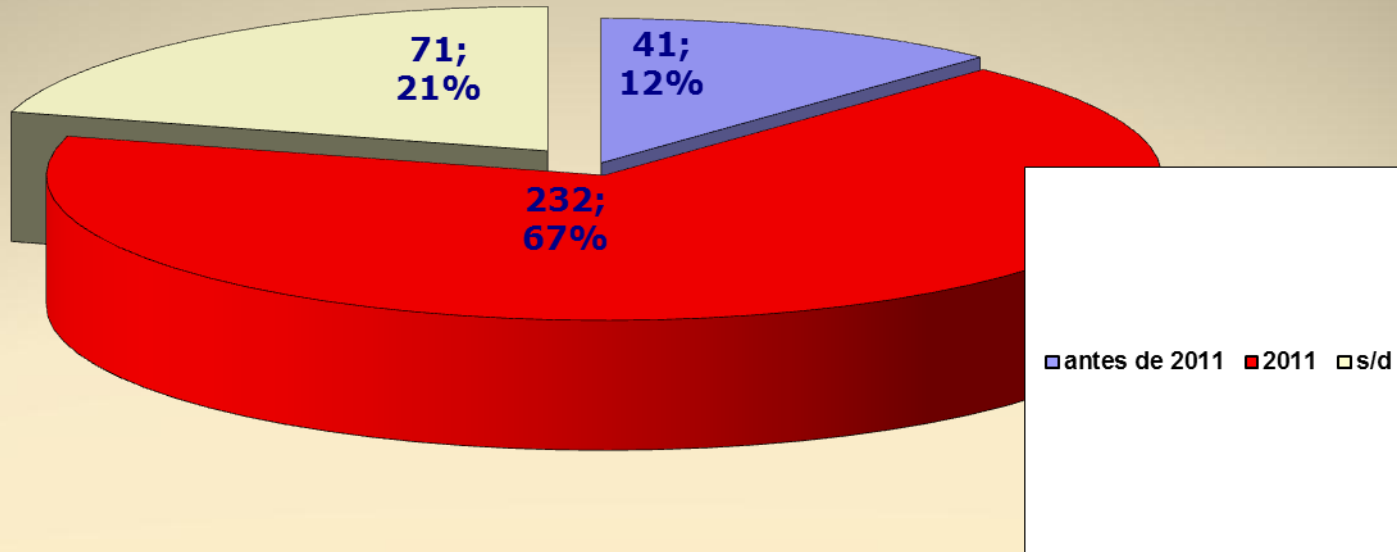
8,6 colposcopias/mes registradas

Durante el periodo del año 2011 a partir de la inclusión de las navegadoras en el equipo de trabajo :

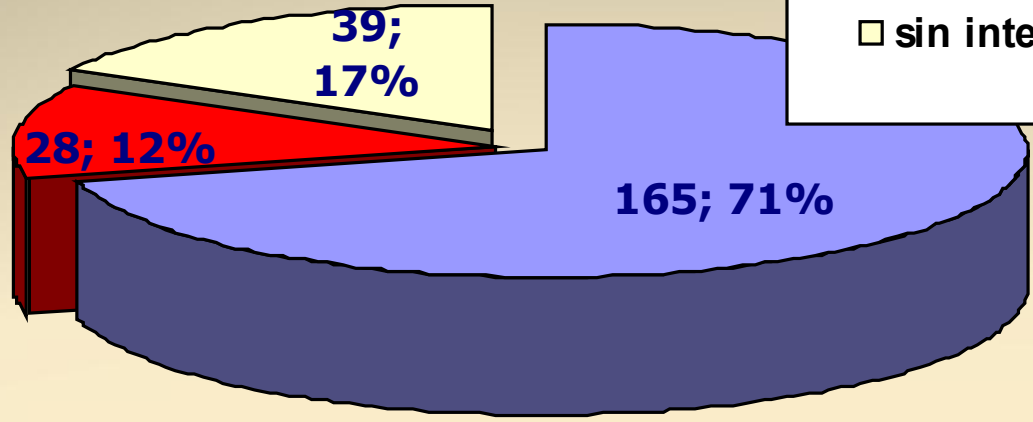
21,7 colposcopias/mes registradas

BIOPSIAS REALIZADAS EN CASOS CA, HSIL y ASCH según año de realización

sobre un total de 344 biopsias en que se constatò su realizaciòn



**REALIZACIÓN DE 1º BIOPSIA
EN CASOS CA, HSIL y ASCH año 2011
INTERVENCIÓN DE NAVEGADORAS
Total DE CASOS: 232**



- intervención sin recaptación activa
- intervención con recaptación activa
- sin intervención

Indicadores de resultados

Análisis comparativo:

- Ultimo semestre 2010
- Primer semestre 2012

- ⦿ Comparación de tiempo de tardanza existente entre el 1º resultado citológico con diagnostico HSIL o + y la realización de la primera biopsia.
- ⦿ Punto de corte: 4 meses

BIOPSIAS REALIZADAS ANTES DE LOS CUATRO MESES

- ⦿ se paso de un 39,8 % de casos, cuya biopsia posterior a un informe citológico HSIL o +, a un 71,4 % de casos con biopsia realizada antes de los cuatro meses.
- ⦿ En los informes citológicos de CANCER INVASOR, se logro llegar al 82 % partiendo de un 52,9% de casos.

TRATAMIENTOS REALIZADOS ANTES DE LOS CUATRO MESES

Análisis comparativo entre el primer resultado citológico HSIL o + y el momento del inicio concreto de la terapéutica (quirúrgica, radio o quimioterapica).

- Sobre un total de 44 casos que luego del informe histopatológico recibieron tratamiento, en el ultimo semestre del 2010, el 31,8% de los casos había iniciado la terapéutica antes de los cuatro meses de la toma citológica.
- En el primer semestre 2012 dicha proporción se incremento al 53,6% de los casos (n°56) que requerían tratamiento.



**Informe presentado
por
Noelia Navarro y
Mirta Scheuerlein.
Navegadoras de la
provincia de
Misiones.
Octubre de 2012**

