

# La navegación como estrategia para mejorar el proceso de atención en las pacientes con cáncer de mama.

Lucía Beltran<sup>1</sup>; Luciano E. Mignini<sup>2</sup>; Germán A. Soso<sup>3</sup>

## RESUMEN

### Introducción

El retraso en el inicio de un tratamiento efectivo del cáncer de mama ha demostrado reducir negativamente la tasa de supervivencia, se asocia a estadios más avanzados al diagnóstico y a la necesidad de tratamientos más agresivos y costosos.

### Objetivo

Demostrar que la navegación de pacientes es una estrategia idónea para reducir las demoras en los tiempos de atención, en pacientes con cáncer de mama.

### Material y método

Estudio descriptivo prospectivo que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas en el cual se estudiaron los tiempos de atención al aplicar la estrategia de navegación de pacientes, como herramienta para optimizar los mismos. El proyecto se desarrolló desde el mes de septiembre 2019 hasta el mes de julio 2020, en el Hospital Escuela Eva Perón.

1 Ginecología. Servicio Patología Mamaria, Hospital Escuela Eva Perón.

2 Mastología. Jefe Servicio Patología Mamaria, Hospital Escuela Eva Perón.

3 Mastología. Centro de Mastología. Hospital Escuela Eva perón. Av. San Martín, Granadero Baigorria, Santa Fe. Centro de Mastología. Dorrego 548. Rosario, Argentina.

Correo electrónico:  
lucibeltrangiampereri@gmail.com

## Resultado

Fueron incluidas 34 pacientes en la muestra. El 70.58% de las pacientes accedió a un método de imagen dentro de los 30 días de la presentación del signo o síntoma de sospecha de la enfermedad mamaria. El 52% obtuvo su diagnóstico histológico dentro de los 30 días de realizada la mamografía y/o ecografía y solo el 44% fue operada dentro del mes de realizado el diagnóstico. Se presentaron demoras en el inicio de los tratamientos luego de la cirugía. Todas las pacientes de este trabajo fueron estratificadas según prioridad de contacto con el sistema de salud y esto nos permitió optimizar los tiempos, aún en el contexto de pandemia por Covid-19, gracias al permanente contacto de la navegadora, quien pudo operar como un nexo entre las mujeres y los diferentes servicios del hospital.

## Conclusión

Los resultados del estudio señalan que utilizando la navegación de pacientes como estrategia, se optimizan los tiempos de atención. Pudimos demostrar la importancia de esta estrategia, sobre todo frente a situaciones límite e inesperadas, como representa en la actualidad la pandemia por Covid-19.

## Palabras Clave

Cáncer de mama, Navegación, Demoras, Tiempos de atención, Covid-19.

## *ABSTRACT*

### Introduction

The delay in starting an effective treatment for breast cancer has been shown to negatively reduce the survival rate, it is associated with more advanced stages at diagnosis and the need for more aggressive and costly treatments.

### Objective

To demonstrate that patient navigation is an ideal strategy to reduce delays in care times in patients with breast cancer.

## Materials and method

Prospective descriptive study that combined quantitative and qualitative techniques in which attention times were studied when applying the patient navigation strategy, as a tool to optimize them. The project was developed from September 2019 to July 2020, at the Eva Perón School Hospital.

## Results

34 patients were included in the sample. 70.58% of the patients was able to access to an imaging method within 30 days of the presentation of the suspected sign or symptom of breast disease. 52% obtained their histological diagnosis within 30 days of the mammography and/or ultrasound, and only 44% underwent surgery within a month of the diagnosis. There were delays in starting treatments after surgery. All the patients in this study were stratified according to priority of contact with the health system and this allowed us to optimize times, even in the context of the Covid-19 pandemic, thanks to the permanent contact of the navigator, who was able to operate as a link between women and the different hospital services.

## Conclusion

The results of the study indicate that using patient navigation as a strategy, attention times are optimized. We were able to demonstrate the importance of this strategy, especially in the face of extreme and unexpected situations, as the Covid-19 pandemic currently represents.

## Key words

Breast cancer, Navigation, Delays, Attention times, Covid-19

## *INTRODUCCIÓN*

El cáncer de mama ocupa el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer en la Argentina.<sup>1</sup> Es considerado uno de los principales problemas de salud pública, debido a su elevada incidencia y mortalidad. El índice de curación está directamente relacionado con el estadio al momento del diagnóstico. El tratamiento precoz disminuye en gran medida los procedimientos quirúrgicos radicales y atenúa la repercusión psíquica tanto de la paciente como de su entorno familiar.<sup>2</sup>

Las actividades de prevención primaria en cáncer de mama son fundamentales, sin embargo en la actualidad la herramienta más eficaz para reducir la mortalidad por esta patología es la prevención secundaria, mediante el diagnóstico y tratamiento temprano en la mujer asintomática. Las posibilidades de curación de las mujeres con cáncer de mama en estadios 0 y I superan el 90%, para el estadio II rondan el 75%, mientras que para el estadio III se reducen a un 30%. Las pacientes con tumores metastásicos tienen una supervivencia de 24 meses con amplias variaciones, según la biología de la enfermedad.<sup>3</sup> Por lo tanto, la variable “estadio al diagnóstico” es crítica a la hora de establecer un programa que tenga como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad.

La detección temprana resulta en tumores más pequeños y con mayor potencial de curación, sólo si está asociada a procedimientos diagnósticos y terapéuticos eficientes y oportunos.<sup>4</sup> Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer, la paciente debe ingresar en la etapa terapéutica para cumplir con el tratamiento quirúrgico, radiante y sistémico, según sea pertinente a su situación clínica.

El impacto negativo de las demoras está ampliamente demostrado en la literatura. Una espera de más de 60 días para iniciar el tratamiento después del diagnóstico de cáncer de mama, se asocia con un aumento significativo de riesgo de muerte en pacientes con estadios avanzados. Sin embargo, en estadios tempranos este tiempo de espera no influiría de la misma manera.<sup>5</sup> Varios estudios poblacionales intentaron explicar si la demora en realizar una cirugía con intento curativo en los pacientes con cáncer de mama se asoció con un aumento de la recaída locoregional y/o con una disminución de supervivencia global.<sup>6</sup> Uno de estos estudios realizado en pacientes con cáncer de mama operable encontró que un intervalo de más de 12 semanas entre el diagnóstico y la cirugía de mama podría estar asociado con una disminución de la supervivencia para los pacientes con una presentación mamográfica, pero parecería no tener ningún efecto sobre la supervivencia de los pacientes que presentan un tumor mamario palpable.<sup>6</sup> Finalmente, un estudio retrospectivo demostró que las pacientes en quienes la cirugía se demoró más de 30 días y tuvieron una demora de más de 60 días en el inicio de la quimioterapia adyuvante tenían un impacto negativo en la supervivencia global.<sup>7</sup>

Un factor que limita las posibilidades de supervivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, es la falta de articulación entre el proceso de detección, el diagnóstico y el circuito terapéutico.<sup>8</sup> Los esfuerzos deben focalizarse, no sólo en la implementación de estrategias de detección precoz, sino también en asegurar que las muje-

res con hallazgos sospechosos accedan a un estudio diagnóstico y en el caso de que se diagnostique enfermedad, garantizar el acceso a un adecuado tratamiento sin demoras. En la Argentina, el acceso gratuito a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama está incluido dentro del PMO (Programa Médico Obligatorio).

## OBJETIVO

### **Estrategia: navegación de pacientes**

La atención del cáncer de mama, requiere de un abordaje articulado que vincule el sistema de salud público, la paciente, así como otros prestadores de servicios que faciliten y promueven el bienestar de esas mujeres y sus familiares. Por lo tanto, la navegación se encuentra dentro de las líneas de acción de la promoción de la salud para reorientar los servicios sanitarios, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y de la atención que recibe en los servicios de salud.<sup>4</sup> Esta intervención integra los determinantes sociales de la salud y, de esta forma, promueve una respuesta social que permite establecer acciones auto gestionadas, sostenibles y realistas para mejorar, progresivamente, el estado de salud de las poblaciones y de los individuos, en un contexto determinado.

La estrategia de navegación es una forma de asistencia individualizada ofrecida a las pacientes, sus familias y cuidadores para ayudarlos a superar las barreras que impone el sistema de salud y facilitarles el acceso oportuno al tratamiento médico y psicológico de calidad.<sup>9</sup>

El navegador debe ser una persona que conozca el funcionamiento de los servicios de salud involucrados con el cuidado del paciente. Además deberá formar parte o tener amplio conocimiento de la población a servir.<sup>10</sup> Es importante que se caracterice por una actitud paciente y comprensiva con los pacientes y que tenga la capacidad de operar un sistema informático como SITAM (Sistema de Información de Tamizaje).

El propósito principal de la navegación es reducir los tiempos de espera de la paciente con cáncer de mama en los servicios de salud públicos de nuestro país, así como también disminuir las barreras que se presentan en su ruta de atención. Dentro de sus objetivos principales, se destacan:

- Acompañar a las pacientes con cáncer de mama en cada una de las etapas del proceso diagnóstico/tratamiento.
- Guiar y empoderar a la paciente con cáncer de mama sobre su patología y su navegación en el sistema de salud.

- Contrarrestar las barreras que se puedan presentar a lo largo del proceso.

Las navegadoras cumplen funciones como: identificación, apoyo y búsqueda de soluciones integrales ante las necesidades médicas, informativas y complementarias de las pacientes con cáncer de mama, establecimiento de estrategias de concientización efectivas para alcanzar a las personas con carencias y/o abandono del tratamiento, apoyo a las pacientes a solventar las diversas barreras que se presenten durante el proceso de atención de la enfermedad y, por último, desarrollo e implementación de un proceso de evaluación para mejorar la calidad, oferta y el acceso a los servicios.<sup>11</sup>

### Antecedentes

Como instancia previa a este estudio, se propuso evaluar los cuatro tiempos de atención en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y los distintos condicionantes de posibles demoras en el sistema de salud público. Para ello, se llevó a cabo el estudio "Demoras en el proceso de atención en pacientes con cáncer de mama en dos hospitales públicos de la provincia de Santa Fe" publicado en 2016 en la Revista Argentina Salud Pública<sup>12</sup>, el cual demostró que existen retrasos en todos los tiempos de atención, desde la sospecha diagnóstica hasta el inicio del tratamiento adyuvante.

El trabajo incluyó una muestra de 62 pacientes, el 20,3% obtuvo su diagnóstico dentro del mes posterior a la mamografía y/o ecografía, y sólo la mitad fue operada dentro del mes posterior al diagnóstico. El 60% de las pacientes con necesidad de quimioterapia adyuvante y el 72,4% con necesidad de radioterapia tras la cirugía tuvieron demoras mayores a 60 días. Ninguna de las pacientes en estadio IV comenzó el tratamiento antes de los 30 días.

La Guía del Programa Nacional de Cáncer de Mama, recomienda que desde la obtención de un resultado mamográfico alterado hasta el diagnóstico anatomopatológico, no deben transcurrir más de cuatro semanas. El tratamiento quirúrgico debe ser llevado a cabo dentro del mes de conocida la biopsia. Con respecto al tratamiento radiante, este debe iniciarse dentro de las ocho semanas posteriores a la cirugía. En caso de indicarse quimioterapia adyuvante, la RT debe ser realizada dentro de los 6 meses post cirugía. En esquemas prolongados, la RT se inicia dentro del mes de la finalización de la QT adyuvante. Finalmente el tiempo entre la cirugía y el inicio de la QT adyuvante no debe superar los sesenta días.<sup>13</sup>

Esta investigación, por un lado aportó evidencia sobre la presencia de demoras en todo el continuo del proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Por otro lado, se evidenció la urgente necesidad de introducir la estrategia de navegación de pacientes, con el fin de eliminar las barreras que se presentan no sólo en el acceso al sistema de salud, sino también durante toda la trayectoria que implica tratamiento y seguimiento a largo plazo de estas pacientes.

Además, fue el puntapié inicial para los proyectos de implementación de navegación en las provincias de Mendoza y Buenos Aires. Entre 2015 y 2016, se realizaron las primeras implementaciones de navegación de pacientes en las mencionadas provincias, coordinadas desde el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama.

El objetivo del presente estudio es demostrar que la navegación de pacientes se presenta como una estrategia idónea y factible al momento de intentar resolver el problema de las demoras en los tiempos de atención en las pacientes con cáncer de mama. Fue diseñado en dos etapas, la primera, fue el momento del reclutamiento de las pacientes y de aplicación de la estrategia de navegación. Se midieron los tiempos entre las diferentes prácticas y se estimaron las demoras en relación a los tiempos recomendados por el Programa Nacional del Cáncer de Mama (PNCM). Se identificaron y solucionaron dificultades en el acceso al sistema de salud, así como también se brindó asesoramiento y contención a pacientes y familiares/cuidadores. En la segunda etapa se evaluaron los diferentes tiempos con el objetivo de conocer si efectivamente la navegación se presenta como una estrategia viable que permite acortar los tiempos en salud.

## ***MATERIALES Y MÉTODO***

Se utilizó un diseño descriptivo prospectivo que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas. Fueron elegibles todas las mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama y también aquellas que se encontraban en etapa de tratamiento (cirugía, radioterapia y/o tratamiento sistémico) entre el 1 de septiembre 2019 y el 31 de julio del 2020 en un hospital público de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, República Argentina.

Se emplearon diversas fuentes de información (registros e historias clínicas de los servicios de diagnóstico por imágenes, patología mamaria, anatomía patológica, oncología y radioterapia) con el objetivo de cubrir todas las “puertas de acceso” de las pacientes al diagnóstico

y el tratamiento del cáncer de mama. En base a estas fuentes se consolidó una base de datos con fechas, procedimientos y resultados, así como datos sociodemográficos de las pacientes

Para el análisis de las trayectorias de las pacientes se definieron cuatro tiempos de atención:

- **Tiempo 1:** desde la aparición de un síntoma o un signo de sospecha de cáncer de mama hasta la fecha de la mamografía y/o ecografía, independientemente del resultado de la misma. En las pacientes con tumores metastásicos de inicio se consideró la fecha del procedimiento que condujo a la sospecha diagnóstica.
- **Tiempo 2:** desde la fecha de la realización de la mamografía y/o ecografía hasta la fecha en que se realizó la biopsia que confirmó el diagnóstico de cáncer de mama. En las pacientes con tumores metastásicos de inicio se consideró desde la fecha del procedimiento que condujo a la sospecha diagnóstica hasta la obtención de la biopsia.
- **Tiempo 3:** desde la fecha en que se realizó el diagnóstico histológico hasta la fecha de inicio de tratamiento (cirugía, radioterapia, tratamiento sistémico).
- **Tiempo 4:** desde la fecha de inicio del tratamiento indicado (radioterapia, tratamiento sistémico) hasta su finalización. En las mujeres con tumores estadio IV este tiempo no fue analizado. En el caso de la hormonoterapia adyuvante sólo se analizó el tiempo al inicio del tratamiento.

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva para el análisis de los tiempos y las demoras.

El estudio se realizó en el Hospital Escuela Eva Perón (HEEP). Hospital público general ubicado en la ciudad de Granadero Baigorria, área metropolitana del Gran Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. Depende del Ministerio de Salud de la Provincia, y es manejado parcialmente por una comisión electa. Ubicado en la Av. San Martín 1645, sobre la RN 11. Cuenta con 137 camas para pacientes agudos. Presta servicios al norte del Gran Rosario (Granadero Baigorria, Ibarlucea). Es hospital base de 9 centros de salud, en el Área Programática I de la Zona VIII. Anualmente, este hospital recibe aproximadamente 1200 y 720 consultas anuales al servicio de patología mamaria y diagnóstica entre 40 y 20 cánceres de mama por año aproximadamente.

El protocolo del estudio contó con la aprobación de los Comités de Docencia e Investigación de los hospitales participantes. Se siguieron los criterios de la Declaración de Helsinki y la información relevada

fue tratada confidencialmente de acuerdo a lo que fija la Ley Nacional 25362/2000 de Protección de los Datos Personales. Este estudio fue financiado por un subsidio del Instituto Nacional del Cáncer.

### **Navegación de pacientes en contexto de pandemia por COVID-19**

El desarrollo de este estudio se vio afectado por la aparición de la enfermedad causada por COVID-19, la cual se ha extendido rápidamente a nivel mundial y ha sido declarado una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto provocó un cambio en la forma de trabajo y debimos adaptarnos a una nueva forma de llegada a las pacientes, disminuyendo el contacto presencial.

Numerosos pacientes con cáncer visitan con frecuencia el hospital para recibir tratamiento y vigilancia de enfermedad. Muchas de ellas inmunocomprometidas y con un mayor riesgo de desarrollar infecciones. Estos pacientes presentan un riesgo mayor de contraer COVID-19 en comparación con la población general.<sup>13</sup> Por ello surge la necesidad urgente de abordar el impacto de dicha situación en los pacientes con cáncer. Actualmente y debido a los datos limitados, no existen pautas internacionales para abordar el manejo de pacientes con cáncer de mama en una pandemia de estas características.

En tiempos de COVID-19, muchas situaciones han sido abordadas de manera remota, es por esto que el proyecto cuenta con un número telefónico para que las pacientes puedan contactar de forma directa con la navegadora.

### **Elaboración de Ficha de control**

Para conocer los avances y logros del proyecto de navegación fue necesario contar con un instrumento que permitiera la recolección de datos de las pacientes. No solamente datos generales sino también información con respecto al proceso de atención dentro del hospital. Con este fin se elaboró una ficha de control. Este es un medio físico de recolección de datos como: edad, sexo, datos sobre diagnóstico, localización, tratamiento y rehabilitación. Además brinda información sobre generalidades de cáncer de mama, datos sobre métodos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Con el objetivo de que las pacientes puedan tener acceso a datos útiles sobre su enfermedad y también para que todos los profesionales puedan tener un acceso rápido y resumido del estado de salud de la paciente. La ficha debe completarse de forma prospectiva, para evitar sesgos de confusión y olvido por parte de la navegadora.

La ficha se desarrolla por duplicado. Cada paciente guarda una copia y la navegadora tendrá la versión digital.

## RESULTADO

Fueron ingresadas en este estudio 34 mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, desde el mes de Septiembre 2019 hasta julio 2020.

Dentro de los motivos de consulta de las pacientes, el 76% contactó con el sistema de salud por nódulo palpable y 5% con síntomas asociados como secreción por el pezón, úlcera, etc. Sólo el 5% de los casos obtuvo el diagnóstico a partir de estudios de tamizaje. No se pudo evaluar este dato en el 14% de las pacientes.

Con respecto al primer tiempo de atención, pudimos observar que a partir de la presencia de un síntoma o signo de sospecha de enfermedad mamaria, el 70.58% de las mujeres pudo acceder en un tiempo menor o igual a 30 días a un método de imagen (ecografía-mamografía).

Segundo tiempo de atención: en aquellas pacientes en quienes los métodos complementarios arrojaron imágenes sospechosas, pudimos constatar que el 52% de las pacientes evaluadas, pudo acceder a un estudio histológico dentro de los 30 días posteriores.

Tercer tiempo de atención: con respecto al inicio del tratamiento adecuado, es el momento donde se presentaron más demoras, ya que sólo el 44% de las mujeres pudo acceder al mismo en un tiempo menor a 30 días. Estos resultados están relacionados con todos los inconvenientes que fueron necesarios solucionar frente a la pandemia por COVID-19. Se presentaron complicaciones no sólo con respecto a la movilidad de las pacientes y sus familiares, sino también en la disponibilidad de turnos con especialistas, métodos de imágenes, estudios de estadificación y evaluaciones pre-quirúrgicas. El Hospital Escuela Eva Perón, donde fue desarrollado este proyecto, fue elegido para la implementación de un hospital modular para la atención exclusiva de pacientes COVID, con lo cual el servicio se vio obligado a posponer cirugías por Decreto Provincial, ya que sólo se permitían cirugías con carácter de urgencia.

Cuarto tiempo de atención: la duración de los tratamientos quimioterápicos y de la radioterapia (tiempo 4) excedió los parámetros esperados, en comparación el estudio de Mignini et al. superando los

valores de este estudio que fueron: 38.1% y 25.6% respectivamente; lo cual señala la persistencia de barreras para completar dichos tratamientos en tiempos óptimos.

## *DISCUSIÓN*

El cáncer de mama es una enfermedad compleja cuyo manejo requiere de la participación de múltiples especialistas y tecnologías involucrados a su vez en múltiples etapas del proceso de atención.<sup>20</sup> Diversos servicios deben estar apropiadamente coordinados para evitar discontinuidades en el proceso y con ello, reducir posibles demoras.

De acuerdo a nuestro conocimiento, este es el primer estudio que analiza la estrategia de navegación de pacientes y su impacto en los tiempos de atención de las pacientes con cáncer de mama en Argentina. Con sus limitaciones, ofrece un diagnóstico de situación de un problema que afecta la calidad de la atención y la satisfacción de las pacientes.

Luego de aplicar la estrategia de navegación de pacientes, se compararon resultados con el trabajo publicado por Mignini et al.<sup>12</sup> Pudimos observar mejoras en los tiempos de atención. Gracias al contacto estrecho de la navegadora con las pacientes, pudimos estudiar el tiempo transcurrido desde la aparición del signo o síntoma de sospecha hasta la realización del método de imagen (tiempo 1). El 70.58% de las pacientes ingresadas, accedió al mismo en un periodo menor o igual a 30 días. Este primer tiempo no pudo ser comparado con el trabajo de Mignini et al. ya que en dicho estudio, no fue posible calcular el tiempo 1 ni las demoras correspondientes a la etapa anterior al primer contacto de la mujer con el sistema de salud (debido a la falta de datos completos en los registros). Con respecto al segundo tiempo de atención (desde la sospecha imagenológica hasta la confirmación histológica), se pudo comprobar una mejora del mismo, si comparamos el resultado del 20% de las pacientes en el estudio predecesor con un 52% en nuestro trabajo de mujeres que pudieron acceder a la biopsia en un periodo menor a 30 días.

En contrapartida, el tercer tiempo de atención, es decir el acceso a un tratamiento oportuno, se vio prolongado en nuestro trabajo (50% vs. 44%) y esto puede ser explicado por las demoras secundarias al contexto de pandemia.

La duración de los tratamientos quimioterápicos y de la radioterapia (tiempo 4) excedió los parámetros esperados de forma similar a los sucedido en el estudio de Mignini et al. (un 40% vs 38.1% y 35% vs 25.6% respectivamente) lo cual señala la existencia de problemas para completar dichos tratamientos en tiempos óptimos. Pensamos que el contexto de pandemia, afectó negativamente este momento de atención el cual está directamente relacionado con los traslados continuos para acceder tanto a la quimioterapia como a la radioterapia. Con respecto a esta última, el proceso es más engorroso todavía ya que las pacientes de la Ciudad de Baigorria, deben dirigirse al centro de la ciudad de Rosario, para llevarlo a cabo.

Una de las limitaciones de este estudio es el reducido número de pacientes y el hecho de que se incluyeron exclusivamente pacientes atendidas en el Hospital Escuela Eva Perón, perteneciente al sistema público de salud.

Con respecto a la relevancia de este trabajo, podemos destacar que permitió visibilizar el impacto positivo que se obtiene a través de la estrategia de navegación de pacientes, con respecto a la mejora de las demoras en el proceso de atención de las pacientes con cáncer de mama. Se brinda información crítica con el objetivo de que sea utilizada como base para el futuro desarrollo de intervenciones que mejoren la trayectoria de las mujeres y sus familias dentro del sistema de salud.

Este trabajo corresponde al análisis cuantitativo de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la estrategia de navegación de pacientes, con el objetivo principal de reducir las demoras en los tiempos de atención. Se presentará el análisis cualitativo de este trabajo, en un estudio posterior.

## **CONCLUSIÓN**

La conclusión general es que gracias a la herramienta de navegación, se pudo obtener una optimización en dos de los cuatro tiempos de atención. Se demuestran las ventajas de la navegación de pacientes como estrategia en los servicios de patología mamaria. Resulta fundamental optimizar su implementación para promover la mejora de los tiempos en salud y disminuir las demoras.

Con este estudio esperamos contribuir con la optimización del abordaje de las pacientes con cáncer de mama. Con el objetivo principal de no sólo mejorar el acceso de las mujeres y sus familias, sino también promover el trabajo interdisciplinario y en equipo de los agentes de salud.

## ***AGRADECIMIENTOS***

Al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Eva Perón

## **ABREVIATURAS**

OMS: Organización Mundial de la salud

CM: Cáncer de mama

PMO: Programa médico obligatorio

SITAM: Sistema de información para el tamizaje

RITA: Registro institucional de tumores de Argentina

INC: Instituto Nacional del Cáncer

PNRP: Patient Navigation Research Program

PNCM: Programa Nacional de Cáncer de Mama

QT: Quimioterapia

QTN: Quimioterapia Neoadyuvante

RT: Radioterapia

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

COVID-19: Coronavirus 19

SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

CCM: Cirugía conservadora mamaria

RLR: Recurrencia locorregional

SLE: Sobrevida libre de enfermedad

SG: Sobrevida global

SITAM: Sistema de Información de Tamizaje

## REFERENCIAS

1. Viniegra, M., Paolino, M. & Arrossi, S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. (2010). ◀
2. Sáenz Madrigal, R., Gutiérrez Miranda, M., Alvarado Prado, R., Bejarano Sandoval, A. & Monge Hernández, K. Sistematización de la Experiencia de Navegación de Pacientes de Cáncer de Mama. 1°- Ed 51 (2012). ◀
3. Hoffman, H. J. et al. Patient Navigation Significantly Reduces Delays in Breast Cancer Diagnosis in the District of Columbia. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 21, 1655–1663 (2012). ◀
4. Ko, N. Y. et al. Can Patient Navigation Improve Receipt of Recommended Breast Cancer Care? Evidence From the National Patient Navigation Research Program. *J. Clin. Oncol.* 32, 2758–2764 (2014). ◀◀
5. McLaughlin, J. M. et al. Effect on Survival of Longer Intervals Between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation Among Low-Income Women With Breast Cancer. *J. Clin. Oncol.* 30, 4493–4500 (2012). ◀
6. Bleicher, R. J. et al. Preoperative Delays in the US Medicare Population With Breast Cancer. *J. Clin. Oncol.* 30, 4485–4492 (2012). ◀
7. Lohrisch, C. et al. Impact on Survival of Time From Definitive Surgery to Initiation of Adjuvant Chemotherapy for Early-Stage Breast Cancer. *J. Clin. Oncol.* 24, 4888–4894 (2006). ◀
8. Basu, M. et al. The effect of nurse navigation on timeliness of breast cancer care at an academic comprehensive cancer center: Nurse Navigation and Timeliness of Care. *Cancer* 119, 2524–2531 (2013). ◀
9. Marshall, J. K. et al. Effect of Patient Navigation on Breast Cancer Screening Among African American Medicare Beneficiaries: A Randomized Controlled Trial. *J. Gen. Intern. Med.* 31, 68–76 (2016). ◀
10. Amelie G. Ramírez, *Redes En Acción*, at the Institute for Health Promotion, Research at the University of Texas Health Science Center at & San Antonio. *Manual de Navegación de Pacientes Latinos: La Experiencia de Redes En Acción.* 39 (2013). ◀
11. Thorpe, C. W. Harlem Hospital's Journey to Patient Navigation. *Survive Thrive J. Med. Humanit. Narrat. Med.* 3, 11 (2017). ◀
12. Mignini, L. et al. Demoras en el proceso de atención de pacientes con cáncer de mama en dos hospitales públicos de la provincia de Santa Fe. *Rev Argent Salud Publica* 7, 21–26 (2016). ◀◀
13. de Azambuja, E. et al. ESMO Management and treatment adapted recommendations in the COVID-19 era: Breast Cancer. *ESMO Open* 5, e000793 (2020). ◀◀

## DEBATE

**Dr. Terrier:** Lo bueno de este trabajo sería que conscientice un poco a los médicos. A veces uno sabe que los tiempos son malos pero no sabe en dónde están y por lo menos saber a dónde están. Incluso toman tiempos que en algunos casos son los de mínima, no son los ideales. La literatura hoy existe y es bueno compararse aunque tampoco hay que exagerar, pero si uno lo lleva a los programas internacionales de acreditación de los centros de mastología, hay tiempos ideales que por acá son de 30 y en otros son de 7. Me interesaría saber, que por ahí no está tan claro, por lo menos en esta presentación, a lo mejor sí en el trabajo escrito que yo lo vi y lo tenemos pero no lo leí tan a fondo, cuando hablás de la implementación de la navegación, quiénes son, cómo es el contacto con la paciente, nos podrías contar un poco más de eso.

**Dra. Beltrán:** En principio, este trabajo lo hicimos mediante una beca del INC. En el primer trabajo fui la navegadora durante ese procedimiento y en el trabajo que vamos a presentar ahora es una compañera. El sistema de navegación fue nuestro en ese entonces, no tenemos sistema de navegación en la unidad.

**Dr. Terrier:** ¿Quiénes son y qué formación tienen los navegadores? ¿Hay cursos de formación de navegadores?

**Dra. Beltrán:** En estos dos casos fuimos médicas tocoginecólogas que nos estamos formando en mastología y que presentamos este proyecto que nos pareció interesante para obtener una beca y lo hicimos ese año de esa forma.

**Dr. Terrier:** La buena voluntad del residente de primer año.

**Dra. Beltrán:** Quiero destacar que si bien nosotros hicimos ese trabajo, hubo residentes, secretarias y también hasta familiares que actuaron de navegadores, pero en este caso fuimos nosotras, en estas dos oportunidades.

**Dra. Azar:** Cuando te escuchaba pensaba: en un sistema de salud que funcione uno no debería necesitar navegadores. Por otro lado que el navegador sea un médico especialista es una dilapidación de recursos que da muchísima tristeza, en ningún lugar del mundo un navegador es médico. Eso da la pauta de lo que significa hoy ser médico en la Argentina. Esto de los navegadores, que lo inventó el INC, es nada más que mostrar la falencia de la atención de los pacientes con cáncer. Porque es lo mismo que el doctor que trabaja en el Mater Dei me llame por teléfono y me diga "¿vi una paciente que no tiene obra social, la podés ver en el Roffo?". Ese es el navegador. El hacerle un favor a otro para acelerar el tiempo en llamar al imagenólogo para ver si le puede hacer la biopsia. Pero les quiero contar algo peor, los tiempos hoy cada vez son mayores y también en el ámbito privado, porque no hay agujas, reactivos para la inmunohistoquímica, ya estamos viendo el retardo no solamente en la esfera pública si no en el privada.

**Dra. Beltrán:** Lo que vimos al tener la experiencia personal, más allá de la barrera científica en sí, es una mejoría en la trayectoria y el bienestar de la paciente cuando sale del consultorio del mastólogo, las recibimos nosotras y les damos más información y educación al respecto de su situación. Esto es ¿qué entendiste?, ella contesta esto. Bueno mirá, tu tratamiento va a ser así, estas son las etapas, cualquier duda que tengas nos podés llamar, esa posibilidad del contacto directo, quizás, en un futuro pueda ser a través de una enfermera o alguien capacitado para eso, que esté al tanto de tu cuadro clínico y que pueda hacer un seguimiento, creo que esto tiene beneficios sociales también. Que esté la entidad de alguien coordinando. Me parece que esto es beneficioso más allá de eliminar la barrera en sí.

**Dr. Terrier:** Todo lo que mejore es beneficioso, por ahí como decían, para mejorar algunas cosas se está utilizando personal que no es el adecuado.

**Dra. Beltrán:** Quisimos hacer el trabajo a modo ilustrativo y la idea es que, por ejemplo, nosotros en la unidad no tenemos navegadora, pero a partir de este proyecto pedimos la incorporación de una persona, que va a ser una enfermera y la vamos a capacitar para ingresar a pacientes a SITAM y que esté todo bien digitalizado.

**Dr. Terrier:** Hay experiencias con enfermeras bien entrenadas, con trabajadores sociales, en algunos lugares he visto en el exterior que hay cursos específicos de formación de navegadores, en EE.UU. sobre todo. Pero en definitiva es un personal bien entrenado.

**Dra. Sosa:** No sé si en todas las provincias la tienen, pero la figura del navegador, en algunos casos, es el agente sanitario. Es la persona que se encarga no solo de las barreras en salud y de los turnos si no también de la parte social, demográfica y de accesibilidad al sistema de salud y a las localidades, cuando están lejos, a trabajar con las comunidades de fomento, con los municipios, con los intendentes. También a las pacientes que tienen trabajo informal, que no tienen sueldo y que dejan de trabajar, los municipios, a veces, le dan ayuda económica para que no les corten la luz, el agua y el gas y puedan acceder a su tratamiento. Todo eso es parte importante y fundamental de la figura del navegador, no solamente el turno con nosotros.

**Dr. Terrier:** Sí, tiene una parte médica y una parte social.

**Dra. Sosa:** Claro, si uno lo mira desde ese punto de vista, si se invierte y se capacita bien a las personas que hay que formar, es una excelente ayuda para todos nosotros y para eliminar las barreras.

**Dr. Terrier:** Sí, es un paliativo para un sistema de salud que está en crisis y explotado.

**Dr. Silva:** Felicidades por el trabajo, muy bueno. El tema conflictivo, como dijo la doctora Azar, es usar un recurso médico para hacer una tarea, mitad médica, mitad administrativa. Creo que en la unidad de mastología que trabaja eso puertas

adentro, se agiliza bastante. Como el tema es tan grande, tan diverso, con problemáticas, hay que capacitar personal, como decía la doctora, para que acerque todas esas dificultades que fueron manifestando. Porque es la dificultad viva que vemos todos los días y sabiendo que tenemos recursos, creo que para poder mejorar hay que tratar de incentivar y aplicarlo, porque yo como médico termino el consultorio y me quiero desligar de todo.

**Dra. Beltrán:** Considero que este método también es un beneficio para el médico en ese sentido. El problema básico, aparte del recurso humano que hay ganas de hacerlo, es económico, porque nosotros fuimos a pedir que haya un navegador pero no hay sueldos para esa persona. La idea es que a través de esta presentación aunque sea vamos a arrancar en la parte privada a mostrar esto y decir, bueno, necesitamos una enfermera que venga de otro lado, no generar un puesto nuevo, sacarla de acá y ponerla a trabajar en navegación.

**Dr. Silva:** Incluso tu navegador puede hacer al doctor de San Juan porque tiene cientos de mastología en el hospital Rawson, acercar eso, esa dificultad que tiene el doctor en el centro de salud puede acercar y es el navegador.

**Dra. Beltrán:** Es ir a buscar a la paciente, a la inversa de lo que uno está acostumbrado.

**Dr. Bustos:** Es muy lindo el concepto del navegador, está muy bueno todo lo que mostraste, realmente te felicito. Pero en la Argentina práctica, como dijo la doctora Azar estamos viviendo una situación muy crítica hoy, e incluso en la parte privada, donde mandás a hacer una biopsia y te comunicás con el imagenólogo para apurarlo y te dice, no tengo insumos. No sé si te está pasando a vos en Rosario, pero por ejemplo charlando con el doctor Lerer, el otro día hablábamos sobre la falta de insumos o si hay son muy limitados.

**Dr. Terrier:** Tenemos todo muy limitado. Me ha vuelto una paciente sin poder hacer la resonancia por falta de gadolinio, poco porque generalmente es privado, pero ya se está viendo.

**Dr. Bustos:** Incluso las prepagas importantes tienen no sé por qué una morbosa demora en autorizar los estudios e incluso la tenés a la paciente programada para un día de cirugía y el día anterior la llaman para decirle que se postergó y la van a mandar a otro lugar. Así que eso, por más navegador que tengamos, que es muy lírico, hay otras cosas en el transcurso de la paciente con el cáncer de mama ya diagnosticado, que no lo podemos manejar nosotros, por más que nos apuremos, porque todos los que hacemos acá mastología tratamos de que la paciente debe iniciar a la brevedad su tratamiento, sea quirúrgico inicial o neoadyuvancia, pero no estar perdiendo tiempo.

**Dra. Arrupe:** Nosotros en el Sanatorio de La Cañada, en Córdoba, tenemos una población muy grande de PAMI y lo que solucionó mucho el tema es que han puesto una oficina de PAMI especial, llena de secretarias y de parte administrativa, donde uno puede enviar a la paciente y le explican todo de nuevo, lo que uno ya le informó en el consultorio. Eso nos agilizó un montón. También está el trabajo de los médicos y de los residentes identificar a la paciente que más lo necesita, la que viene sola. La que no está acompañada por un familiar y recibe sola la noticia impactante que uno le está diciendo y no escucha más. Te das cuenta de que está ahí presente pero que no te escucha, está sola, así que o le damos un celular o un mail o algo porque cuando llega a la casa le cae toda la información de golpe y ahí empieza a preguntar. Así que esta oficina de PAMI ha solucionado mucho el tema por suerte.

**Dra. Beltrán:** Como si fuera una especie de “navegación espontánea”.

**Dr. Terrier:** Muchas gracias doctora Beltrán.