

EL IMPACTO DE LA FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL ABORDAJE DE UNA PACIENTE CON CÁNCER DE VULVA AVANZADO.

AUTORES: BLANCHE, Georgina; SARMIENTO Anaclara;

Hospital SAMCo “DR. Alonso Criado”

Janssen 2693, Esperanza Santa Fe, CP 3080;

03404 15502464

anaclara_sarmiento@hotmail.com

Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada/ Atención de problemas de salud- enfermedad- cuidado.

Objetivo general: Relatar el caso clínico de una paciente con cáncer avanzado y las dificultades en su abordaje y seguimiento como reflejo de un sistema de salud fragmentado.

El caso se desarrolla en el SAMCo Dr. Alonso Criado, Hospital de segundo nivel, en Esperanza, Santa Fe, abordado por residentes de primer año.

Los tumores malignos de vulva son poco frecuentes, predominando en la postmenopausia; el tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide asociado a neoplasia intraepitelial. El diagnóstico se realiza mediante biopsia y la estadificación es quirúrgica. La supervivencia global es 70% a 5 años. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes surge un modelo asistencial: cuidados paliativos, conformados por equipos multidisciplinarios cuyo accionar, en éste caso en particular, se encuentra obstaculizado por la escasa articulación entre niveles provocando la fragmentación del sistema.

Palabras clave: cáncer de vulva; fragmentación; equipo paliativo; multidisciplinaria.

Soporte técnico: Proyector y pantalla.

EL IMPACTO DE LA FRAGMENTACION DEL SISTEMA DE SALUD EN EL ABORDAJE DE UNA PACIENTE CON CANCER DE VULVA AVANZADO

BLANCHE, Georgina; SARMIENTO Anaclara;

Médicas residentes de primer año de Medicina General y Familiar de la ciudad
de Esperanza, Santa Fe

Hospital SAMCo “DR. Alonso Criado”
Arnoldo Janssen 2693, Esperanza Santa Fe, CP 3080;

Tel: 03404 15502464 Email: anaclara_sarmiento@hotmail.com

Julio – Agosto 2019

Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada/Atención de problemas de salud-
enfermedad-cuidado

Descripción de la experiencia:

Objetivo general: Relatar en caso clínico de una paciente con cáncer de vulva avanzado y las dificultades en su abordaje y seguimiento como reflejo de un sistema de salud fragmentado

Contextualización: El caso clínico transcurrió entre los meses Julio-Agosto en la ciudad de Esperanza, provincia de Santa Fe, ubicada a 38 kilómetros de la capital provincial, la misma tiene aproximadamente 42.000 habitantes. Con respecto al sistema de Salud pública se cuenta con un SAMCo Dr Alonso Criado, Hospital de segundo nivel y sede de Residencia en Medicina General y Familiar hace 25 años, conformado por múltiples profesionales de diferentes especialidades que desarrollan sus actividades en consultorios externos, en la guardia central, en el quirófano donde se realizan cirugías programadas y de urgencia de baja complejidad y que además cuenta con la sala de parto y recepción y las salas de internación. Dentro de la institución se encuentran las oficinas de administración, farmacia, asistencia social, salas de radiografía, mamografía, vacunación, laboratorio y rehabilitación. Por último hay cuatro Centros de Atención Primaria de Salud en los barrios periféricos de la ciudad.

Descripción de los autores: Quienes participamos en el abordaje y seguimiento de éste caso clínico somos médicas residentes de primer año de la especialidad Medicina General y Familiar, sede Esperanza- Santa Fe. Desarrollamos nuestras actividades en el Hospital SAMCo Dr. Alonso Criado, y en los Centros de Atención Primaria de Salud: “Ceferino Namuncurá” del barrio los Troncos al sur de la ciudad, y “Barrio Unidos” al este de la ciudad. Es la primera vez que participamos en un Congreso y presentamos este tipo de material.

Marco teórico de referencia: Los tumores malignos de la vulva son entidades poco frecuentes que se presentan generalmente en la posmenopausia y cuyo tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide asociado a una neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) diferenciada. Suelen manifestarse clínicamente a través de una lesión vulvar, roja o blanca, que puede ser exofítica o ulcerada o tener aspecto condilomatoso, asociada a prurito genital. El diagnóstico definitivo se realiza a través de la toma de biopsia amplia.

El cáncer de vulva se propaga por extensión directa a estructuras adyacentes como uretra, vagina, periné, ano y recto; por embolización linfática o por diseminación hematológica a pulmón, hígado y hueso¹.

La estadificación del cáncer de vulva es quirúrgica (FIGO 2009) y está compuesta por cuatro estadios:

0- Carcinoma in situ

I- Tumor localizado en vulva y/o perine ≤ 2 cm con ganglios negativos

IA invasión estromal < 1 mm

IB invasión estromal > 1 mm

II- Tumor de cualquier tamaño con extensión a las estructuras perineales adyacentes ($\frac{1}{3}$ inferior de uretra, $\frac{1}{3}$ de vagina, ano) con ganglios negativos

II- Tumor de cualquier tamaño con compromiso de uretra distal, vagina o ano y ganglios inguinofemorales positivos

IIIA1 con un ganglio metastático ≥ 5 mm

IIIA2 uno o dos ganglios linfáticos metastásicos ≤ 5 mm

IIIB1 Con dos o más ganglios metastásicos ≥ 5 mm

IIIB2 Tres o más ganglios metastásicos < 5 mm

IIIC Ganglios positivos y diseminación extracapsular

IV- Tumor que invade otras regiones ($\frac{2}{3}$ superiores de uretra, $\frac{2}{3}$ de vagina) o estructuras distantes

IVA1 tumor que invade la uretra superior y/o mucosa vaginal, mucosa vesical, mucosa rectal o fijo al hueso pélvico

IVA2 ganglios inguinofemorales fijo o ulcerados

IVB cualquier metástasis a distancia, incluye ganglios pélvicos positivos.

Se considera enfermedad avanzada aquellos casos con tumores que comprometen el ano, el recto, el tabique rectovaginal o la uretra proximal.

Durante muchos años el tratamiento para el cáncer invasor fue la vulvectomía radical en bloque asociada a linfadenectomía inguinofemoral y pelviana, si bien con este tratamiento agresivo los índices de supervivencia mejoraron, la tasas de complicaciones y el deterioro de la calidad de vida continuaron siendo importantes. La alta mortalidad posoperatoria, el largo

tiempo de hospitalización y la concientización acerca de los trastornos psicosexuales que estas cirugías acarrearán fueron factores para modificar los esquemas terapéuticos.

El tratamiento de elección es quirúrgico y se asocia con radioterapia a partir del estadio II. La supervivencia global supera el 70% a los 5 años²

Seguimiento del paciente:³

Después del tratamiento primario quirúrgico, el esquema de seguimiento sugerido es

- Primer seguimiento, 6 - 8 semanas postquirúrgicas.
- Cada 3 - 4 meses, los primeros dos años.
- Bianualmente, el tercer y cuarto año.
- Después de ello, seguimiento a largo plazo, especialmente en casos de enfermedad vulvar predisponente.

El seguimiento después del tratamiento quirúrgico debe incluir exámen clínico de la vulva e ingles

Después del tratamiento radical (quimio) radioterápico, el esquema de seguimiento sugerido es:

- Primera visita de seguimiento, 10 - 12 semanas tras fin de tratamiento (quimio) radioterápico.
- Cada 3 - 4 meses, los primeros dos años.
- Bianualmente, tercer y cuarto año.
- Después de ello, seguimiento a largo plazo, especialmente en casos de enfermedad vulvar predisponente

El cambio en los patrones de morbilidad y el aumento de la expectativa de vida de la población determinaron un aumento en el número de pacientes que cursan Enfermedades con Riesgo de Vida en Estadio Avanzado (ERVEA) . Estos pacientes tienen múltiples síntomas y problemas de salud, psíquicos y emocionales sociales y existenciales; están expuestos al sufrimiento por un período variable de tiempo con declinación clínica y progresiva, lo cual tiene importante repercusión en ellos mismos y su entorno.

Cuidado Paliativo: Es un modelo asistencial que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades potencialmente letales y la de sus familias. Se focaliza en la prevención y el control del sufrimiento a través de la identificación precoz,

evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales.⁴

En Argentina la evolución del cuidado paliativo en últimos 20 años ha sido muy significativo, sin embargo, se estima que sólo lo reciben entre 1–5 % de los pacientes que lo necesitan.

Es importante considerar que el 70 % aproximadamente de las personas que requieren cuidados paliativos pueden ser tratados en forma ambulatoria en el primer nivel de atención por médicos de familia, clínicos y/o enfermeros que hayan adquirido las competencias básicas.

El resto de los pacientes (30 %) pueden presentar problemas de mayor complejidad que requerirán la intervención de equipos especializados en cuidados paliativos.

Relato de experiencia:

25/06/2019 : Ingresa a nuestro servicio derivada desde el SAMCo de Pilar “J. Vionnet” una paciente femenina de 51 años, con antecedentes de cáncer de vulva avanzado actualmente sin tratamiento en cuidados paliativos, por un cuadro de dificultad respiratoria de 12 horas de evolución.

Al momento del ingreso no contaba con ningún estudio complementario que certifique el diagnóstico de su enfermedad avanzada por lo que el equipo de residentes de la sala de clínica médica decide comunicarse telefónicamente con profesional que deriva para recabar datos, siendo la comunicación positiva con un amplio informe verbal sobre la situación de la paciente.

Enfermedad actual: Cuadro de 12 hs de evolución caracterizado por dolor tipo puntada de costado, acompañado de disnea de esfuerzo, tos con expectoración y equivalentes febriles.

Examen Físico: Regular entrada bilateral de aire, se auscultan rales crepitantes en base derecha, sin signos de dificultad ventilatoria. Presenta talla vesical. Se constata lesión blanquecina exofítica, friable, sangrante y fétida que compromete uretra, vagina, labios mayores y menores y tabique rectovaginal

Exámenes complementarios:

- Laboratorio: Hb 3,9 microcítica-hipocrómica K 2,1
 - ECG: s/p
 - Rx tórax de frente: Imagen segmentaria radiopaca en base pulmonar derecha compatible con Neumonía
-

Plan de tratamiento: Se transfunden 3 U de sangre ; Potasio de carga y mantenimiento ; Antibiótico: Ampicilina Sulbactam + Clindamicina - Nebulizaciones - Medicación de base: Ranitidina , Jarabe de Morfina 8 ml cada 6 hs.

Paciente continúa en internación con evolución favorable. Permanece toda su estadía sin contención familiar. Se rota antibiótico para probar tolerancia vía oral con buena respuesta. Se realiza laboratorio de control : Hb 7,5 K 3. Se otorga el alta el día 02/07/2019 previa comunicación y referencia con su médica de cabecera. Diagnóstico al egreso: Neumonía aguda de la comunidad

09/07/2019 : Ingresa nuevamente derivada desde SAMCo de Pilar por un cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor pelviano agudo asociado a registro febril. Se decide internación para estudio y abordaje multidisciplinario. Por desconocimiento de la paciente de su patología y falta de exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico, se decide nuevamente comunicación con profesional que deriva, quien en esta circunstancia realiza el envío a nuestro nosocomio de la historia clínica de la paciente. Dichos registros informaron:

11/02/68:	Fecha	de	nacimiento	de	VGR.
1980:	12	años	→		Menarca
1983:	15	años	→	Inicio	de relaciones sexuales
2008:	40	años	→		Menopausia

23/05/2012: 44 años → MC: lesión condilomatosa voluminosa en vulva. Se realiza vulvectomía + biopsia que arroja como diagnóstico: Carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado, de vulva, variante condilomatosa. Márgenes quirúrgicos: contactan sectorialmente con la neoplasia.

10/03/2018: Internación en SAMCo "Dr Jaime Ferré" de la ciudad de Rafaela se desconoce el motivo de consulta. Se registra un laboratorio que informa: Hemoglobina 5.3, Hematocrito 16%, Serologías negativas. Se realiza una ecografía ginecológica que se encuentra normal y una ecografía abdominal normal.

12/03/2018: Continúa en internación Se realiza laboratorio que informa: Hemoglobina 6.5 mg/dl, Hematocrito de 22%. Se realiza una TAC de abdomen y pelvis con contraste que informa: Hepatomegalia con esteatosis. Calcificaciones parietales en aorta abdominal e

ilíacas. Marcado engrosamiento de parte blanda en región vulvar de 40 x 24mm sugestivo de proceso neofornativo primario. Múltiples adenopatías inguinales.

23/03/2018: Paciente cursa internación en Hospital "Iturraspe", en la ciudad de Santa Fe. Se realiza una nueva biopsia de la lesión que informa la presencia de un Carcinoma Bowenoide. Durante la misma internación se realiza un Ateneo Oncológico que informa: Paciente de 50 años menopáusica hace 10 años, sin terapia de reemplazo hormonal, con diagnóstico de carcinoma de vulva en 2012 por lo cual se realizó vulvectomía simple en la localidad de Rafaela, sin controles posteriores, que consulta por presentar lesión vulvar y vulvodinia de varias semanas de evolución.

Antecedentes:

Gineco- obstétricos: G4P2C1Ab1- Menarca 12 años. Inicio de relaciones sexuales: 15 años. Antecedentes patológicos personales niega. Antecedentes patológicos familiares niega. Antecedentes quirúrgicos 2 cesáreas, vulvectomía. Hábitos niega. Tóxicos niega. Alergias niega. PAP 2012 refiere negativo.

06/2018 Internación en Hospital "Iturraspe". El motivo de consulta es: Ginecorragia. Se realiza laboratorio el 22/6 que informa Hemoglobina 6.6 g/dl, Hematocrito 21,3% y el 25/6 que informa Hemoglobina 7,3 g/dl, Hematocrito de 23% plaquetas 113.000 (anemia microcítica hipocrómica) TP 12,4. Serologías no reactivas. Se realiza TAC con informe normal y realiza ecocardiograma que informa: insuficiencia mitral leve. AI moderada dilatación. VI leve hipertrofia ventricular septal. Se otorga alta médica con Sulfato Ferroso 200mg/12hs y se indica interconsulta con oncología.

16/07/2018: Interconsulta con oncología. Diagnóstico: Carcinoma epidermoide invasor de vulva estadio 1. Se indica comenzar tratamiento con quimioterapia.

27/08/2018: Se registra un laboratorio realizado en la ciudad de Pilar que informa: Leucocitos 16.500 Glóbulos Rojos 1.680.000 Hemoglobina: 3,8 Hematocrito: 12,1 VCM HCM 22,6 CHCM 31,4 Plaquetas 215.000 Formula 78/18.

03/03/2019: Paciente cursa internación es Hospital "Jaime Ferré" de la ciudad de Rafaela. El motivo de internación es por anemia severa por ginecorragia de origen tumoral e injuria renal aguda posrenal de causa obstructiva que resuelve con colocación de talla vesical. Paciente complica con infección del tracto urinario a Pseudomona por lo que cursó tratamiento completo con ceftazidima completando esquema.

Se realizó transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos pero paciente persiste con sangrado. Comenzó tratamiento con Ácido Aminocaproico. Evaluó servicio de Ginecología y Oncología pautando tratamiento paliativo sin conducta terapéutica. Se habla con la familia, la cual entiende cuadro terminal de paciente. 03/06/19: Se registra consulta en la localidad de Pilar: Paciente de 51 años oriunda de la localidad de Progreso que actualmente reside en Pilar de una amiga junto con su pareja. Tiene antecedentes de cáncer de vulva avanzado (estadio IV) 2012, realizó quimioterapia y radioterapia. Actualmente sin tratamiento en cuidados paliativos. Presenta anemia grave por patología de base. Al examen físico se presenta con coloración pálida terrosa, hemodinámicamente estable. En Área genital presenta tumor que invade genitales externos con fetidez y además presenta talla vesical. Desde SAMCo de Pilar se gestiona morfina jarabe para continuar con tratamiento ambulatorio.

11/06/19: Concorre la pareja de la paciente para solicitar jarabe de morfina. Paciente no asiste a control.

12/06/19: Paciente asiste a control. Buen estado general. Asintomática. Se indica jarabe de Lactulón para manejo de constipación crónica por opioides.

18/06/19: Paciente asiste a consulta para receta de Morfina en jarabe.

Conclusión: La información aportada por profesional que deriva, junto con nuestra experiencia en el abordaje de este caso clínico complejo, nos permite realizar analizar amplias variables que forman parte del proceso salud- enfermedad- atención- cuidado.

La escasa articulación y comunicación entre los distintos niveles y subsectores, la poca utilización y explotación de recursos como lo son el sistema de referencia y contra-referencia y los registros oportunos, continuos y completos en la historia clínica, son el reflejo de un sistema de salud frágil y fragmentado. Resulta notoria la dificultad para construir y sostener en el tiempo un vínculo eficaz entre el sistema de salud, la paciente y su entorno, esto queda en evidencia a través de las consultas discontinuas, registros oportunos y de estrategias de captación de VR durante 6 años. Para poder sortear esta problemática se realizó una intervención multidisciplinaria durante la internación de la paciente, en nuestro servicio, en conjunto con médicos, equipo de cuidados paliativos, familiares y enfermeros.

Se abordó desde una esfera bio-psico-social, brindándole a ella información sobre su patología y los distintos planes de seguimiento en función de los recursos disponibles y sus deseos al momento de la externación. Consideramos esta instancia de trabajo multidisciplinario muy importante ya que se abordaron los aspectos que los cuidados paliativos consideran como indispensables (patología, aspectos físicos, psicológicos, sociales, aspectos espirituales, prácticos, aspectos de fin de vida y duelo). Se evaluó la dinámica y los recursos en la organización familiar, las posibilidades de apoyo económico y de ayuda en la tarea de cuidar al paciente y se concluyó que su entorno no podía llevar a cabo los objetivos por lo que se decide, con aceptación de la paciente, ser trasladada hacia la localidad de Humberto Primo, ubicada a 107 km de la ciudad de Esperanza donde VR pasó la mayor parte de su vida; actualmente reside en un hogar donde recibe los cuidados diarios.

Por último, haciendo una mirada retrospectiva y crítica del manejo de la paciente en nuestro servicio, también podemos apreciar que durante la primera internación, nuestro trabajo se centró solamente en el abordaje del motivo de consulta inicial, la dificultad respiratoria, y una vez resuelta esa situación, se le otorgó el alta hospitalaria, sin considerar los otros aspectos. A partir de esta experiencia comenzamos a valorar la importancia del registro de la información en la historia clínica, ya que es una fuente de datos indispensable, y en la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención sumado a la comunicación entre los profesionales abocados para evitar que los pacientes pierdan contacto con el sistema de salud y, en caso de que esto suceda realizar una búsqueda activa de los mismos para realizar intervenciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación. De esta manera lograr evitar la fragmentación del sistema de salud, que es definida por La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud.

Referencias bibliográficas:

- 1 Cáncer de vulva. En: Roberto Testa. "Ginecología: Fundamentos para la práctica clínica". 1° edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana; 2011. p 470-475
- 2 Cáncer de vulva. En: Roberto Testa. "Ginecología: Fundamentos para la práctica clínica". 1° edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana; 2011. p 470-475

3 esgo.org [Internet].Guía Clínica cáncer de vulva; 2017. Disponible en :

<https://www.esgo.org/media/2018/09/Vulvar-cancer-SPANISH.pdf>

4 TRAPS : Terapéutica racional en atención primaria de la salud. Cuidados paliativos en el PNA . Fascículo 1. Edición 2019. [Internet] Disponible en:

<http://186.33.221.24/medicamentos/images/2018/TRAPS%20Cuidados%20Paliativos%20%20Fasciculo%201%20web%20ok.pdf>