

FCM

Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura
Sede FCM



TESIS FINAL

Tema: “CONTROL GINECOLOGICO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA”

**Autoras: ARCE, Melisa Viviana
MORENO, M. de los Ángeles
VILLEGAS, María Belén**

MENDOZA, 2012

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser la fuerza interior de cada una de nosotras que estimula a diario nuestra vocación de servicio y de amor al prójimo.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi hijo Ticiano y a mi marido Alejandro por su amor y apoyo incondicional durante estos años de carrera y en mi vida en general. María de los Ángeles Moreno

A mi esposo Alejandro e hijo Axel por apoyarme en las decisiones importantes de mi vida. Melisa Viviana Arce

A la Lic. Mabel Muñoz por acompañarnos con entera paciencia y brindarnos su apoyo incondicional en los pasos culminantes de nuestra valiosa formación y profesión.

A nuestra colega y compañera de trabajo Lic. Silvia Vidaurre por su gran apoyo moral, por sus consejos, atenciones y contribución que tuvo en todo momento en la elaboración de nuestro trabajo.

A todas nuestras profesoras y profesores de la universidad.

Al personal femenino del Hospital Notti y a quienes nos apoyaron siendo parte importante en nuestro crecimiento y desarrollo tanto personal como social durante estos años de estudio de pregrado en la Universidad Nacional de Cuyo.

PRÓLOGO

El presente trabajo, Tesis titulada “Hábitos en control ginecológico”, se realizó en el Servicio de Terapia Intensiva A y B del Hospital Dr. Humberto Notti, del departamento de Guaymallén, tomando como referencia a las enfermeras.

Desde nuestro punto de vista, la preocupación se justifica, en el número de estadísticas de mortalidad respecto del cáncer de mama y cuello uterino, siendo la segunda causa de muerte en Argentina.

Motivadas por esta situación, pretendemos fomentar en las enfermeras el autocuidado mediante cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia salud internalizando la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

INDICE GENERAL

CAPITULO I

Introducción.....	pág. 1
Descripción del Problema.....	pág. 2
Formulación de Problema y Objetivos.....	pág. 3
Marco Teórico:	
Capítulo I: “Salud de la Mujer”.....	pág. 6
“Salud Ocupacional”.....	pág. 17
Capítulo II: “Cáncer de Mujer”.....	pág. 23
Capítulo III: “Atención Primaria de la Salud”.....	pág. 33
Capítulo IV: “Teoría del Autocuidado”.....	pág. 50

CAPITULO II

Marco Metodológico:

Tipo de estudio.....	pág. 52
Área de Estudio.....	pág. 53
Universo y Muestra.....	pág. 55
Hipótesis y Variables.....	pág. 56

TABLAS Y VARIABLES

Tabla y gráfico n°1.....	pág. 61
Tabla y gráfico n°2.....	pág. 62
Tabla y gráfico n°3.....	pág. 63
Tabla y gráfico n°4.....	pág. 64
Tabla y gráfico n°5.....	pág. 65
Tabla y gráfico n°6.....	pág. 66
Tabla y gráfico n°7.....	pág. 67
Tabla y gráfico n°8.....	pág. 68
Tabla y gráfico n°9.....	pág. 69
Tabla y gráfico n°10.....	pág. 70
Tabla y gráfico n°11.....	pág. 71
Tabla y gráfico n°12.....	pág. 72
Tabla y gráfico n°13.....	pág. 73
Tabla y gráfico n°14.....	pág. 74
Tabla y gráfico n°15.....	pág. 75
Tabla y gráfico n°16.....	pág. 76
Tabla y gráfico n°17.....	pág. 77
Tabla y gráfico n°18.....	pág. 78

Tabla y gráfico n°19.....	pág. 79
Tabla y gráfico n°20.....	pág. 80

TABLAS BIVARIADAS

Tabla y gráfico n°21.....	pág. 81
Tabla y gráfico n°22.....	pág. 82
Tabla y gráfico n°23.....	pág. 83
Tabla y gráfico n°24.....	pág. 84
Bibliografía.....	pág. 85

CAPITULO III

Conclusión final.....	pág. 87
Propuestas	pág. 88

ANEXOS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El examen ginecológico constituye un instrumento básico como medio de prevención o detección precoz, que forma parte de un importante paso en la exploración clínica y orienta hacia un probable diagnóstico. Además es una de las actividades que contempla el programa de prevención y detección precoz de cáncer de mama y cuello uterino. Este chequeo del estado de salud si se realiza periódicamente puede facilitar el hallazgo precoz de ciertas enfermedades, incrementando las posibilidades de actuar oportunamente.

Las actividades de las enfermeras ocupan un amplio rango, en todos los niveles de la organización: la atención directa en la prestación de cuidados a los usuarios, la gestión de personal, gestión de recursos, formación de personal, relaciones externas de la institución: familiares, otros centros, etc. En ello se puede observar que la sobrecarga de trabajo y de roles (profesional, madre, esposa, ama de casa.) puede influenciar en la realización o postergación de sus controles de salud, lo que desmerece su propio autocuidado.

La prevención primaria adquiere importancia especial en la práctica de la enfermería, en la cual el propósito principal es desarrollar modos de vida saludable, con un enfoque de tipo preventivo y de pesquisa precoz a factores y conductas de riesgo. Enfermería ocupa un lugar de preferencia para asumir el liderazgo en ésta problemática, en lo referente a actividades de promoción y prevención de la salud, por lo que debemos de efectuar día a día un proceso de formación, de responsabilización, a fin de adquirir los conocimientos, actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción no sólo de la salud comunitaria, sino la de nuestra propia salud individual, ya que el trabajo es un elemento vital para las personas y en el ámbito laboral de enfermería tiene un peso importante su actuación en los resultados que se obtienen y, por tanto, es una realidad que para poder desarrollarlo se requiere tener condiciones de salud adecuadas.

Descripción del Problema

Numerosas profesiones, entre ellas la Enfermería atraviesan situaciones de particular vulnerabilidad dadas por las condiciones inseguras de trabajo: falta de conciencia acerca de la higiene y seguridad laboral, sumado al entorno y condiciones de trabajo que ponen en riesgo la salud y por ende, la calidad de vida de los trabajadores de la Salud.

Las diferentes variables asociadas con la salud y el trabajo están íntimamente relacionadas, ya que el trabajo es un elemento vital para las personas y para poderlo desarrollar se requiere tener condiciones de salud adecuadas.

Se puede evitar que el trabajo dañe a la salud, adoptando una adecuada prevención. De acuerdo con la OMS “La Salud Ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo”.

Teniendo en cuenta esta definición se hace imprescindible la vigilancia de la salud de los trabajadores, por parte de un comité en salud laboral; con el objeto de identificar alteraciones en la salud en fase precoz y reversible.

El control ginecológico anual es una de las actividades que contempla el programa de prevención y detección precoz de cáncer de mama y cuello uterino.

El cáncer ocupa a nivel mundial uno de los primeros puestos en estadística de mortalidad y es globalmente la segunda causa de muerte en Argentina.

Los servicios de Terapia Intensiva A y B cuentan con 56 enfermeros de los cuales el 80% son mujeres.

Se puede observar que la sobrecarga de roles (madre, esposa, ama de casa, profesional), los niveles de estrés en aumento y el escaso o nulo tiempo para ellas, lleva a postergar sus controles, prestando a su propia salud menos atención de la que sería prudente.

No existen datos estadísticos que describan los hábitos de vida en salud de las enfermeras. Al ingresar a una organización en salud, solo se les solicita un examen físico general; el cual no incluye un control ginecológico como medio de prevención o detección precoz.

Por lo expuesto, esta situación es la que nos lleva al siguiente problema de investigación.

Formulación del Problema

¿Qué hábitos en control ginecológico presentan las enfermeras de los servicios de Terapia Intensiva A y B del Hospital Dr. Humberto Notti en el año 2012?

Objetivos:

General

- Conocer los hábitos en control ginecológico anual de las enfermeras de los servicios de terapia intensiva A y B

-

Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de mujeres enfermeras de los servicios de Terapia Intensiva A y B
- Identificar los hábitos en control ginecológico anual
- Detectar los factores que impiden la realización del control ginecológico anual.

Justificación

Dentro de las afecciones ginecológicas, las más frecuentes a la que se ven expuestas las mujeres en edad reproductiva derivan del cáncer genitourinario y de mama.

Dada la importancia de la realización del control ginecológico anual es fundamental conocer y determinar la población femenina de enfermeras, que se encuentra con menor adherencia al control y los factores que condicionan esta conducta.

Las enfermeras están activamente comprometidas en cada uno de los tres niveles de prevención, sin embargo la prevención primaria adquiere importancia especial en la práctica de la enfermería, en la cual el propósito principal es desarrollar modos de vida saludable, con un enfoque de tipo preventivo y de pesquisa precoz a factores y conductas de riesgo

El estado de salud debe ser chequeado periódicamente. Existen enfermedades que pueden ser descubiertas precozmente aumentando las posibilidades de curación como son los procesos neoplásicos o tumores. Las revisiones del estado de salud se deben adaptar a cada persona según antecedentes familiares, personales y estilo de vida.

Es difícil concretar qué enfermedad está más implicada en la relación entre trabajo y salud pero sí se está viendo cómo el trabajo cada vez más, supone una entrega y una implicación que en ocasiones rebasa un límite adecuado. Hay personas que desarrollan un estilo de vida excesivamente centrado en aspectos laborales. Desde nuestro punto de vista, conocer los riesgos a que están expuestas actualmente las enfermeras permitirá protegerlas para mantener o mejorar su salud, su bienestar y calidad de vida.

Marco Teórico

CAPITULO I

“SALUD DE LA MUJER”

Salud

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.¹

Se considera el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permite los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Determinantes de la salud

- Biología humana: condicionada por la genética y sometida al envejecimiento.
- Medio ambiente: contaminantes físico-químicos, psicosociales, culturales, clima.
- Estilo de vida (conductas de salud).
- Sistemas de asistencia sanitaria.

Debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Así, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables al VIH/SIDA.

Aunque las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres en la mayoría de los países, hay una serie de factores sanitarios y sociales que se combinan para hacer que la calidad de vida de las mujeres sea inferior. Las desigualdades en el acceso a la información, la atención y las prácticas sanitarias básicas aumentan aún más los riesgos para la salud de las mujeres.

El enfoque de salud pública basado en el género, parte del reconocimiento de las diferencias entre el hombre y la mujer. Ello nos sirve para determinar cómo

difieren los resultados, experiencias y riesgos sanitarios entre hombres y mujeres, niños y niñas, y para actuar en consecuencia.

En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general: Tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los hombres en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención.²

LA MUJER EN RELACIÓN AL SECTOR SALUD

Históricamente en el contexto de la Salud Pública el tema de la salud de la mujer ha tenido diferentes enfoques pero, en todos ellos se ha mantenido un carácter instrumental: cuidar la salud de la mujer como requisito indispensable para producir niños saludables.

Esta percepción de la mujer, centrada en el rol reproductivo como única función, ha paralizado por años el enfoque de atención de su salud. Sus necesidades y expectativas, asociadas a los múltiples roles que la mujer cumple a lo largo de vida, han sido prácticamente ignoradas. Como también lo han sido las circunstancias del ambiente social y económico que inciden en la capacidad de la mujer para proteger y promover su propia salud y la de sus familias.

Recién a comienzos del 90 con la introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud, con el requerimiento de: brindar igualdad de oportunidades en el acceso de servicios y que éstos se distribuyan equitativamente, con la descentralización y la participación democrática en la gestión y planificación de políticas de salud a nivel local; se han transparentado las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean de modo diferenciado los perfiles de salud y las demandas de prestaciones sanitarias de hombres y mujeres.³

Morbilidad según edad y sexo

La información disponible de Egresos a Establecimientos Oficiales por Diagnóstico es de 63,3% corresponde a mujeres y el 36,4% a egresos masculinos; la diferencia entre estos valores responde a los egresos cuyo sexo no pudo identificarse.

Un poco más de dos tercios de los egresos corresponden a mujeres de 15 a 44 años, lo que muestra la alta incidencia del parto normal y de los problemas de salud reproductiva

Los principales diagnósticos de egresos para la población femenina son:

- Parto normal (27 %)
- Causas obstétricas directas (14,7%)
- Enfermedades quirúrgicas agudas (6,3%)
- Embarazos terminados en abortos (5%)
- Enfermedades del aparato genitourinario (4,7%)
- Otras razones para contactos con servicios (4,4%)
- Enfermedades infecciosas intestinales (3,1%)
- Traumatismos y envenenamientos (2,9%)
- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (entre 2,8%)
- Influenza y neumonía (2,5)

El análisis de las causas de internación agrupada por sexo y edad, para los cinco principales diagnósticos de egresos, excluido el parto normal, no presenta diferencias importantes entre sexos para los menores de 4 años. Las diferencias, tanto intra como intergenérica, comienzan a manifestarse a partir de los 5 años.

Entre los 15 y 44 años las principales causas de egresos en las mujeres son las causas obstétricas directas y los embarazos terminados en abortos. Existen diferencias al considerar tramos etarios más pequeños por ejemplo, entre los 15 y

34 años prevalecen las enfermedades quirúrgicas agudas y las del aparato genitourinario, mientras que entre los 35 y 44 años surgen los trastornos mentales.

Las causas que llevan a la internación de las mujeres entre los 65 a 74 años no son diferentes de las del tramo anterior. A partir de los 75 años se agudizan los egresos por enfermedades del aparato circulatorio, continúan las hipertensivas de un modo más marcado y comienzan a manifestar su importancia las enfermedades respiratorias y las cerebrovasculares.

Mortalidad según edad y sexo

El análisis de las primeras causas de mortalidad agrupada por edad y sexo, según la última información disponible para el año 1996 de la Dirección de Estadística en información de Salud.

Las cinco principales causas de mortalidad de mujeres y hombres difieren en el orden de aparición para algunos grupos de edad y en otros se presentan con especificidad propia ya sea por sexo o por edad.

Tanto en el período postnatal como en el que va desde el año hasta los 14 años no se observan diferencias significativas, sin embargo resulta de interés destacar que entre el primer año y los 4 años la cuarta causa de mortalidad para los varones es por otras violencias y para las mujeres la neumonía e influenza.

Entre los 15 y 24 años ambos sexos mantienen como las dos primeras causas de mortalidad los accidentes y efectos adversos, y otras violencias. Para los hombres la tercer causa de muerte son los homicidios y la cuarta los suicidios; para las mujeres las enfermedades del corazón se ubican como cuarta causa de mortalidad y como quinta los suicidios.

En las mujeres de 25 y 34 años la mortalidad por tumores malignos y las enfermedades del corazón ocupan las dos primeras causas de mortalidad seguida por accidentes y efectos adversos, las complicaciones del embarazo, parto y

puerperio ocupan el cuarto lugar y la mortalidad por otras violencias desciende pasando a ocupar el quinto lugar.

En el grupo de 35 a 64 años las tres primeras causas de mortalidad para las mujeres son los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares. La cuarta causa para las de 35 a 49 años son los accidentes y efectos adversos y quinta la septicemia, para las mujeres de 50 años y más comienza a ocupar este lugar la diabetes mellitus.

Los problemas de salud pública visualizados como específicos en la mujer están asociados a la maternidad, al embarazo adolescente, a la violencia intrafamiliar, a la morbimortalidad por infecciones, al sida, a los tumores y a las condiciones del medio ambiente laboral.⁴

SALUD REPRODUCTIVA

Salud reproductiva es, según la OMS, el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual y segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia. Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos.⁵

Las mujeres se pueden infectar o lesionar fácilmente, y si así sucede, podrían tener problemas de salud a largo plazo, entre ellos dificultad para quedar embarazada o conservar un embarazo.

Dar pasos simples para prevenir infectarse o propagar el VIH/SIDA y otras infecciones que se transmiten sexualmente (ITS) Es muy importante tomar el

control y recibir tratamiento. No solamente es importante para impedir que se propague la infección, sino que recibir tratamiento también puede detener graves problemas, entre ellos la esterilidad e incluso la muerte.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Este virus es responsable del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4 que forman parte fundamental del sistema inmunológico del hombre. Como consecuencia disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones.

La causa más frecuente de muerte entre los infectados del SIDA es la neumonía por *Pneumocystis carinii*, aunque también es elevada la incidencia de ciertos tipos de cáncer como los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi. También son características las complicaciones neurológicas, la pérdida de peso y el deterioro físico del paciente. La mortalidad disminuyó mucho con el advenimiento de los medicamentos antirretrovirales.⁶

Salud antes de la concepción

La salud antes de la concepción es la salud de la mujer antes de quedar embarazada. Se refiere a conocer de qué manera las afecciones médicas y los factores de riesgo podrían afectar a una mujer o a su bebé por nacer si queda embarazada. Por ejemplo, algunos alimentos, hábitos, hierbas, y medicamentos pueden hacerle daño a su bebé, incluso antes de concebirlo. Algunos problemas de salud, como la diabetes, también pueden afectar el embarazo.

Todas las mujeres deben pensar en su salud, ya sea que estén planificando un embarazo o no. Una razón es que aproximadamente la mitad de los embarazos no son planificados. Con los embarazos no planificados, hay un mayor riesgo de parto prematuro y de que el bebé nazca con bajo peso. Otra razón es que, a pesar de los importantes avances en la medicina y en la atención prenatal, aproximadamente 1 de cada 8 bebés nace antes de tiempo. Tomar medidas sobre riesgos y cuestiones de salud antes un embarazo puede prevenir problemas que podría afectar a la mujer o su bebé en el futuro.

Embarazo

Se comprende como embarazo al periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físico son morfológicos y metabólicos.⁷

Lactancia materna

La lactancia materna es más que una elección de un estilo de vida, es una importante decisión de salud. La lactancia materna reduce el riesgo de padecer algunos problemas de salud, tanto en los bebés como en las madres. Además es una feliz experiencia de acercamiento.

Beneficios de la lactancia:

- Los bebés amamantados son más capaces de combatir las infecciones y las enfermedades tales como la diarrea, infecciones de oído y enfermedades respiratorias, como la neumonía.
- La leche materna tiene la cantidad perfecta de grasa, azúcar, agua y proteínas para ayudar al bebé para crecer bien.
- La lactancia materna requiere que la madre dedique algún tiempo de silencio y relajación para ella misma y su bebé, lo cual los ayuda a estrechar su vínculo. El contacto físico es importante para los recién nacidos y puede ayudarles a sentirse más seguros, cálidos y confortados. Las madres que amamantan pueden tener una mayor confianza en sí mismas y sentirse más cercas y unidas a sus bebés.
- La leche materna ayuda al útero a recobrar su tamaño original y disminuye cualquier sangrado que pueda tener una mujer después de dar a luz.
- La leche materna es gratis.

Menopausia

La menopausia es un cambio normal en la vida cuando se detiene el período menstrual. Durante la menopausia, el cuerpo lentamente produce menos de las hormonas llamadas estrógeno y progesterona. A medida que se acerca a la menopausia, es posible que se presente síntomas causados por los cambios hormonales en el cuerpo. Muchas mujeres se preguntan si esos cambios son normales y muchas se confunden sobre cómo tratar sus síntomas. Puede sentirse mejor aprendiendo todo lo que pueda sobre la menopausia al hablar con su médico sobre su salud y sus síntomas.

Salud del tracto urinario

El funcionamiento adecuado del sistema urinario es una parte natural de la vida de la mujer. Las vías urinarias fabrican y guardan la orina. Las vías urinarias constan de tres partes principales: la uretra (que dirige la orina de la vejiga hacia fuera del cuerpo), la vejiga (que recoge y guarda la orina hasta que está lista para orinar) y los riñones (los cuales limpian los desechos del cuerpo). Las bacterias (los gérmenes que llegan a las vías urinarias) pueden causar una infección urinaria. La mayoría de los gérmenes proceden del área del ano. Estos pueden entrar por la uretra, llegar a la vejiga e incluso subir a los riñones y causar una infección. Una infección urinaria puede incluir cualquiera de las partes de las vías: los riñones, la vejiga y la uretra.

Salud del colon

El término "colon" se refiere al colon y al recto. Al cáncer de colon a menudo se le llama la enfermedad "silenciosa" porque los síntomas no siempre se presentan hasta que es difícil de curar. Lo bueno es que el cáncer de colon es prevenible y curable, y la mayoría de las veces cuando se detecta temprano a través de pruebas de detección regulares.

Las pruebas de detección ayudan a su médico a encontrar *pólipos*, antes de que usted tenga síntomas. Los pólipos son abultamientos que se pueden convertir en

cáncer. Encontrar pólipos y extirparlos puede prevenir el cáncer de colon. Además, el tratamiento contra el cáncer de colon tiene mayores probabilidades de ser eficaz cuando la enfermedad se detecta temprano.

Para encontrar pólipos o cáncer de colon temprano:

- Las personas deben someterse a exámenes de detección a partir de los 50 años.
- Las personas que corren un alto riesgo que el promedio de padecer cáncer de colon deben hablar con su médico sobre si deben someterse o no a exámenes de detección antes de los 50 años, qué exámenes hacerse, los beneficios y riesgos de cada examen y la frecuencia con que deben programar las cita.

Huesos saludables

Las mujeres de todas las edades deben dar ciertos pasos para mantener los huesos saludables. Millones de mujeres ya tienen o corren el riesgo de padecer osteoporosis. La osteoporosis significa que los huesos se debilitan, y que es más probable fracturarse un hueso. Puesto que no hay síntomas, la mujer podría no saber que sus huesos se están debilitando hasta que se sorprenda con una fractura.

Enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular

Es posible que muchas mujeres no estén conscientes de que la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular son una importante amenaza para su salud. La enfermedad cardíaca es la causa de muerte en la mujer y el accidente cerebrovascular es la tercera causa de muerte más común. La enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular también son importantes causas de incapacidad a largo plazo.

La enfermedad cardíaca más común es la enfermedad arterial coronaria. En la enfermedad arterial coronaria, la placa se acumula en las paredes de las arterias coronarias que transportan la sangre al corazón. A través del tiempo, esta acumulación causa que las arterias se estrechen y endurezcan. Esto previene que le llegue al corazón toda la sangre que necesita. El resultado puede ser que se produzcan coágulos de sangre.

Si un coágulo bloquea parcial o totalmente el flujo de sangre al corazón, causará un ataque cardíaco.

Si un coágulo bloquea parcial o totalmente el flujo de sangre al cerebro, causará un accidente cerebrovascular. Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el cerebro no recibe suficiente sangre. Sin la sangre suficiente, las células del cerebro comienzan a morir.

Se puede tomar medidas para reducir su probabilidad de un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, u otros problemas del corazón.

Ataque cardíaco

Un ataque cardíaco ocurre cuando el corazón no recibe un flujo suficiente de sangre. Durante el ataque cardíaco, el músculo del corazón puede lesionarse de manera permanente. Muchas personas piensan que un ataque cardíaco ocurre de repente, como un ataque cardíaco en “las películas”, donde alguien se aferra al pecho y luego cae. Pero la realidad es que muchos ataques cardíacos comienzan lentamente con dolores leves y molestia. Estos dolores pueden desaparecer y luego aparecer. El signo más común de ataque cardíaco para mujeres y hombres consiste en un dolor o molestia en el centro del pecho. El dolor o molestia puede ser leve o fuerte. La molestia puede ser constante, o puede aparecer y desaparecer durante un período de varios minutos.

Sin embargo, para las mujeres, dolor en el pecho podría no ser el primer signo de que el corazón está en problemas. Antes de un ataque cardíaco, las mujeres han reportado un cansancio poco usual, problemas para dormir, acidez estomacal, tos, ritmo cardíaco irregular, o pérdida del apetito.

Estos son los síntomas que pueden indicar que un ataque cardíaco está ocurriendo:

- Molestia en el pecho. La mayoría de los ataques cardíacos involucran molestias en el centro del pecho, las cuales duran más de unos pocos minutos, o que desaparecen y reaparecen. Puede sentirse como una presión incómoda, compresión, llenura, o dolor.

- Molestia en otras áreas de la parte superior del cuerpo. Los síntomas pueden incluir dolor o molestia en uno o ambos brazos, la espalda, el cuello, la mandíbula, o el estómago.
- Falta de aire. Esto puede ocurrir con o sin molestia en el pecho.
- Otros signos. Puede incluir el inicio de un sudor frío de repente, náuseas, o mareos.

Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebrovascular ocurre cuando una parte del cerebro no recibe la sangre que necesita. Células del cerebro pueden morir durante un accidente cerebrovascular. Existen dos tipos de accidente cerebrovascular:

- Un derrame isquémico ocurre cuando la sangre se bloquea y no llega al cerebro.
- Un derrame hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se revienta, y la sangre se filtra hacia el cerebro.

Una persona también puede sufrir un “mini-derrame”, o un ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés). Esto ocurre cuando, por un breve momento, menos sangre de la normal llega al cerebro. Puede tener algunos de los signos de un accidente cerebrovascular total, o quizás no note nada en absoluto. Un ataque isquémico transitorio puede durar unos cuantos minutos o hasta 24 horas. Luego, usted vuelve a la normalidad.

Los ataques isquémicos transitorios son signos de advertencia importantes para reducir el riesgo ya que son signos de que un accidente cerebrovascular seguramente ocurrirá en el futuro. Los ataques isquémicos transitorios pueden ocurrir unos días, semanas, o hasta meses antes de un accidente cerebrovascular mayor. En aproximadamente la mitad de los casos, el accidente cerebrovascular ocurre dentro del año después de la ocurrencia del ataque isquémico transitorio.

Los signos de un accidente cerebrovascular llegan de repente y son diferentes a los signos de un ataque cardíaco. Los signos repentinos incluyen:

- Entumecimiento o debilidad de la cara, el brazo o la pierna, especialmente de un lado del cuerpo

- Confusión o dificultad para hablar o comprender
- Dificultad para ver de un ojo o ambos
- Dificultad para caminar, mareos o pérdida del equilibrio o de la coordinación.⁸

“SALUD OCUPACIONAL”

Definición de Salud Ocupacional según la OMS

De acuerdo con la OMS, la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realzando el bienestar físico mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.⁹

Para la OMS salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores, y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Este concepto incluye la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual y perturben las relaciones sexuales. Siempre conforme con una ética personal y social.¹⁰

Efectos de los Riesgos Ocupacionales en la Salud Reproductiva de la Mujer

Muchos factores pueden afectar la salud reproductiva de una mujer y su capacidad de dar a luz niños sanos. Sabemos que la salud de un niño que todavía

no ha nacido puede ser perjudicada si una mujer fuma, toma alcohol, o no come bien durante el embarazo. Sin embargo, sabemos muy poco sobre las causas de la mayoría de los problemas de salud reproductiva como infertilidad, aborto espontáneo, y defectos de nacimiento. Pero sabemos que algunos peligros en el lugar de trabajo pueden afectar la salud reproductiva de una mujer, su capacidad de quedar embarazada, o la salud de los bebés en el vientre de la madre.

Riesgos reproductivos para las trabajadoras

A las sustancias o agentes que afectan la salud reproductiva de las mujeres u hombres o la capacidad de una pareja de tener hijos sanos se les llama riesgos para la reproducción. La radiación, algunos productos químicos, ciertas medicinas o drogas (legales e ilegales), cigarrillos, algunos virus, y el alcohol son ejemplos de riesgos para la reproducción. Este documento tiene como enfoque los riesgos para la reproducción en el lugar de trabajo que afectan a las mujeres y su capacidad de tener hijos sanos.

Se sabía de los efectos nocivos de algunos agentes en el lugar de trabajo desde hace muchos años. Por ejemplo, se descubrió hace más de 100 años que el plomo causa abortos espontáneos, bebés nacidos muertos, e infertilidad en mujeres que trabajaban con cerámica. Durante los años 40, la rubéola fue reconocida como una causa mayor de los defectos de nacimiento. Sin embargo, todavía no se sabe cuáles son las causas de la mayoría de los problemas de salud reproductiva. Muchos de estos problemas, como infertilidad, aborto espontáneo, y peso bajo al nacer, son bastante comunes y afectan a mujeres que trabajan y a mujeres que no trabajan fuera de la casa.

Un peligro reproductivo podría causar uno o más efectos para la salud, según el momento en el cual la mujer sea expuesta a ese riesgo. Por ejemplo, la exposición a sustancias peligrosas durante los primeros 3 meses del embarazo puede causar un defecto de nacimiento o un aborto espontáneo. Durante los últimos 6 meses del embarazo, la exposición a los riesgos para la reproducción podrían aminorar el crecimiento del feto, afectar el desarrollo del cerebro, o causar contracciones prematuras del parto. Es posible que los riesgos para la reproducción no afecten a cada trabajadora o cada embarazo.

En general, las trabajadoras que ya están inmunizadas por vacunas o exposiciones anteriores no están al riesgo de enfermedades como al virus de la hepatitis B, parvovirus humano B19, rubéola, o varicela. Sin embargo, las trabajadoras embarazadas sin inmunidad previa deben evitar el contacto con adultos o niños infectados.

Las trabajadoras también deben usar buenas prácticas higiénicas. Deben lavarse frecuentemente las manos para evitar que las enfermedades infecciosas se propaguen entre las trabajadoras de escuelas primarias, jardines de niños y guarderías infantiles. Además, deben usar precauciones universales para protegerse contra los agentes en la sangre que causan enfermedades. Tales precauciones incluyen el llevar guantes y la eliminación en forma segura de agujas.

¿Cómo funciona el sistema reproductivo de una mujer?

Para entender cómo pueden afectar los riesgos para la reproducción a la salud reproductiva de una mujer y su capacidad de tener niños sanos, es útil entender cómo funciona el sistema reproductivo.

Los tejidos reproductivos principales de una mujer son los ovarios, el útero, y las trompas de Falopio. Las funciones de estos tejidos son en gran parte controladas por hormonas producidas por el cerebro y la glándula pituitaria. Las hormonas son productos químicos que se forman en el cuerpo y circulan en la sangre. Estas hormonas regulan el ciclo menstrual, el embarazo, y la producción de leche del pecho. El estrógeno y la progesterona son producidos por los ovarios. Estas hormonas causan el desarrollo sexual y preparan la pared uterina para sostener y alimentar un huevo fertilizado cada mes. Estas hormonas sexuales contribuyen también a la salud general del corazón, los huesos, el hígado, y muchos otros tejidos. Finalmente, durante el embarazo, la placenta produce una hormona (gonadotropina coriónica humana, hCG) que indica al cuerpo que sostenga el embarazo.

Una mujer ya nace con todos los huevos que va a tener en la vida. Por eso, si se dañan o se destruyen los huevos, no se puede reemplazarlos. Durante la pubertad, una mujer empieza a tener ciclos menstruales, lo que le posibilita que un

huevo se desprenda de uno de los ovarios. Cada ciclo empieza con algunos días de flujo menstrual. Cuando empieza cada ciclo nuevo, empieza a crecer un huevo nuevo.

Después de 2 ó 3 semanas, un huevo maduro (óvulo) se desprende en las trompas de Falopio, donde puede ser fertilizado por uno de los espermias que lo rodean.

Si el huevo no está fertilizado, muere y sale del cuerpo aproximadamente 2 semanas después en el flujo menstrual. El proceso empieza de nuevo con un nuevo ciclo menstrual.

Si el huevo está fertilizado, continúa el proceso complejo de reproducción. El huevo fertilizado baja por aproximadamente una semana en la trompa de falopio para llegar al útero, donde se pega a la pared. Un tejido especial, la placenta, se forma entre el útero y el nuevo feto empieza a desarrollarse. La placenta transfiere oxígeno y nutrientes de la madre al feto. Durante los primeros 3 meses del embarazo, (el primer trimestre), se forman los órganos principales. Durante el resto del embarazo, estos órganos maduran y el feto crece rápidamente.

Problemas reproductivos que pueden surgir por exposiciones ocupacionales

Solamente algunas sustancias (algunos virus, productos químicos, y medicinas) son causas reconocidas de problemas reproductivos. Los científicos acaban de empezar a descubrir cómo las exposiciones en el lugar de trabajo pueden causar problemas reproductivos. Los problemas siguientes pueden ser causados por exposiciones en el lugar de trabajo:

- Efectos en el ciclo menstrual
- Infertilidad y baja fecundidad
- Abortos espontáneos y niños que nacen muertos
- Defectos de nacimiento
- Peso bajo al nacer y parto prematuro
- Afecciones en el desarrollo
- Cáncer durante la niñez

Efectos en el ciclo menstrual

Altos niveles de estrés físico o emocional, o exposición a productos químicos como disulfuro de carbono (CS₂) puede afectar el equilibrio entre el cerebro, la glándula pituitaria, y los ovarios. Esta afección puede causar un desequilibrio de estrógeno y progesterona y cambios en la duración y regulación del ciclo menstrual y ovulación. Como estas hormonas sexuales afectan todo el cuerpo de una mujer, los desequilibrios severos o duraderos pueden afectar la salud general.

➤ Infertilidad y baja fecundidad

Entre 10 y 15 por ciento de todas las parejas no pueden concebir un bebé después de un año de intentos. Muchos factores pueden afectar la fecundidad, y estos factores pueden afectar a la mujer o al hombre, o a los dos. Algunas cosas que pueden causar problemas de fecundidad son un daño al huevo de la mujer o al espermatozoides del hombre, o un cambio en las hormonas que regulan el ciclo menstrual.

➤ Abortos espontáneos y bebés que nacen muertos

Aproximadamente 1 de cada 6 embarazos termina con un aborto espontáneo (no planeado). Los abortos espontáneos pueden ocurrir muy temprano en el embarazo, a veces antes de que una mujer se entere que está embarazada. Los abortos espontáneos y los bebés que nacen muertos ocurren por muchas razones, como las siguientes:

El huevo o la espermatozoides pueden estar dañados por lo que el huevo no puede ser fertilizado o no puede sobrevivir después de la fertilización.

Puede haber un problema en el sistema hormonal que sostiene el embarazo.

Pueden existir problemas físicos con el útero o el cuello del útero.

Defectos de nacimiento

Un defecto de nacimiento es una anomalía física que existe al nacer, aunque es posible que no se le detecte hasta más tarde. Entre 2 y 3 por ciento de los bebés nacen con un defecto mayor. En la mayoría de los casos, no se sabe la causa del defecto. Los primeros tres meses del embarazo constituyen un periodo muy sensible en el desarrollo del feto porque se forman los órganos internos y las

extremidades. Muchas mujeres no saben que están embarazadas durante una gran parte de este periodo importante.

Peso bajo al nacer y parto prematuro

Aproximadamente 7 nacen prematuramente. Se cree que la mayoría de estos casos son consecuencia de una nutrición inadecuada de la mujer, el fumar, o el uso de alcohol durante el embarazo. Para muchos bebés que nacen prematuramente o con peso bajo, una mejor atención médica los ha ayudado a crecer y desarrollarse en forma normal.

Afecciones en el desarrollo

A veces el cerebro del feto no se desarrolla normalmente, lo que causa demoras en su crecimiento general o dificultades de aprendizaje. Aproximadamente 10 por ciento de los niños tienen algún tipo de discapacidad de desarrollo. Tales problemas no se notan al nacer. Estos problemas pueden ser difíciles a medir, pueden ser temporales o permanentes, y pueden ser leves o severos. Es posible que los niños con problemas de desarrollo sean hiperactivos, tengan una capacidad disminuida tienen más posibilidad de enfermarse o incluso de morir durante el primer año de vida de aprender, sean retrasados mentales (en casos severos), o que no puedan mantener la atención por periodos prolongados

Cáncer infantil

La radiación ionizante ha causado cáncer en algunos niños cuyas madres fueron expuestas durante el embarazo. Las siguientes prácticas han ayudado a reducir la exposición del feto a radiación nociva: reducir el uso de rayos X en las mujeres embarazadas, usar equipo nuevo que reduce el riesgo de exposición, y usar diversos tipos de protección.

CAPITULO II

CANCER EN LA MUJER

Todas las mujeres tienen derecho a la protección y atención integral de su salud.

Diversas convenciones internacionales sobre los derechos de las mujeres han sido aprobadas en nuestro país por vía legislativa, destacándose La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada por Ley N ° 23.179/85, e incorporada luego de la reforma de 1994 de la Constitución, en el artículo 75, inciso 22, como paso fundamental de reconocimiento de los principios de equidad en materia sanitaria.

El concepto de equidad se funda en la noción de necesidad, que comprende tanto el aspecto de distribución de los recursos y servicios de salud como la puesta en marcha de políticas públicas que fomenten condiciones de vida saludables, así como programas y acciones de prevención, y tratamiento oportuno y adecuado.¹¹

En referencia a los múltiples aspectos que comprende la atención integral de la salud, en la actualidad están vigentes, en la Argentina, diversas Leyes sancionadas así como Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, relativas a la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades.¹²

El Estado argentino, a través del Ministerio de Salud, cuenta con una propuesta de programas integrados de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) en la mujer. Comprendidas bajo esta denominación están: el tabaquismo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Todas de especial relevancia para las mujeres por estar en franco aumento. Al respecto, y en referencia a la mencionada en último término, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el 80% de los cánceres existe un factor ambiental: tabaquismo, sustancias tóxicas, hormonas, pesticidas, herbicidas. Por otra parte, que el 40% de los cánceres que atacan a la mujer se localiza en los órganos femeninos.¹³

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los tumores malignos representan aproximadamente 13% de las defunciones mundiales, 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2007 y 2030, aumentará 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues estima que pasara de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población.¹⁴

¿Qué es el cáncer?

Según el National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer) de los EE.UU., el cáncer es un conjunto de enfermedades relacionadas. Empieza en la célula, la unidad básica de vida del cuerpo humano, en la que se produce un crecimiento anormal de las mismas, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores.¹⁵

Origen del cáncer

Todos los cánceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo. Para entender lo que es el cáncer, ayuda saber lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas. El cuerpo está formado de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son remplazadas por células nuevas.

Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor.

Básicamente, hay dos tipos de tumores:

- Benignos o no cancerosos: pueden extirparse y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan a otras partes del cuerpo.

Características principales:

- ✓ Sólo crecen hasta un determinado tamaño.
 - ✓ Normalmente no crecen muy rápido.
 - ✓ No destruyen células normales.
 - ✓ No se propagan al tejido que les rodea.
 - ✓ Normalmente no producen efectos secundarios graves.
 - ✓ Por lo general crecen de una manera ordenada
 - ✓ Malignos o cancerosos
- Malignos o cancerosos: se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La muerte se produce cuando la propagación del cáncer daña de tal manera los tejidos y los órganos vitales, que no pueden funcionar.

Clasificación

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son:

- **Carcinoma:** cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

- **Sarcoma:** cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- **Leucemia:** cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.
- **Linfoma y mieloma:** cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario
- **Cánceres del sistema nervioso central:** cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

Factores de riesgo

- ✓ El envejecimiento.
- ✓ El consumo de tabaco y alcohol
- ✓ Dieta inadecuada
- ✓ Inactividad física
- ✓ Las infecciones crónicas por virus inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y algunos tipos de papilomavirus humano (PVH)

Las muertes por cáncer ocupan el segundo lugar después de las ocurridas por problemas cardiocirculatorios.

Los cánceres con mayor predominancia en la mujer, en orden decreciente son: cáncer de mama, de cuello uterino, de pulmón y colon.

CÁNCER DE MAMA

En la Argentina, el cáncer de mama es responsable de la mayor cantidad de muertes, excepto en las provincias de Salta y Jujuy, donde prevalece la mortalidad por cáncer de útero y esta última es la segunda causa de muerte después de la producida por cáncer de mama, en las provincias de Chaco, Chubut, Formosa, Misiones y Rio Negro.¹⁶

Definición

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos.

Las mamas

Cada mama tiene secciones llamadas lóbulos y cada uno de ellos tiene lobulillos más pequeños. Estos terminan en docenas de bulbos diminutos que pueden producir leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están conectados por tubos delgados llamados conductos. Estos conductos llegan al pezón que está centrado en el área oscura de la piel llamada areola. Los espacios entre lobulillos y los conductos están llenos de grasa. No hay músculos en la mama; los músculos están debajo de cada mama y cubren las costillas. Cada seno tiene, además, vasos sanguíneos y vasos linfáticos, y estos últimos terminan en órganos pequeños llamados ganglios linfáticos. Hay racimos de ganglios linfáticos cerca de la mama, en la axila, arriba de la clavícula y en el pecho. Los ganglios linfáticos se encuentran en muchas otras partes del cuerpo.

¿Quiénes están en riesgo?

No se conocen las causas exactas del cáncer de mama. Sin embargo, los estudios muestran que el riesgo de cáncer aumenta conforme la mujer envejece. Es una enfermedad muy rara en mujeres menores de 35 años de edad. Las mujeres de 40 años y más están en mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

Existen condiciones que aumentan las posibilidades de que las mujeres desarrollen cáncer de mama:

- ✓ Historia personal de cáncer de mama. Las mujeres que ya tuvieron cáncer de mama enfrentan un mayor riesgo de desarrollar otro cáncer de mama.
- ✓ Historia familiar. El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumenta si su madre, hermana, hija o dos o más parientes cercanas, como las primas, tuvieron cáncer de mama, sobre todo a una edad joven.
- ✓ Ciertos cambios en los pechos. El haber tenido un diagnóstico de hiperplasia atípica o de carcinoma lobular in situ
- ✓ Alteraciones genéticas
- ✓ Estrógeno. Cuanto más estuvo expuesta una mujer al estrógeno, mayor probabilidad existe que desarrolle cáncer. Sería el caso de mujeres que menstruaron tempranamente y que experimentaron menopausia tardía.
- ✓ La maternidad tardía (mujeres que tuvieron sus hijos después de los 30 años)
- ✓ La radioterapia anterior a los 30 años de edad.

Según la OMS, a nivel mundial, el cáncer de mama afecta al 16% de la población femenina que padeció algún tipo de cáncer.

Detección oportuna

Existen tres estrategias

- a) la exploración clínica y la detección de los factores de riesgo que realiza el médico,
- b) la autoexploración mamaria que realiza la mujer en forma sistemática
- c) la toma de la mastografía de escrutinio (tamizaje)

TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de mama dependerá: del tipo y etapa de la enfermedad, de la edad de la paciente, si está en la menopausia y de su estado de salud general.

Existen tratamientos para todas las pacientes de este cáncer: Se emplean 4 con mayor frecuencia:

- Cirugía: extracción del cáncer en una operación.
- Radioterapia: uso de dosis elevadas de rayos X para eliminar las células cancerosas y reducir el tumor.
- Quimioterapia: uso de fármacos para eliminar células cancerosas. Es un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es distribuido por el torrente sanguíneo, por todo el cuerpo.
- Terapia hormonal: uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las hormonas, o la extirpación de órganos que producen hormonas, como los ovarios.

Están en estudio la terapia biológica (uso del sistema inmunitario para combatir el cáncer), el trasplante de médula ósea, y otros tratamientos.

La mayoría de las pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía para extraer el cáncer.

Generalmente también se extraen algunos ganglios linfáticos axilares para su estudio bajo el microscopio, a fin de detectar la presencia de células cancerosas.

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino representa un serio problema de salud, dada la alta tasa de mortalidad que existe en torno a esta enfermedad. La gran mayoría de los tumores que se localizan en esta parte del tracto genital tienen un inicio gradual y se detectan fácilmente y son reversibles mediante tratamiento. La realización anual de una toma de muestras de células del cuello (estudio de Papanicolaou o PAP) y la colposcopia -observación del cuello de útero con lentes de aumento- desde el inicio de la actividad sexual de las mujeres, han demostrado ser muy efectivos para detectar tumores en forma precoz.

Definición

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina). Estas células inicialmente normales, a la postre se convierten en precancerosas.¹⁷

Con frecuencia, en etapas iniciales del cáncer de cuello uterino no se presentan síntomas, por lo que a menudo éste no es detectado hasta que se halla en fases avanzadas de la enfermedad. Asimismo, la OPS, hace mención de que el factor de riesgo más común del cáncer de cuello uterino es la exposición a ciertas variedades del Papilomavirus Humano (HPV). Siendo ésta una Infección de Transmisión Sexual (ITS), en muchos casos asintomática, por lo que puede

transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. A menudo las mujeres se infectan con el Virus del Papiloma Humano en edades entre los 20 y 30 años, pero sólo una minoría desarrolla el cáncer, proceso que puede tomar hasta 20 años.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino son tanto de condición biológica como de carácter psicosocial.

Entre los principales factores de riesgo pueden considerarse: 1) el que las mujeres no se realicen la prueba de detección periódicamente 2) el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana 3) el tener parejas sexuales múltiples 4) contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el Papilomavirus Humano (HPV) 5) presentar una historia familiar de cáncer de cuello uterino 6) encontrarse en edades de entre 30 y 60 años 7) pertenecer a un nivel socio-económico bajo 8) tener el hábito de fumar.

Definición del Virus de Papiloma Humano (VPH)

Es el virus que con mayor frecuencia se transmite por vía sexual. Se encuentra conformado por más de cien tipos de virus, de los cuales cuarenta son propagados sexualmente e infectan al aparato sexual femenino y masculino.

Se supone que un 50 % de los hombres y mujeres sexualmente activos pueden estar infectados con este virus sin tener conocimiento de ello.

Esta enfermedad tiene la característica de no presentar síntomas en sus primeras etapas; en el hombre por ejemplo, puede ser un portador del virus pero no presentar lesiones a simple vista y sin embargo, puede estar diseminando el padecimiento entre las mujeres con las que tiene relaciones sexuales sin el uso de protección.

Se transmite principalmente por contacto sexual, (vaginal o anal) afectando primordialmente los genitales de las mujeres (el cuello del útero, la vagina y el

ano) y de los hombres (el pene y el ano). Sus manifestaciones más frecuentes son: las verrugas cutáneas, llamadas también verrugas vulgares y las verrugas en las plantas de los pies. Las lesiones anogenitales se presentan también como las verrugas genitales que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor y surgen en las zonas húmedas de los genitales.

Relación entre el Virus de Papiloma Humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino

El VPH puede originar alteraciones epiteliales del cuello uterino, mismas que se conocen como neoplasias epiteliales cervicales, que a su vez se clasifican en tres grados como ya mencionamos líneas arriba. La neoplasia de tercer grado es antecesora del cáncer de cuello uterino. Los virus del papiloma humano se clasifican como de alto y bajo riesgo dependiendo de la probabilidad de provocar lesiones cancerígenas. Se habla de factor de riesgo cuando existe aquella condición o situación asociada con el desarrollo de una enfermedad, que no necesariamente la origina, sino que la hace más probable.

Los virus de papiloma humano de bajo riesgo pueden ocasionar modificaciones leves en el cuello del útero y provocar verrugas vaginales, más no desarrollar cáncer.

No obstante, entre los VPH de alto riesgo están relacionados en mayor proporción con la presencia de cáncer de cuello uterino

CAPITULO III

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Entre el 6 y el 12 de septiembre del año 1978 en la ciudad de Alma Ata, Unión Soviética, se realizó la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud patrocinada por dos organismos internacionales; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), de esta resultó la “Declaración de Alma Ata” en donde se proclamó la conocida meta “Salud para Todos en el año 2000”

La declaración de Alma Ata señala que “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.”¹⁸

El propósito de la Atención Primaria de la Salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, por medio de la visita periódica domiciliaria del agente sanitario, con apoyo continuo y sistemático de la consulta médica programada y con todas las prestaciones incluidas en los Programas de Salud, coordinando intra y extra sectorialmente en pos del bienestar comunitario.

La estrategia APS es implementada por el Ministerio de Salud de la Nación.

Para lograr esta participación social, uno de los componentes más importantes de APS es la **Educación para la Salud (EPS)**, la que ha sido considerada como uno de los campos de innovación de la Reforma Educativa y cobra cada vez mayor importancia. Debemos destacar aquí que la Educación para la Salud de los cambios paradigmáticos en relación a la salud. De un “concepto de salud” como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica del bienestar físico, psíquico y social.

El paso del “concepto negativo” de la salud a una “visión positiva” a conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar

estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud.

Así pues, la EPS, que tiene como objetivo mejorar la salud de las personas, puede considerarse desde dos perspectivas:

- Preventiva
- De Promoción de la Salud

Desde el punto de vista **preventivo**, capacitando a las personas para evitar problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias.

Desde una perspectiva de **promoción de la salud**, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vida saludable.¹⁹

Características

- Forma parte del sistema nacional de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad.
- Es el núcleo principal del sistema de salud.
- Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud.
- Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
- Entraña a la participación de todos los sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario.
- Fomenta la autoresponsabilidad y la participación del individuo y la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de la salud.

Actividades que comprende

Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.

La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.

Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico

La asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia.

La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.

El tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

El suministro de medicamentos esenciales.²⁰

Programa Mujer Salud y Desarrollo

El Programa Mujer, Salud y Desarrollo tiene como objetivos primordiales:

- Contribuir a mejorar las condiciones de salud de las mujeres. La estrategia para alcanzar este objetivo está centrada en la promoción de la participación activa y solidaria de la mujer, a través de organizaciones de la comunidad, en la gestión local para obtener una mejor calidad de vida para sí, para su familia y para su comunidad.

- Contribuir a mejorar la atención y los servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres en los distintos períodos del ciclo vital: niñez, adolescencia, edad adulta, edad mediana y vejez. El enfoque estratégico del programa para alcanzar este objetivo es el de trabajar coordinadamente con otros programas del Ministerio, partiendo del supuesto de que al transversalizar la problemática de género en la investigación y capacitación del recurso humano para la atención, prevención y promoción de la salud de la mujer estaremos contribuyendo a su desarrollo integral.

Se entiende por:

- Promoción de la Salud el proceso que conduce al fortalecimiento de la mujer para aumentar el control sobre su salud y sus posibilidades de mejorarla.

- Capacitación del recurso humano el proceso de formación de un nuevo personal capaz de reconocer las diferencias inter e intragenéricas y capaz de

actuar en consecuencia, con propuestas innovadoras para planificar servicios que brinden el acceso equitativo a ambos sexos.²¹

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

Los Comportamientos o Conductas son determinantes y decisivos de la salud física y mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad a que ésta se produzca.

El comportamiento está tan arraigado en los grupos sociales, influido por las diferencias sociales y dependiente de los recursos disponibles, que su naturaleza es primordialmente social.

Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis.

CONTROL GINECOLOGICO PREVENTIVO

El Programa de Salud de la Mujer define al control ginecológico preventivo dentro de las actividades pertenecientes a la atención primaria, como a la atención de salud ginecológica integral realizada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital.²²

Objetivos

- Realizar acciones de fomento y protección de la salud integral de la mujer.
- Detectar precozmente trastornos de la nutrición.
- Prevenir y pesquisar exposiciones a riesgos laborales y ambientales.
- Prevenir y detectar precozmente afecciones ginecológicas.

- Promover la detección de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- Prevenir y pesquisar factores de riesgo para patología cardiovascular, obesidad, hipertensión, diabetes, cánceres (cervicouterino, mama, vesicular).
- Pesquisar y detectar enfermedades crónicas en las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer.
- Pesquisar morbilidad que pueda afectar a la mujer en el periodo climatérico y senescencia.
- Explorar aspectos de violencia intrafamiliar.
- Realizar adecuado seguimiento de la población femenina beneficiaria.

El Estado es responsable de elaborar y de articular las medidas adecuadas de prevención, atención y provisión de requerimientos en salvaguarda de la salud de su población. Es responsable del respeto de los derechos de los y las ciudadanos/as a la salud, y del cumplimiento de las obligaciones de las instituciones, organismos y empresas proveedoras de servicios de atención de la salud en sentido amplio, en particular para las enfermedades que muestran una inclinación a transformarse en epidémicas (como las que se denominan enfermedades de transmisión sexual (ETS), el HIV y SIDA) y las no transmisibles (ENT) como el cáncer.

Con este fin, la Argentina ha sancionado un conjunto de regulaciones de diverso tipo que se refiere a la atención en término de tratamientos, tecnologías, medicación y ha constituido con carácter obligatorio la atención por parte de las obras sociales, de los hospitales públicos y de las empresas de medicina prepaga.

Una de ellas es:

Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud. Sancionada el 24/10/2000 - Publicada en el B.O. el 7 de Noviembre de 2000- Actualiza y aprueba el **Programa Médico Obligatorio** para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660, el Catálogo de Prestaciones y las Guías de

Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud.²³

En él se detallan el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas, sin cargo alguno para el beneficiario, de acuerdo a los medios de diagnóstico y terapéuticos reconocidas en ambulatorio e internación por la autoridad de aplicación.

El Programa Médico Obligatorio establece en su apartado 2.2 el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y en el apartado 2.3 el Programa de Prevención del Cáncer de Mama.

El enfoque que se establece es de carácter preventivo. La detección precoz y el control de las patologías a través de estudios y controles periódicos.

El Programa de prevención del cáncer del cuello uterino obliga a los servicios médicos adheridos al Seguro de Salud, efectuar a todas las mujeres mayores de 25 años -que hayan iniciado su vida sexual- y hasta los 70 años, un Test de Papanicolaou (PAP). Si éste diera como resultado "normal", repetirlo cada tres (3) años.

Si la el PAP diera "anormal", deberá realizarse una colposcopia y un cepillado endocervical. Si estos estudios dieran "normal", repetir el PAP dos (2) veces en un año. Si estos dos últimos dieron "normal", se continuará con un PAP por año, durante 3 años. De persistir normales los resultados, se hará un control cada 3 años.

Si la colposcopia indica patología o "anormal", se debe realizar una biopsia dirigida por colposcopia; el médico/a indicará el tratamiento adecuado y oportuno. Si la biopsia es "negativa", se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos controles fueran "normales", se continuará con el control cada 3 años.

El Programa de prevención del cáncer de mama funda su acción en la detección precoz del cáncer. Hace hincapié en que se debe promover y enseñar a

efectuar el autoexamen mamario -incluyendo la palpación de la axila- con planes de educación, folletos ilustrativos y otras estrategias de comunicación.

Establece niveles diferentes de riesgo para las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama y aquella población en riesgo standard.

Para las mujeres por debajo de los 40 años con una fuerte historia familiar de la enfermedad, se recomienda la realización de una mamografía a los 36 años y una mamografía anual, a partir de los 40.

Para la población mencionada en segundo lugar -sin antecedentes familiares de cáncer-se recomienda una mamografía a los 50 años.

Si fuera "negativa", se debe continuar con una mamografía cada 2 años hasta los 69 años de edad.

Si el resultado de la mamografía es "anormal", el médico indicará que se haga una biopsia.

Si la biopsia da "positivo", se indicará un tratamiento adecuado. Si en cambio, fuera "negativo", deberá realizar una mamografía por año.

Con un resultado "normal", se continúa con control cada 2 años.

Diagnóstico

El primer paso para efectuar una detección precoz del cáncer de mama consiste en que las mujeres deben conocer cómo son sus propios senos.²⁴

➤ Autoexamen de mamas

Debe llevarse a cabo en dos momentos y de la siguiente forma, según indicaciones del

Instituto Alexander Fleming, Argentina:

Parada de frente al espejo, OBSERVE si hay cambios

* Colocar las manos a los lados del cuerpo y mirar las mamas;

* Con las manos sobre la cabeza, mire si hay cambios;

* Con las manos en la cintura, apriete hacia abajo, inclínese hacia abajo y hacia

delante.

Mire si nota alguna diferencia.

Acostada, examínese al tacto cada mama, de la siguiente forma:

* Acuéstese y ponga una toalla debajo del hombro derecho, levante el brazo

derecho sobre la cabeza y con la mano izquierda.

* Examínese la zona desde la axila hasta la línea baja del corpiño a través del

pecho, hasta el esternón y, desde la clavícula hacia la axila, empleando la yema de los dedos medios de la mano izquierda. Arquee la mano y mueva los dedos en círculos del tamaño de una moneda de 10 centavos.

* Emplee tres niveles de presión: suave, mediano y fuerte.

* Examínese toda la zona pasando la mano de arriba hacia abajo.

* Seguidamente, examínese la mama izquierda con la mano derecha siguiendo

todos los pasos del ejemplo anterior, colocando esta vez, una toalla debajo del hombro izquierdo, y la mano izquierda sobre la cabeza.

La mamografía

La mamografía es una radiografía del seno.

Las mamografías se pueden usar para buscar el cáncer de seno en mujeres que no presentan signos o síntomas de la enfermedad. Este tipo de mamografía se llama mamografía selectiva de detección; es decir, se elige este procedimiento según las características y preferencias de la mujer para buscar el cáncer de seno cuando no hay síntomas. Por lo general, una mamografía requiere dos radiografías o imágenes de cada seno. Las imágenes hacen posible que se detecten tumores que no se pueden palpar o encontrar microcalcificaciones (pequeños depósitos de calcio en el seno) que, algunas veces, son indicación de la presencia de cáncer de seno.

Las mamografías pueden usarse también para buscar el cáncer de seno después de haberse encontrado un abultamiento u otro signo o síntoma de dicho cáncer. Este tipo de mamografía se llama mamografía de diagnóstico. Los signos del cáncer de seno pueden ser dolor, engrosamiento de la piel, secreción del pezón o un cambio en el tamaño o forma del seno; sin embargo, estos signos pueden ser también signos de estados benignos. Una mamografía de diagnóstico puede usarse también para evaluar cambios que se encuentran durante una mamografía selectiva de detección o para ver el tejido del seno cuando es difícil obtener una mamografía de detección debido a circunstancias especiales como, por ejemplo, la presencia de implantes en los senos.

¿Cuál es la diferencia entre una mamografía selectiva de detección y una mamografía de diagnóstico?

Las mamografías de diagnóstico toman más tiempo que las mamografías selectivas de detección porque requieren más radiografías para obtener vistas del seno desde varios ángulos. El técnico puede amplificar una zona sospechosa para producir una imagen detallada que ayude al médico a hacer un diagnóstico preciso.

¿Cuáles son los beneficios de las mamografías selectivas de detección?

La detección temprana del cáncer de seno con la mamografía selectiva de detección significa que el tratamiento puede empezarse más pronto en el curso de la enfermedad, posiblemente antes de que se haya extendido. Los resultados de estudios clínicos aleatorizados y otros estudios indican que la mamografía de detección puede ayudar a reducir el número de muertes por cáncer de seno entre las mujeres de 40 a 74 años de edad, especialmente para las que tienen más de 50 años. Sin embargo, los estudios llevados a cabo hasta la fecha no han indicado que haya un beneficio de las mamografías de detección regulares en mujeres menores de 40 años o de las mamografías de detección como base (mamografías que se usan como punto de comparación) que se toman antes de los 40 años.

¿Cuáles son algunos de los daños posibles de las mamografías de detección?

- Detectar el cáncer no siempre significa salvar vidas: Aun cuando las mamografías pueden detectar tumores malignos que no se pueden palpar, tratar un tumor pequeño no siempre significa que se salvará la vida de una mujer. Un cáncer de crecimiento rápido o de gran malignidad puede haberse diseminado ya a otras partes del cuerpo antes ser detectado. Además, las mamografías de detección pueden no ayudar a una mujer que sufre de otros padecimientos de salud que ponen su vida más en peligro.
- Resultados negativos falsos: Estos ocurren cuando las mamografías parecen normales aun cuando el cáncer de seno está presente. En general, se escapan a las mamografías de detección hasta 20% de los cánceres de seno presentes cuando se hace esta prueba.

La causa principal de los resultados negativos falsos es la alta densidad del seno. Los senos contienen tanto tejido denso (es decir, tejido glandular y tejido conjuntivo, lo cual en conjunto se conoce como tejido fibroglandular) como tejido adiposo (graso). El tejido adiposo aparece de color oscuro en las mamografías, mientras que el tejido denso y los tumores aparecen como zonas blancas. Ya que el tejido fibroglandular y los tumores tienen

una densidad semejante, puede ser más difícil detectar los tumores en mujeres con senos más densos.

Los resultados negativos falsos ocurren con más frecuencia entre mujeres jóvenes que en mujeres de mayor edad ya que las mujeres jóvenes tienen más probabilidad de tener senos densos. Conforme envejece la mujer, sus senos se hacen más grasos, y los resultados negativos falsos son menos probables. Los resultados negativos falsos pueden conducir a que se retrase el tratamiento y a un sentido falso de seguridad de las mujeres afectadas.

- Resultados positivos falsos: Estos ocurren cuando los radiólogos concluyen que las mamografías son anormales pero en realidad no hay cáncer presente. Todas las mamografías anormales se deberían seguir con pruebas adicionales (con mamografía de diagnóstico, con ecografía o con una biopsia) para determinar la presencia del cáncer. Los resultados positivos falsos son más comunes en mujeres jóvenes, en mujeres que han tenido biopsias de seno con anterioridad, en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno y en mujeres que toman estrógeno (por ejemplo, como terapia hormonal para la menopausia).

Los resultados positivos falsos de las mamografías pueden conducir a la ansiedad y a otras formas de angustia psicológica en las mujeres afectadas. Las pruebas adicionales que se requieren para descartar la presencia de cáncer pueden también ser costosas y requerir tiempo y pueden causar molestias físicas.

- Sobrediagnóstico y exceso de tratamiento: Las mamografías de detección pueden encontrar cánceres y casos de carcinoma ductal in situ (CDIS, un tumor no invasivo en el que las células anormales que pueden hacerse cancerosas se forman en el revestimiento de los conductos del seno) que necesitan ser tratados. Sin embargo, ellas pueden también encontrar cánceres y casos de CDIS que nunca causarán síntomas o pondrán en

peligro la vida de la mujer, lo que conduce a “sobrediagnóstico”. No es necesario un tratamiento de estos últimos cánceres y casos de CDIS y esto conduce a “exceso de tratamiento”. El exceso de tratamiento expone sin necesidad a la mujer a los efectos adversos asociados con el tratamiento del cáncer.

- Exposición a radiación: Las mamografías requieren muy pequeñas dosis de radiación. El riesgo de algún daño por la exposición a esta radiación es muy leve, pero hacerse radiografías repetidas veces podría causar cáncer. Sin embargo, los beneficios casi siempre superan el riesgo.

Para averiguar la causa de bultos, cambios en la mama (detectados en el auto examen) o en imágenes que aparecen como anormales en una mamografía, el médico hará un examen físico detallado y preguntará la historia médica familiar y personal. Podrá hacer uno o varios de los siguientes exámenes:

* Examen clínico.

* Mamografía

* Ecografía

Con base en estos exámenes puede solicitar más estudios, extraer líquido o tejido para hacer el diagnóstico. En este caso puede realizarse:

* Una aspiración con aguja fina para extraer líquido del bulto -que es casi indolora-

y su examen en laboratorio.

* Una biopsia con aguja, con extracción de tejido del área que la imagen de la

mamografía presenta como sospechosa. La muestra se envía a analizar por un patólogo.

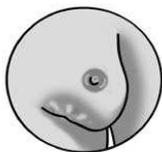
* Una biopsia quirúrgica. El patólogo examina el tejido bajo microscopio para

verificar si tiene células cancerosas.

Signos de cáncer de seno...



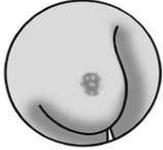
Bulto



Hoyuelo en la piel



Cambio en el color o la textura de la piel



Cambio de la apariencia del pezón o que se mete hacia adentro



Líquido Transparente o con sangre que sale del pezón.

Prevención de cáncer de cuello uterino

Entre las medidas preventivas para el diagnóstico oportuno se cuenta con una herramienta que es la Prueba del Papanicolaou (PAP). Ésta debe realizarse a toda mujer con vida sexual activa.²⁵

Prueba De Papanicolaou:

Esta prueba toma el nombre del investigador que observó por primera vez las células del cérvix y útero en un frotis de secreciones vaginales, en la cual se detectó células anormales o atípicas en etapas tempranas del cáncer de cuello uterino.

La prueba consiste en realizar los siguientes pasos: 1º.- Por medio de un espéculo (instrumento que sirve para abrir la vagina) el médico o la médica observa con atención el cuello del útero y raspa con un cepillito la superficie del mismo para tomar una muestra de los tejidos. No duele ni causa molestias. 2º.- Las células se colocan sobre una lámina de vidrio y se envían al laboratorio para que un patólogo las analice.

¿Ante qué evidencias hacer un PAP?

- Si la menstruación le dura demasiado tiempo o si sangra con mayor abundancia que lo habitual.

- Si sangra por la vagina en forma anormal en los siguientes casos: a. Entre una menstruación y otra; b. Después de una relación sexual; c. Después de un lavado vaginal.

- Aunque se haya hecho una histerectomía o esté en la menopausia debe continuar haciéndose el PAP

- Momento del ciclo menstrual: El momento ideal para efectuar la prueba es entre los 10 y 20 días después de comenzado el período de menstruación, ya que la sangre puede modificar los resultados.

¿Qué significan los resultados del PAP?

Existe una manera de informar los resultados cuya clasificación general es como la siguiente:

Clase I: Negativo o normal. Es cuando las células son normales y no hubo cambio en ellas.

Clase II: irregular o anormal. Cuando las células son ligeramente anormales: esto puede ser debido a una pequeña inflamación de los tejidos del cuello de útero. Por lo general no se indica tratamiento pues muchas de las células vuelven con el tiempo a la normalidad sin tratamiento médico. En general el/la médica recomiendan repetir el PAP a los 3 ó 6 meses.

También podrá pedir una biopsia para confirmar los resultados del PAP.

Clase III: sospechoso o displasia. No es cáncer. Es cuando las células cambiaron y hay que continuar investigando para determinar el grado de cambio anormal. Su

evolución es impredecible: a veces mejora sin tratamiento o continúa, por eso hay que controlarla con pruebas regulares. Las mujeres entre 25 y 35 años de edad corren un mayor riesgo de tenerla.

Clase IV y V: Probabilidad de carcinoma *in situ* o de cáncer invasor. Aparecen con resultado positivo en el PAP lo que indica una probabilidad de cáncer. Sólo una biopsia puede determinar de qué células se trata. En cualquiera de los casos, requerirán tratamiento.

Colposcopia

Una colposcopia es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda al médico a encontrar áreas anormales del cuello uterino.

Forma en que se realiza el examen

Usted se acostará sobre una mesa y colocará los pies en estribos con el fin de ubicar la pelvis para el examen. El médico insertará un instrumento (espéculo) dentro de la vagina para abrir las paredes vaginales y examinar el cuello uterino.

El cuello uterino y la vagina se frotran suavemente con vinagre diluido (ácido acético). Esto remueve el moco que recubre la superficie y resalta las áreas anormales. Algunas veces, también se aplica una solución a base yodo (de Lugol), similar a las soluciones empleadas para limpiar la piel, sobre el cuello uterino y la vagina.

El médico colocará el colposcopio en la abertura de la vagina y examinará el área.

Si algunas áreas lucen anormales, se extraerá una pequeña muestra de tejido (biopsia) usando unas pequeñas pinzas para biopsia. Se pueden tomar muchas muestras, dependiendo del tamaño y localización del área. Algunas veces, se

retira una muestra de tejido del interior del cuello uterino, lo cual se denomina legrado endocervical (LEC).

Preparación para el examen

No hay ninguna preparación especial.

No debe hacerse duchas vaginales, colocar ningún producto dentro de la vagina ni tener relaciones sexuales durante las 24 horas anteriores al examen. Tampoco debe estar menstruando de manera profusa.

La colposcopia se hace para detectar ya sea cáncer de cuello uterino o cambios que pueden llevar a cáncer en una etapa temprana.

Este procedimiento se hace con mayor frecuencia cuando se ha tenido una citología vaginal anormal. También se puede recomendar si se presenta sangrado después de la relación sexual.

La colposcopia también se puede hacer cuando el médico observa áreas anormales en el cuello uterino durante un examen pélvico. Éstas pueden incluir:

- Cualquier crecimiento anormal sobre el cuello uterino o en otra parte en la vagina
- Verrugas genitales o VPH
- Irritación o inflamación del cuello uterino

La colposcopia se puede emplear para rastrear el VPH y buscar cambios anormales que pueden reaparecer después del tratamiento.

Significado de los resultados anormales

Los hallazgos anormales que se pueden observar durante una colposcopia pueden ser:

- Patrones anormales en los vasos sanguíneos

- Áreas que están inflamadas, erosionadas o desgastadas (atróficas)
- Pólipos cervicales
- Verrugas genitales
- Parches blanquecinos en el cuello uterino

Los resultados anormales de la biopsia pueden abarcar:

- Cáncer de cuello uterino
- Neoplasia cervical intraepitelial (cambios tisulares precancerosos que también se denominan displasia cervical)
- Verrugas cervicales (infección con el virus de papiloma humano o VPH)

Riesgos

Después de la biopsia, puede presentarse algún sangrado hasta por una semana. Se puede tener calambres leves, la vagina puede sentirse adolorida y puede tener una secreción oscura durante 1 a 3 días.

CAPITULO IV

Teoría de autocuidado

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.²⁶

Las necesidades de autocuidado fueron clasificadas en tres categorías o requisitos, que deben ser satisfechos:

- Requisitos universales de autocuidado. Comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, de soledad y de interacción social; promoción de la salud, y prevención de accidentes.
- Requisitos de autocuidado para el desarrollo. Están determinados por el ciclo vital.
- Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud. Incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.

Las prácticas de autocuidado se refieren a todas las acciones, sentimientos y capacidades de la mujer, que la llevan a tomar decisiones para conservar su salud física, mental, espiritual y emocional por medio de la reafirmación como persona y sobre la base de sus necesidades individuales, lo cual le posibilita el desarrollo personal a partir de su autonomía, la construcción de un autoconcepto positivo y una alta autoestima.

El interés por conocer cómo promueven su salud los profesionales de la salud radica en la primicia que tienen en frente a la población para motivarlos a cuidar su salud.

Consideramos que hay obstáculos para el autocuidado de las enfermeras que pueden ubicarse en las condiciones laborales como son: rotación de turnos, jornadas de trabajo prolongados, no disposición del tiempo propio, periodos prolongados de angustia en enfermeras de terapias, quirófano, guardia, poco tiempo libre para poder tener una rutina sana para el cuidado de su salud, escasos programa de salud ocupacional que apoyen la promoción de la salud se los trabajadores.²⁷

Y si además sumamos una serie de vivencias y sentimientos que provocan angustia y ansiedad en enfermeras se constituyen en factores que dificultan el autocuidado en enfermeras.

La situación que viven las enfermeras en cuanto al autocuidado de su salud, se puede explicar a partir del ámbito de trabajo, formación educativa y su inserción en general en la sociedad, es decir, no interesa analizar las conductas individuales del autocuidado de los profesionales de la salud, sino pasar de un riesgo individual al nivel de sistema social.²⁸ Bajo el modelo médico en el cual han sido entrenados los profesionales de la salud así como el espacio institucional en el que trabajan, las acciones preventivas tanto para aquellas dirigidas a la población como las que pueden prodigarse a sí mismo quedan a un segundo término, privilegiando en un primer lugar las acciones reparativas de curación, esto tiene su explicación dado que la “determinación productiva no sólo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas.”²⁹

En las medidas que las instituciones médicas se encuentran determinadas por el mercado, su función primordial es la curación más que la prevención, y esto se refleja no sólo en las acciones que emprenden con la población sino en los propios profesionales de la salud.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

- **Descriptivo:** trabaja sobre una realidad de hecho y especifica las propiedades importantes de las personas y el fenómeno (variables) sometido a análisis para luego medirlas con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de los mismos.
- **Correlacional:** también tiene como propósito medir el grado de relación e interacción que existe entre dos o más variables entre sí, posteriormente, ésta correlación se somete a análisis, pudiendo ser positiva o negativa. Así, permite anticipar cómo se comportará una variable por medio de los cambios que sufra la otra.
- **Transversal:** apunta a un momento y tiempo definido.

Área de estudio:

El Hospital Pediátrico Dr. Humberto J. Notti es el de mayor complejidad en su tipo en la región del Nuevo Cuyo, ubicado en la calle Bandera de los Andes 2603, del distrito Villa Nueva, perteneciente al departamento de Guaymallén de la provincia de Mendoza. Sustenta un desarrollo organizacional basado en la planificación estratégica, el desarrollo del recurso humano y la gestión de calidad.

Teniendo como objetivo central al niño y su familia, su salud, su bienestar durante la enfermedad y sus necesidades, se diseña y planifican actividades asistenciales, docentes y de investigación.

Es un hospital de III nivel- Alta, descentralizado y de autogestión, con metas y estrategias que se evalúan y analizan periódicamente. Midiendo sus resultados se sustentan los cambios.

Dentro de la atención de alta complejidad atiende:

- Cirugía cardiovascular
- Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Tomografía axial computada helicoidal.
- Trasplantes de córnea y esclera
- Seguimiento de trasplante hepático y renal.
- Atención de todas las especialidades pediátrica reconocidas por las organizaciones de salud internacionales.
- Programación y control de actividades.
- Diseño y evaluación de procesos, resultados, indicadores, opinión del usuario.
- Dedicación y compromiso del personal.
- Horarios de atención extendidos.
- Internación por cuidados progresivos.
- Programa de internación domiciliaria.
- Participación en programas comunitarios de prevención.
- Humanización de la atención a través de áreas saludables: biblioteca infanto-juvenil, salas de juego, escuela hospitalaria.

- Programas especiales, entre otros podemos nombrar: de recreación y juegos, de cuidados paliativos, de prevención de accidentes e intoxicación.

El hospital está constituido por áreas o sectores distribuidos de la siguiente manera:

- Atención Ambulatoria, distribuida en cinco islas, en una zona cercana a los sectores de diagnóstico y farmacia.
- Sectores de guardia y emergencias, con áreas de internación temporaria .
- Sectores de internación, distribuidos en cinco sectores por cuidados progresivos, cuatro de clínica y uno de cirugía. Un sector para Hospital de día, un área para el servicio de terapia intensiva e Intermedia, otra para terapia intensiva Neonatal y una tercera para Recuperación cardiovascular.

Universo:

El Servicio que abordamos, se atiende una totalidad de 44 enfermeras, de las cuales la totalidad de la población cumple con las características que buscamos. Así, el universo está conformado por un total como ya lo mencionamos anteriormente de 44 enfermeras de los servicios de terapia intensiva A y B, del Hospital H. Notti en el año 2012.

Muestra:

No se trabaja con muestra por que se utiliza la totalidad de la población, es decir con el universo.

Unidades de Análisis:

Serán sujetos de estudio y fuentes de información:

-cada una de las enfermeras de los servicios ya mencionados, en los lapsos de tiempo pautados y que reúnan las características que basan nuestra investigación.

HIPOTESIS

Las enfermeras de los servicios de la terapia Intensiva A y B tiene un regular habito en la realización del control ginecológico anual, debido a la falta de tiempo para su autocuidado.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Enfermeras

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Hábitos en control ginecológicos.

VARIABLE TEORICA:

- Enfermeras: son aquellas mujeres profesionales sanitarias que se dedican al cuidado personal e intensivo de un paciente pediátrico crítico en el centro hospitalario, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporcionando una atención integral de la salud.
- Hábitos en control ginecológicos: se refiere a conductas, comportamientos o acciones de la mujer de concurrir al control médico en ausencia de enfermedad, a fin de una revisión o chequeo anual tomando las medidas adecuadas para evitar la aparición de la enfermedad, como la reducción de los factores de riesgo, además de las medidas destinadas a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

VARIABLE INTERMEDIA:

- Autoexamen mamario
- Mamografía
- Colposcopia

- PAP

VARIABLE EMPIRICA:

- Periódicamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Anualmente

VARIABLE INTERMEDIA:

VARIABLE EMPIRICA:

- | | |
|-----------------------|--|
| • Edad: | -de 20 a 29 años.
-de 30 a 39 años.
-de 40 a 49 años.
-de 50 a 60 años. |
| • Estado Civil: | -soltera.
-en concubinato.
-casada.
-divorciada.
-viuda. |
| • Hijos: | -si
-no |
| • Cantidad de hijos: | -1 a 2
-3 a 4
- más de 4 |
| • Nivel de formación: | -auxiliar
-profesional
-licenciada |

- Cantidad de trabajo: - 1 a 2
-3 o más
- Cantidad de horas de trabajo: - < de 40 horas semanales
- 40 horas semanales
- > de 40 horas semanales

Selección de Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos consisten en:

1) **Encuesta estructuradas**

El instrumento de recolección de datos que consideramos más adecuado consiste en encuestas estructuradas, anónimas y de preguntas cerradas destinadas a las enfermeras de los Servicios en cuestión. Dichas encuestas se confeccionarán utilizando como base la Operacionalización de Variables de manera que sea posible estudiar las mismas en la realidad.

Fuentes de Información:

Los datos recolectados serán obtenidos a partir de Fuentes Primarias, es decir que serán brindados por las mismas personas involucradas en el tema sobre el mismo terreno en estudio.

Planificación de la Recolección de Datos:

- **Autorización:** A la jefa de servicio de terapia A, Lic. Viviana Fernandez-Yañez y a la Jefa del servicio de terapia B, Lic. Matilde Peralta.
- **Recursos:** Tanto los recursos humanos como así también los financieros, materiales y temporales que harán factible el estudio estarán a cargo de los investigadores.

Procesamiento de la Información:

Una vez que se hayan obtenido los datos necesarios, éstos serán codificados y volcados en una matriz de datos, a partir de la cual se procederá a tabular los mismos, es decir que serán presentados en tablas de doble entrada con su correspondiente relación numérica. Posteriormente se confeccionarán los gráficos de torta y barra que representan dichas tablas.

Plan de Análisis:

Consiste en el análisis e interpretación de la información, así como el establecimiento de relaciones entre las distintas variables y dimensiones de manera bivariadas.

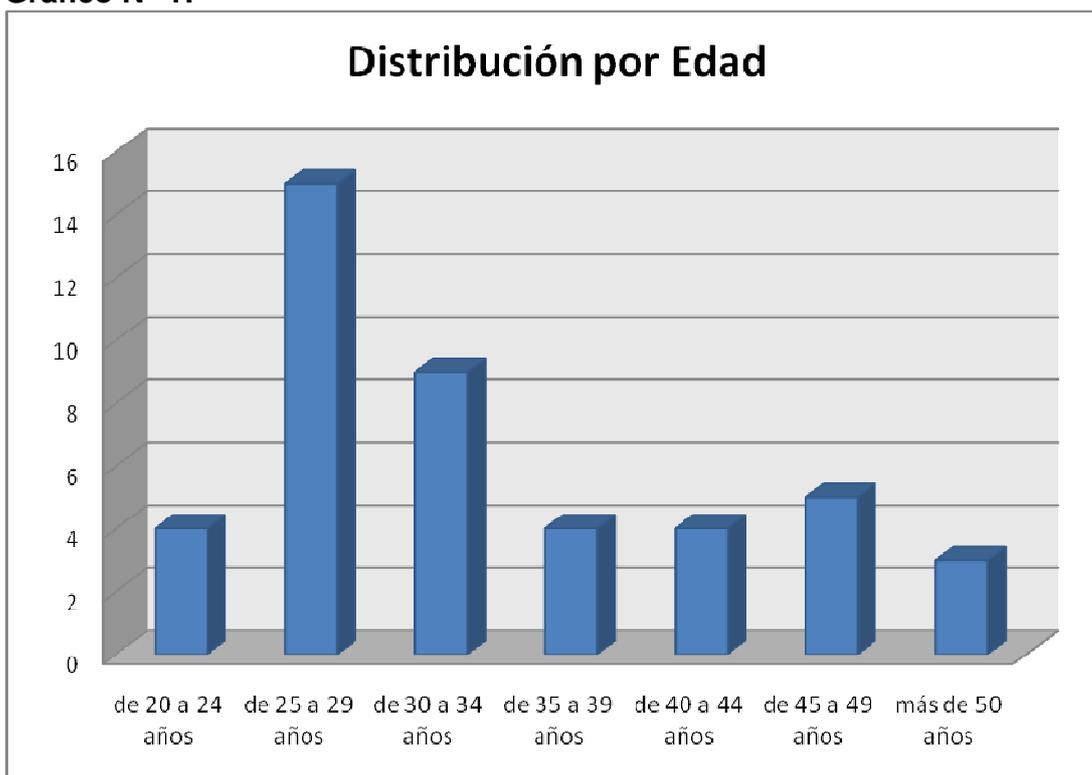
A partir de éste análisis se elaborarán las conclusiones.

Tabla N° 1: “N° de personas en estudio, según Edad” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Edad	F.A.	F.R.
de 20 a 24 años	4	9%
de 25 a 29 años	15	34%
de 30 a 34 años	9	21%
de 35 a 39 años	4	9%
de 40 a 44 años	4	9%
de 45 a 49 años	5	11%
más de 50 años	3	7%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 1:



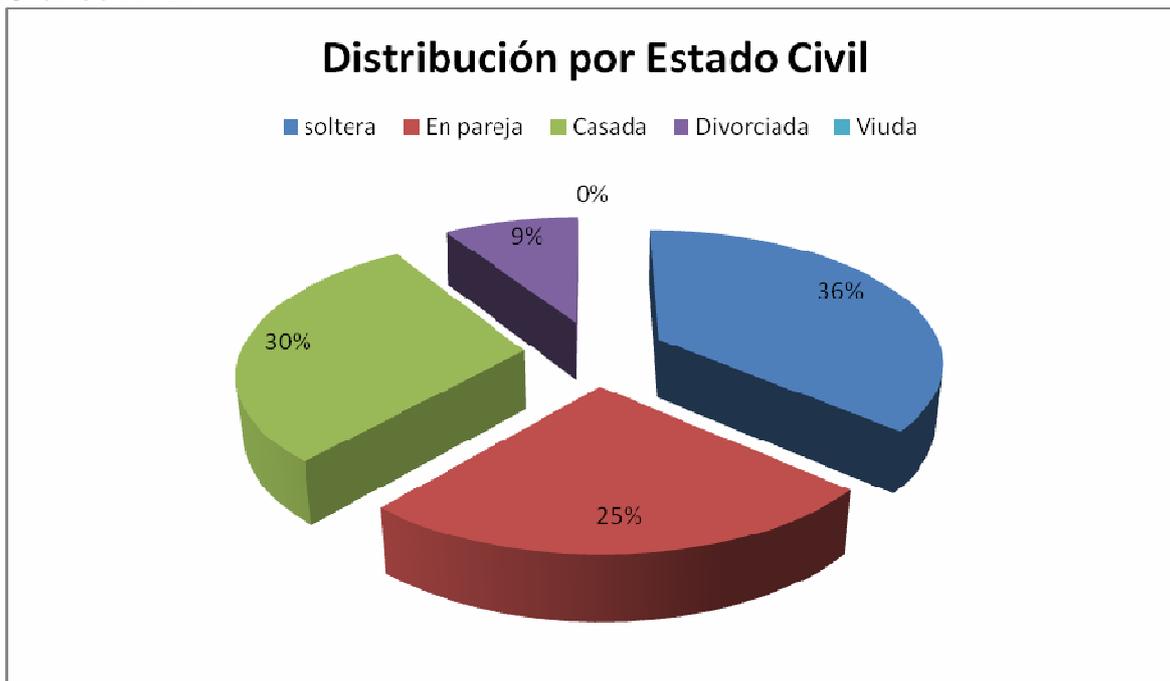
Comentario: En el siguiente gráfico podemos observar que el personal en estudio en su mayoría es menor de 35 años por lo que se observa una población de enfermería joven en relación al 7% de la muestra que representa el personal con más de 50 años.

Tabla N° 2: “N° de personas en estudio según Estado Civil” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Estado Civil	F.A.	F.R.
soltera	16	36%
En pareja	11	25%
Casada	13	30%
Divorciada	4	9%
Viuda	0	0%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 2:



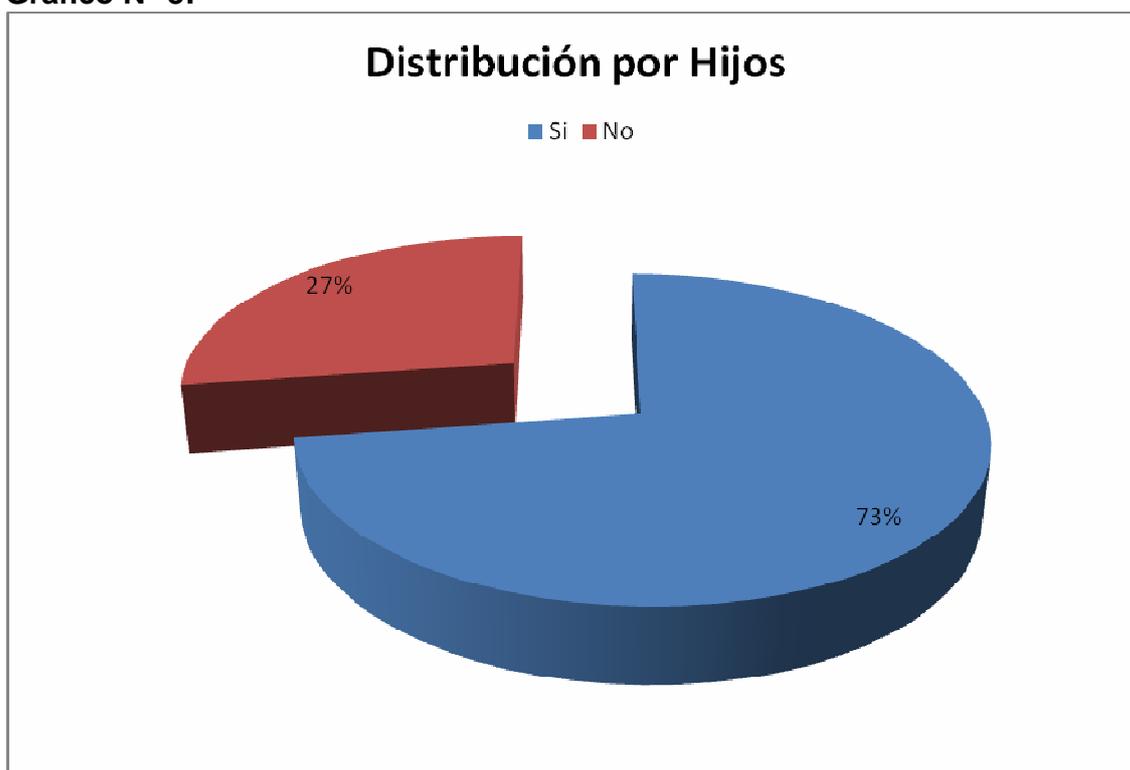
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 36% de las personas en estudios son solteras, el 30% son casadas, el 25% están en pareja y solo el 9% son divorciadas. La importancia que podemos resaltar es que la mayor parte de la muestra tiene vida sexual activa y se encuentran en edad fértil.

Tabla N° 3: “N° de personas en estudio según Hijos” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Hijos	F.A.	F.R.
Si	32	73%
No	12	27%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 3:



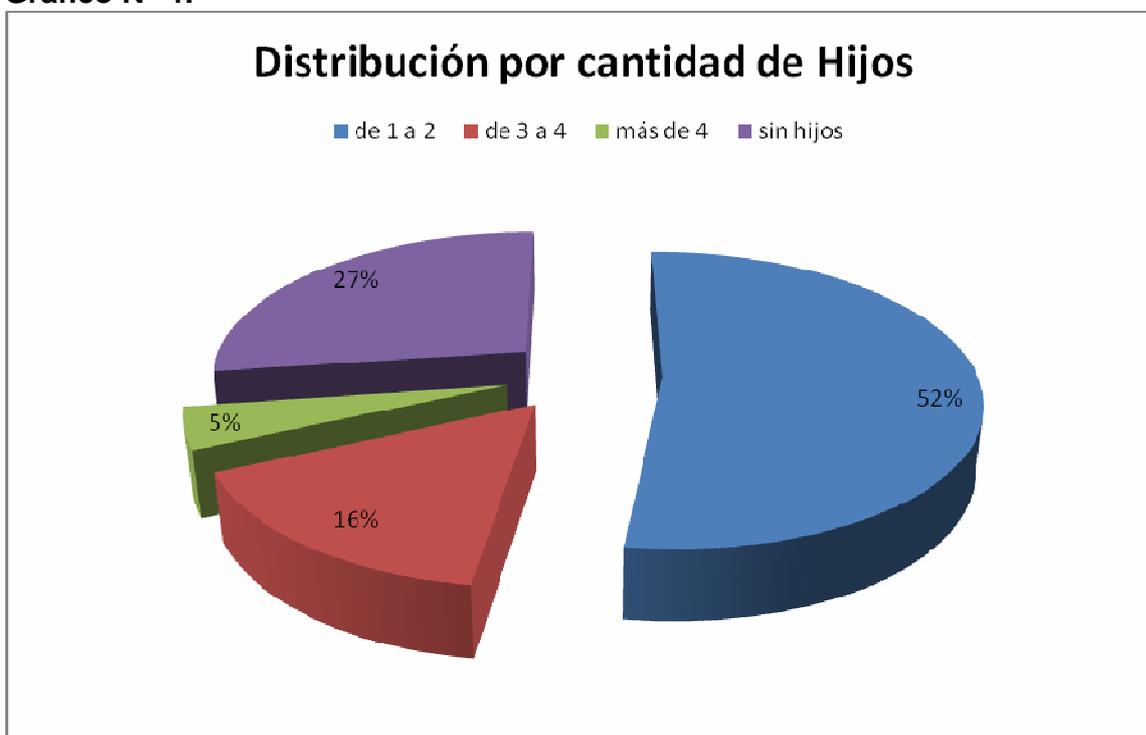
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 73% de las personas en estudios “SI” tiene hijos y el 27% restantes “NO”. Con este gráfico podemos visualizar que la mayoría de las mujeres encuestadas han tenido hijos y por ello han asistido al ginecólogo y han recibido controles prenatales.

Tabla N° 4: “N° de personas en estudio según Cantidad de Hijos” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Cantidad de Hijos	F.A.	F.R.
de 1 a 2	23	72%
de 3 a 4	7	22%
más de 4	2	6%
sin hijos	12	27%
TOTAL	44	127%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 4:



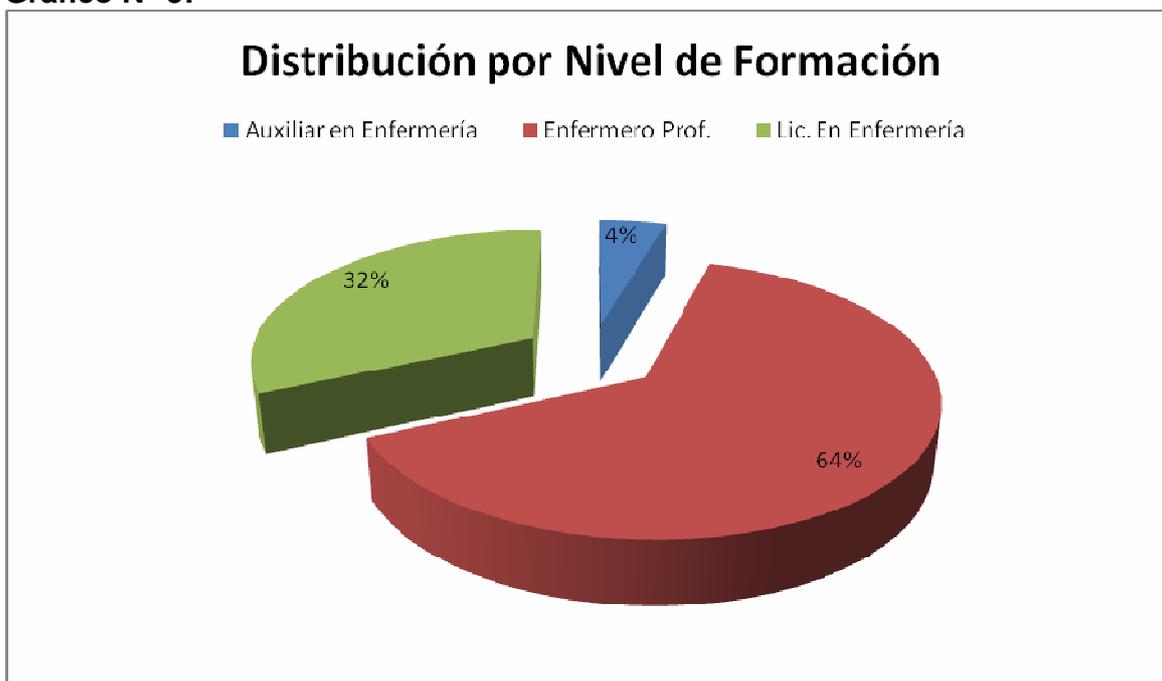
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 72% de las personas en estudios tienen de 1 a 2 hijos, el 22% tienen de 3 a 4 hijos y el 6% restante tienen más de 4 hijos. Esto nos señala que la mayoría de enfermeras tienen de 1 a 2 hijos.

Tabla N° 5: “N° de personas en estudio según Nivel de Formación” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Nivel de Formación	F.A.	F.R.
Auxiliar en Enfermería	2	4%
Enfermero Prof.	28	64%
Lic. En Enfermería	14	32%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 5:



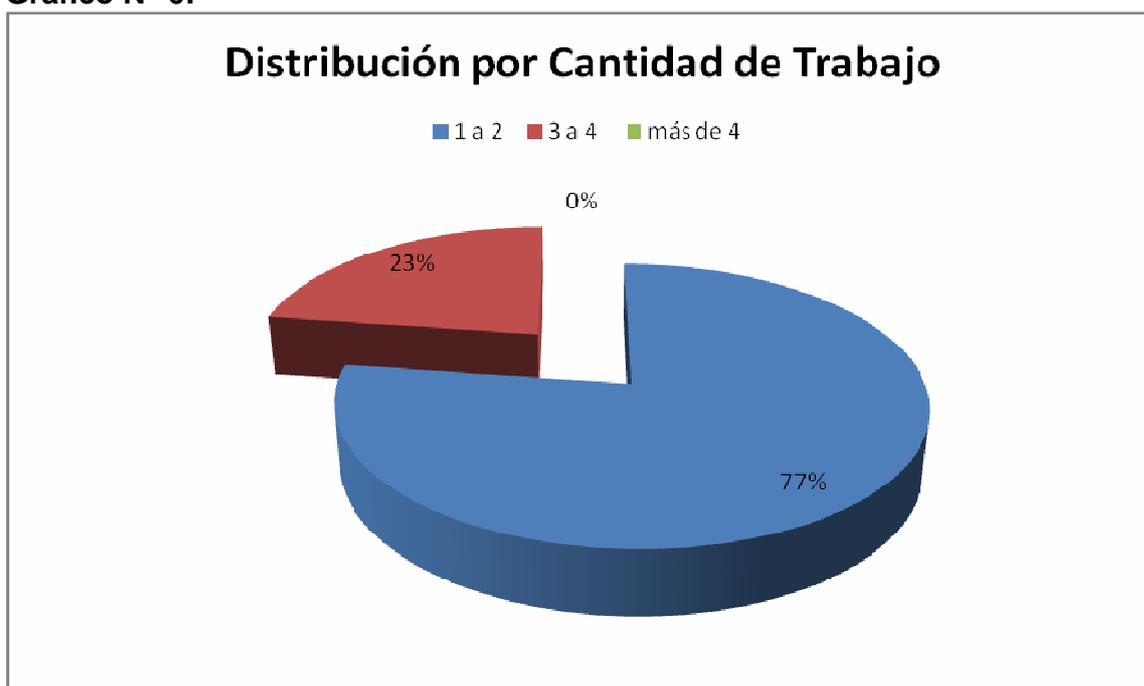
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 64% de las personas en estudios son Enfermeros Profesionales, el 32% son Lic. En Enfermería y el 4% restante son Auxiliares de Enfermería. Este gráfico nos deja observar que más del 90% de la muestra son enfermeras Profesionales y Licenciadas en Enfermería lo que nos deja apreciar el gran nivel de formación que poseen los servicios de Terapias Intensivas.

Tabla N° 6: “N° de personas en estudio según Cantidad de Trabajos” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Cantidad de Trabajo	F.A.	F.R.
1 a 2	34	77%
3 a 4	10	23%
más de 4	0	0%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 6:



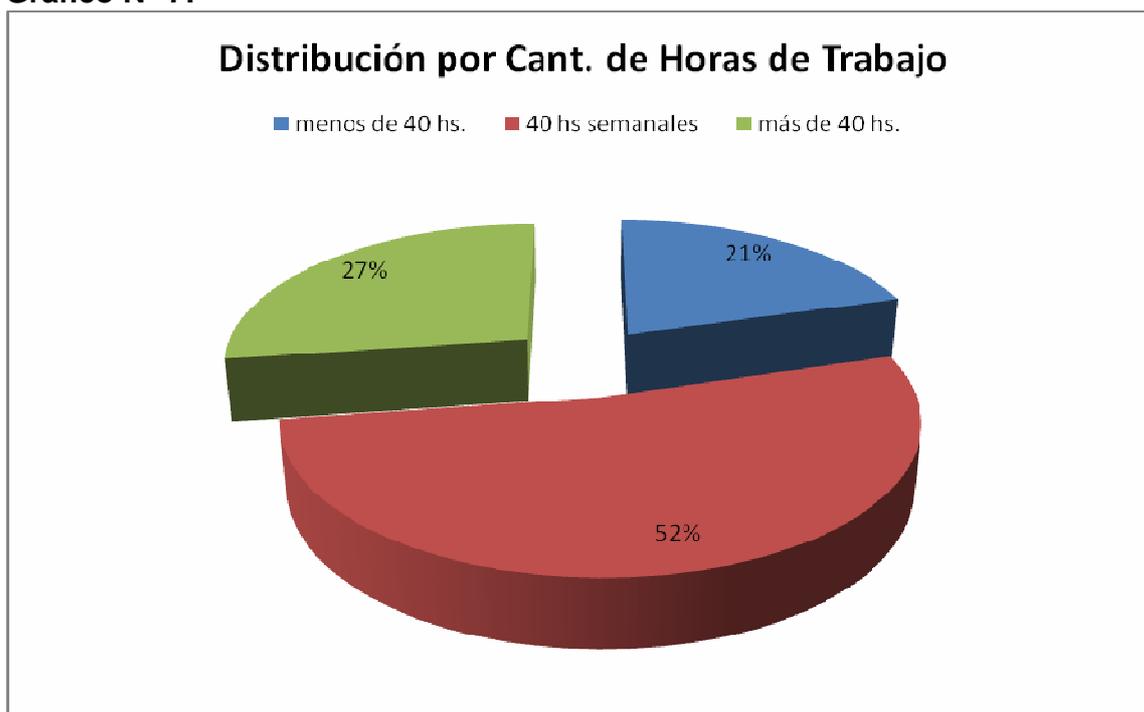
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 77% de las personas en estudios tienen de 1 a 2 trabajos y el 23% restante tienen de 3 a 4 trabajos. Esto nos deja visarse que la mayoría de la muestra posee 1 a 2 trabajos y un poco porcentaje tiene más de 3 trabajos.

Tabla N° 7: “N° de personas en estudio según Cantidad de Horas de trabajo” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Cant. de horas de Trabajo	F.A.	F.R.
menos de 40 hs.	9	21%
40 hs semanales	23	52%
más de 40 hs.	12	27%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 7:



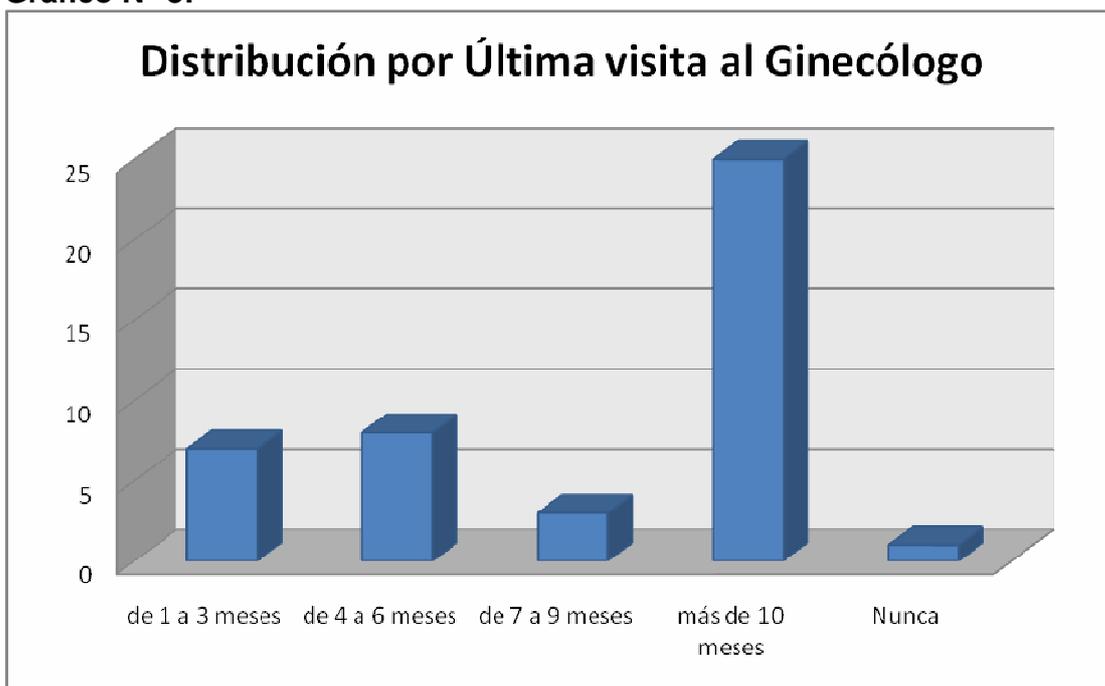
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 52% de las personas en estudios trabajan 40 horas semanales, el 27% más de 40 horas y el 21% restante trabajan menos de 40 hs semanales. Lo que nos dice que la gran mayoría de los profesionales trabajan 40 o más horas semanales y nos ayuda a visualizar la disponibilidad horaria que poseen las enfermeras en estudio.

Tabla N° 8: “N° de personas en estudio según Última visita al Ginecólogo” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Última visita al Ginecólogo	F.A.	F.R.
de 1 a 3 meses	7	16%
de 4 a 6 meses	8	18%
de 7 a 9 meses	3	7%
más de 10 meses	25	57%
Nunca	1	2%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 8:



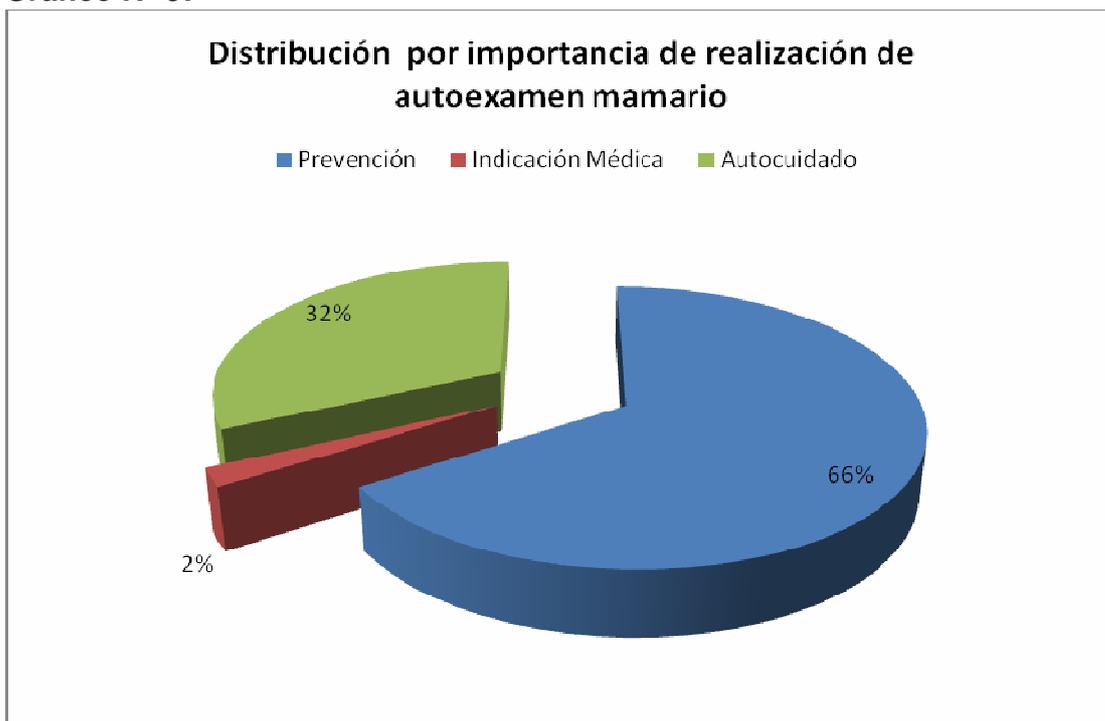
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 57% de las personas en estudios hace más de 10 meses que no asiste al ginecólogo, por lo que podemos apreciar que la gran mayoría de mujeres han dejado transcurrir un importante o significativo lapso de tiempo desde su última visita al ginecólogo, lo que demuestra un deficiente autocuidado por parte de las enfermeras.

Tabla N° 9: “Número de personas en estudio, según importancia de realización de autoexamen mamario” – Mendoza, Hospital Humberto Notti, año 2012

Realización de Autoexamen mamario	FA	FR
Prevención	31	66%
Indicación Médica	1	2%
Autocuidado	15	32%
TOTAL	47	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 9:



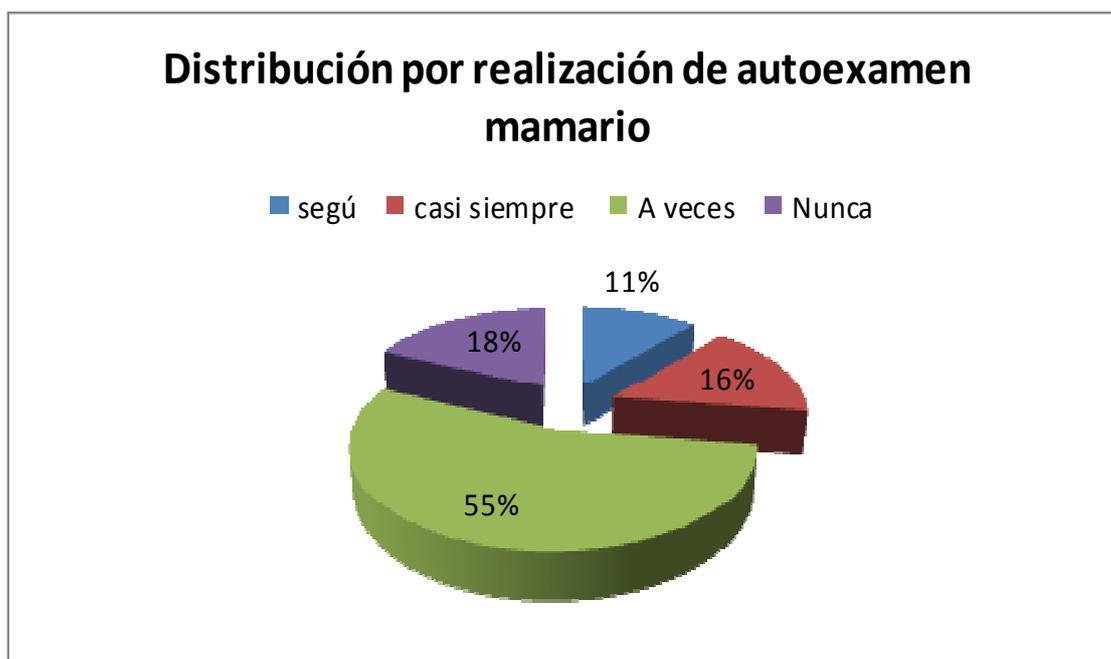
Comentario: En el presente gráfico se puede observar que de la población en estudio, el mayor porcentaje formado por el 66% le confiere mayor importancia a la realización de autoexamen mamario por prevención, en relación al 2% de la muestra que sólo lo realiza por indicación médica.

Tabla Nº 10: “Nº de personas en estudio según constancia en la realización de autoexamen mamario” – Mendoza, Hospital Humberto Notti, año 2012

	FA	FR
Siempre	5	11%
casi siempre	7	16%
A veces	24	55%
Nunca	8	18%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico Nº 10



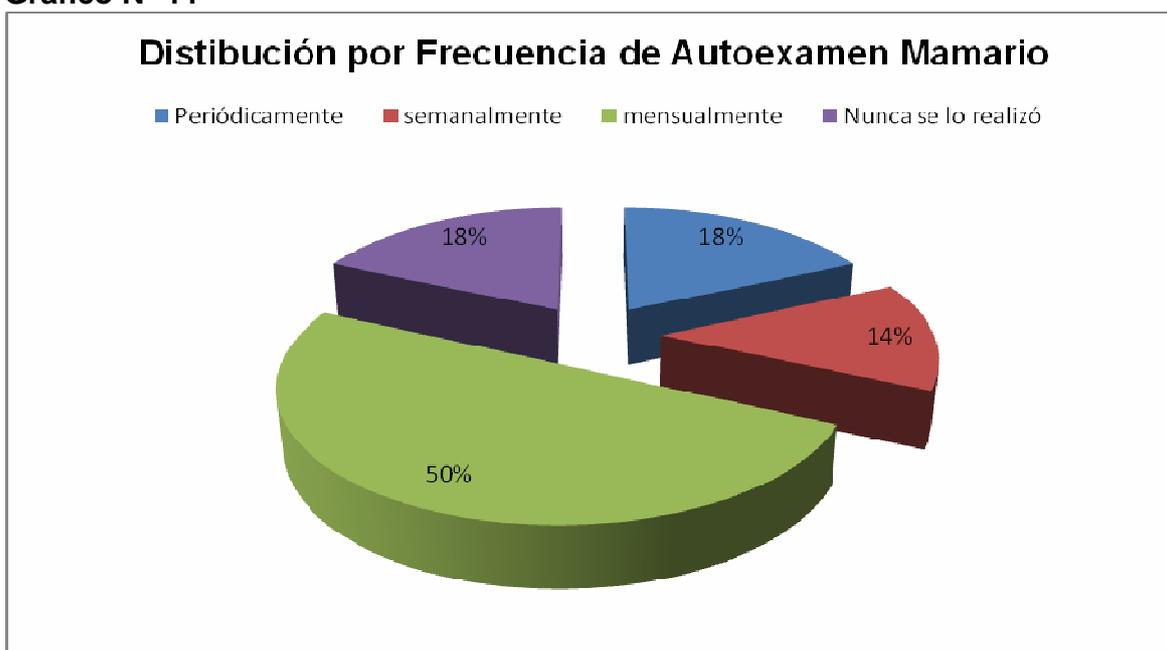
Comentario: En este gráfico el 55% de la población en estudio manifiesta una ineficaz constancia en la realización del autoexamen mamario, siguiendo en segundo lugar un 18% de la población en estudio quien nunca se ha realizado un autoexamen mamario.

Tabla Nº 11: “Número de personas en estudio según frecuencia de realización de autoexamen mamario” – Mendoza, Hospital Humberto Notti, año 2012

FRECUENCIA	FA	FR
Periódicamente	8	18%
semanalmente	6	14%
mensualmente	22	50%
Nunca se lo realizó	8	18%
TOTAL	44	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico Nº 11



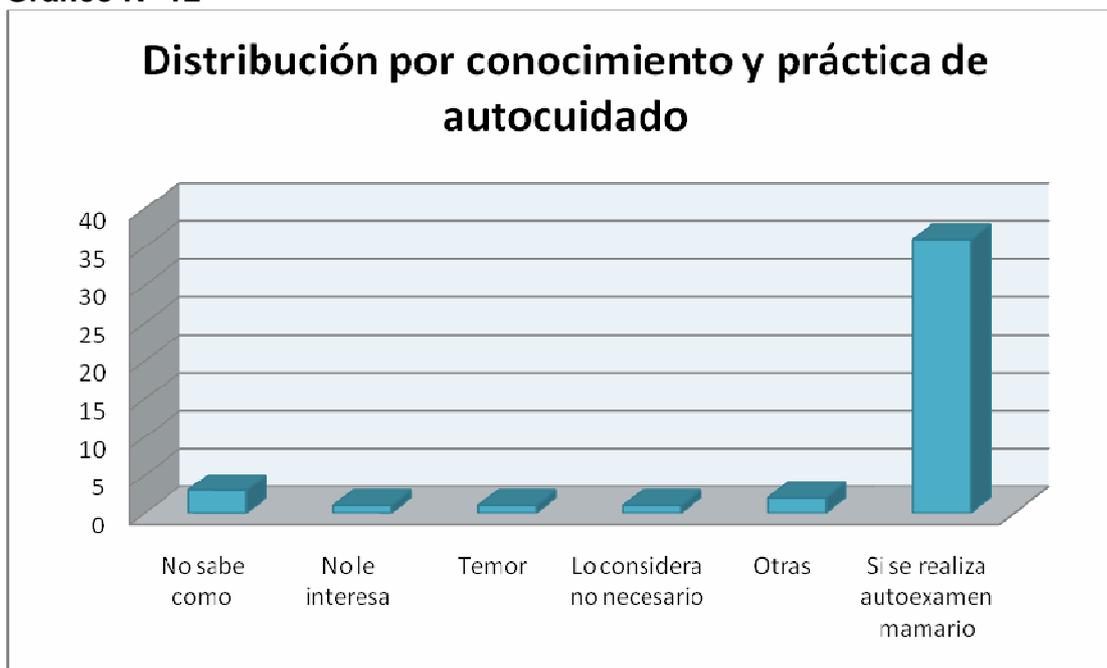
Comentario: En este gráfico se puede observar una gran diferencia en cuanto a la frecuencia con la que la población en estudio se realiza el auto examen de mama, siendo este un factor de riesgo para la salud de las mujeres. Sin embargo existe un 8% que reconoce la frecuencia con la que debe realizarse el autoexamen de mama, siendo este un factor positivo para su propia salud.

Tabla Nº 12: “Número de personas en estudio según conocimiento y práctica de autoexamen mamario” – Mendoza, Hospital Humberto Notti, año 2012

	FA	FR
No sabe como	3	7,00%
No le interesa	1	2,00%
Temor	1	2,00%
Lo considera no necesario	1	2,00%
Otras	2	5,00%
Si se realiza autoexamen mamario	36	82,00%
TOTAL	44	100,00%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico Nº 12



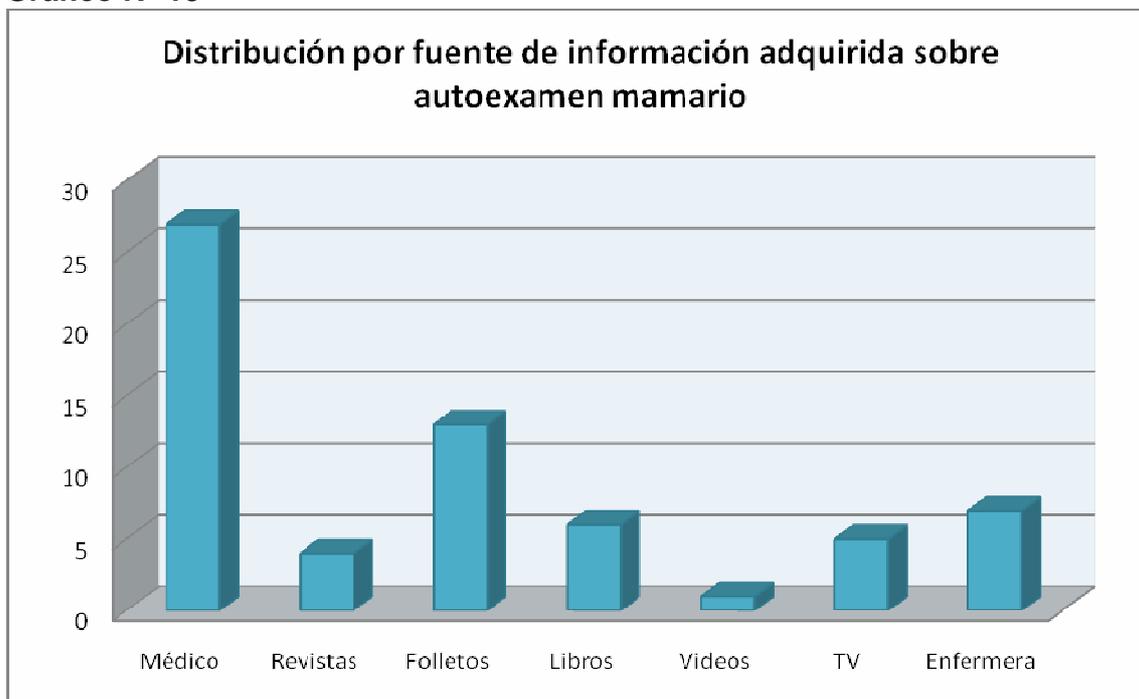
Comentario: En el presente gráfico se demuestra que el 37% de la población en estudio no conoce los pasos para realizarse un buen autoexamen de mama, situación que condiciona la falta de conocimiento para el procedimiento del autoexamen de mamas

Tabla Nº 13: “Número de personas en estudio según la fuente de información adquirida sobre autoexamen mamario” – Mendoza, Hospital Humberto Notti, año 2012.

Fuente de información	FA	FR
Médico	27	43%
Revistas	4	6%
Folletos	13	21%
Libros	6	9%
Videos	1	2%
TV	5	8%
Enfermera	7	11%
TOTAL	63	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico Nº 13



Comentario: En el presente gráfico se observa que la mayoría de las mujeres obtuvo la información a través del personal médico, con el 43% y personal de enfermería con el 11%. Lo cual justifica la función promotora y preventiva en la cual juega un papel importante el personal de salud, en relación a un menor porcentaje de la muestra que obtuvo la información sobre autoexamen mamario de otro medio de comunicación.

Tabla N° 14: “N° de personas en estudio, según Realización de Mamografía” en

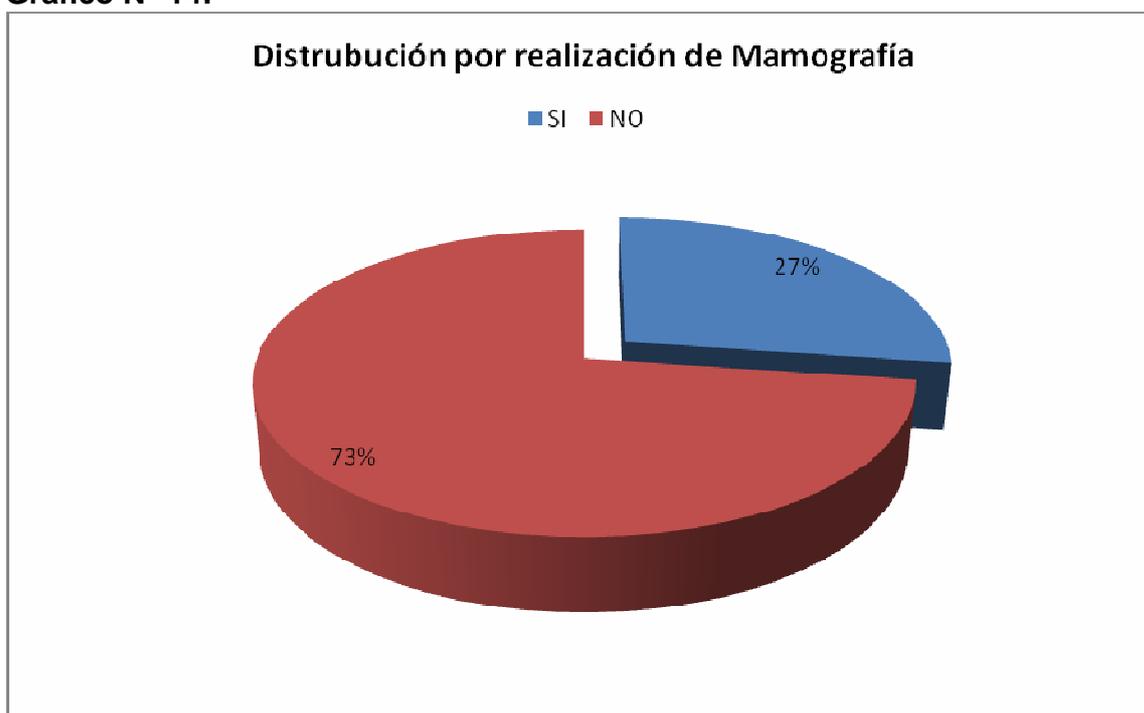
Se ha realizado una mamografía	F A	FR
SI	12	27%
NO	32	73%
TOTAL	44	100%

Hospital
H. Notti
-
Mendoza

doza, Año 2012.

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza año 2012.

Gráfico N° 14:



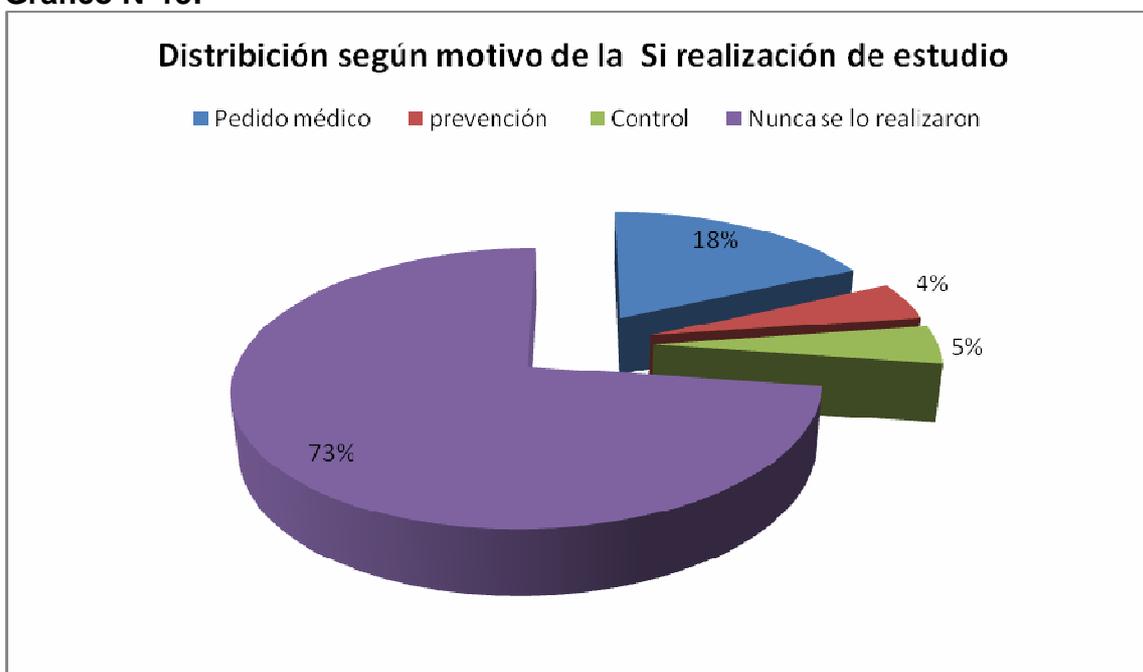
Comentario: en el gráfico podemos observar que el 73% de la población en estudio nunca se realizó una mamografía, lo cual constituye un porcentaje importante de riesgo para la detección de cualquier anomalía o enfermedad en relación a un menor porcentaje de 27% que si se ha realizado el estudio de Mamografía

Tabla N°15: “N° de personas en estudio, según motivo de realización de Mamografía” en el Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Por que se la realizó	FA	FR
Pedido médico	8	18%
prevención	2	4%
Control	2	5%
Nunca se lo realizaron	32	73%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N°15:



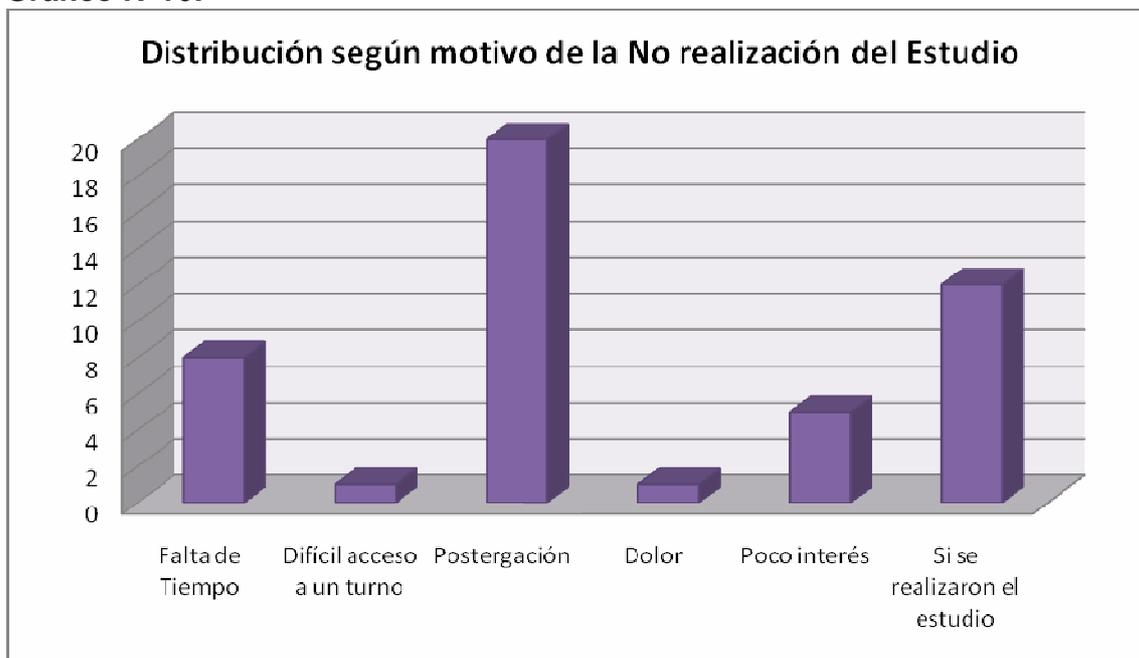
Comentario: en esta gráfica podemos observar que del total de población que se ha realizado el estudio de la mamografía, la gran mayoría de la muestra representada por el 18% realizó tal estudio guiada por un pedido médico, en relación a un menor porcentaje de mujeres que lo realizó motivada por circunstancias propias de control y/o prevención.

Tabla N°16:“N° de personas en estudio según el motivo de la no realización de la Mamografía”en el Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Porque no se la realizó	F.A.	F.R.
Falta de Tiempo	8	17%
Difícil acceso a un turno	1	2%
Postergación	20	43%
Dolor	1	3%
Poco interés	5	11%
Si se realizaron el estudio	12	25%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N°16:



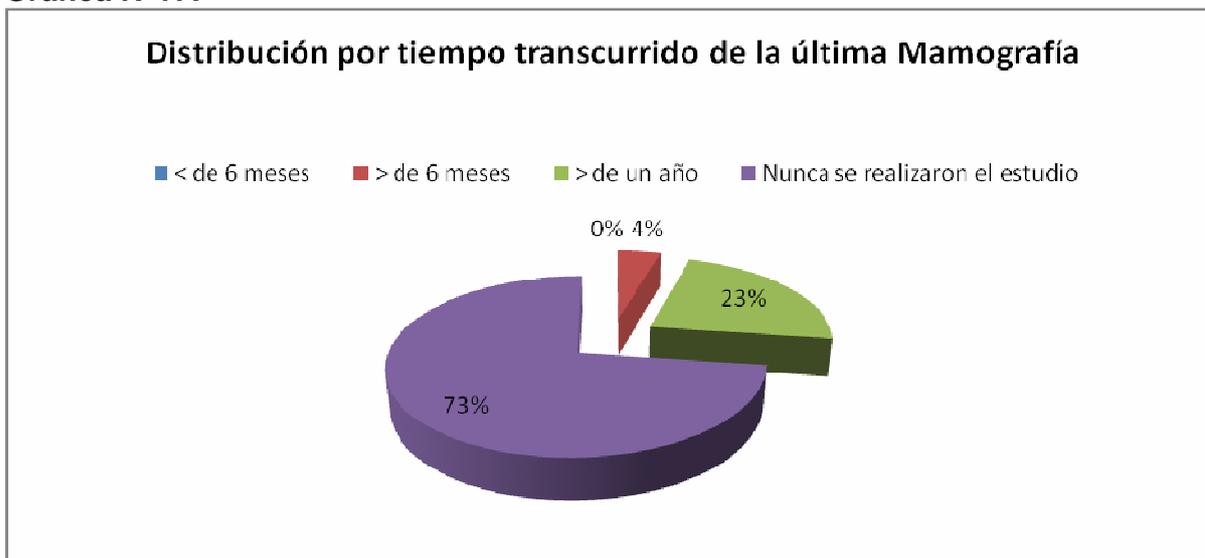
Comentario: en esta gráfica se puede observar que del total de población que no se ha realizado el estudio de la mamografía, prevalece un mayor número de personas del 43% cuyo motivo resaltante se debe a la postergación de dicho estudio, lo que denota que no se le confiere la importancia que se merece.

Tabla N°17:“N° de personas en estudio según tiempo transcurrido de su último Mamografía” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Última mamografía	F.A.	F.R.
< de 6 meses	0	0%
> de 6 meses	2	4%
> de un año	10	23%
Nunca se realizaron el estudio	32	73%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfica N°17:



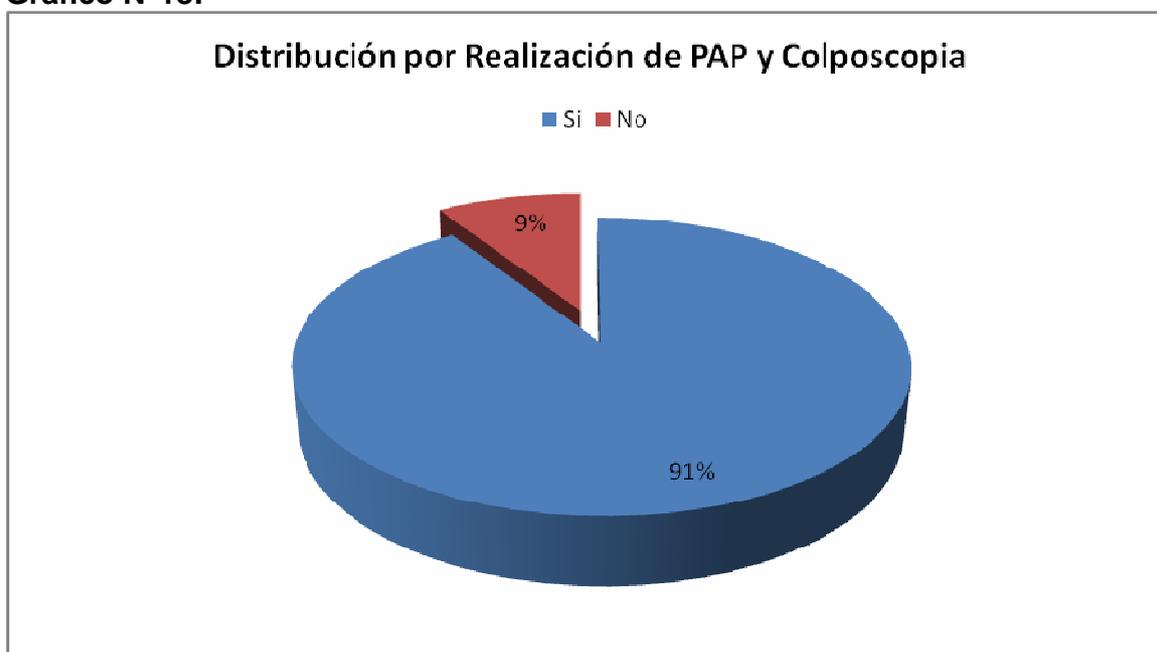
Comentario: en este gráfico se puede visualizar que de la totalidad de la población en estudio, en su mayoría representado por el 73% ha dejado transcurrir más de un año de la última realización de la mamografía, esto demuestra un bajo compromiso hacia el cuidado de la salud ginecológica.

Tabla N°18: “N° de personas en estudio, según Realización de PAP y Colposcopia” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Se ha realizado un PAP y Colposcopia	F.A.	F.R.
Si	40	91%
No	4	9%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N°18:



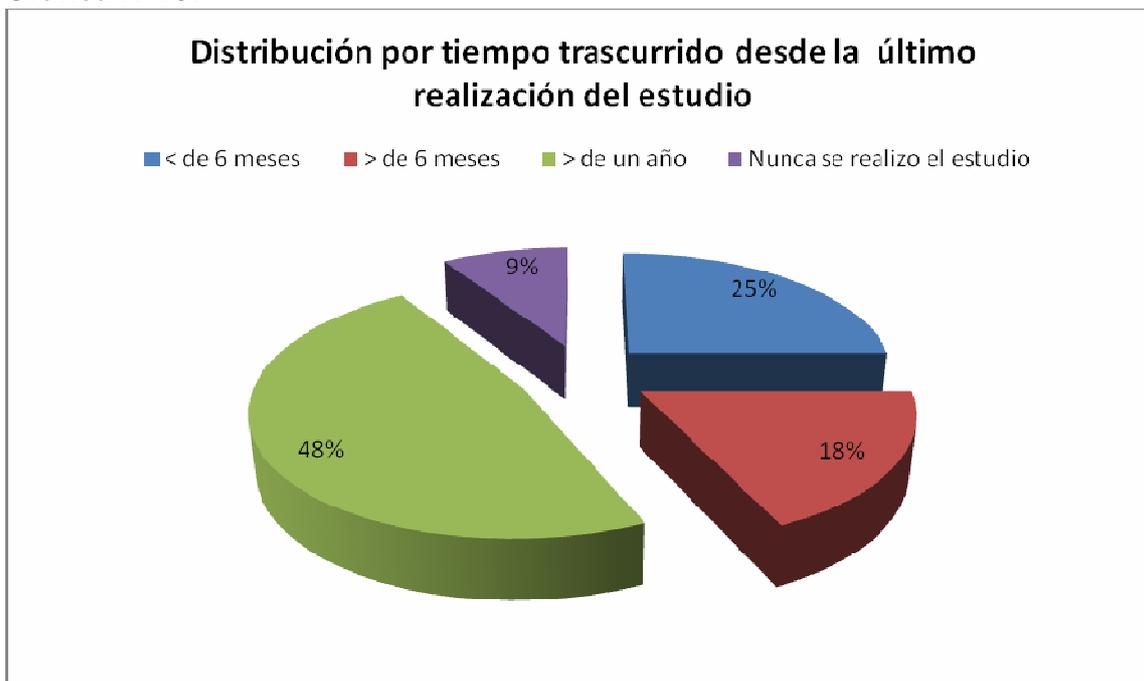
Comentario: en este presente gráfico podemos observar que un gran porcentaje de la muestra representada por el 91% se ha realizado el estudio de PAP y colposcopia en relación al escaso 9% restante que no se lo ha realizado, esto revela la importancia que la población le confiere a dicho estudio.

Tabla N°19:“N° de personas en estudio, según tiempo transcurrido de su último control de PAP y Colposcopia” en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

Cuanto tiempo ha transcurrido de su último PAP y Colposcopia	F.A.	F.R.
< de 6 meses	11	25%
> de 6 meses	8	18%
> de un año	21	48%
Nunca se realizo el estudio	4	9%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfica N°19:



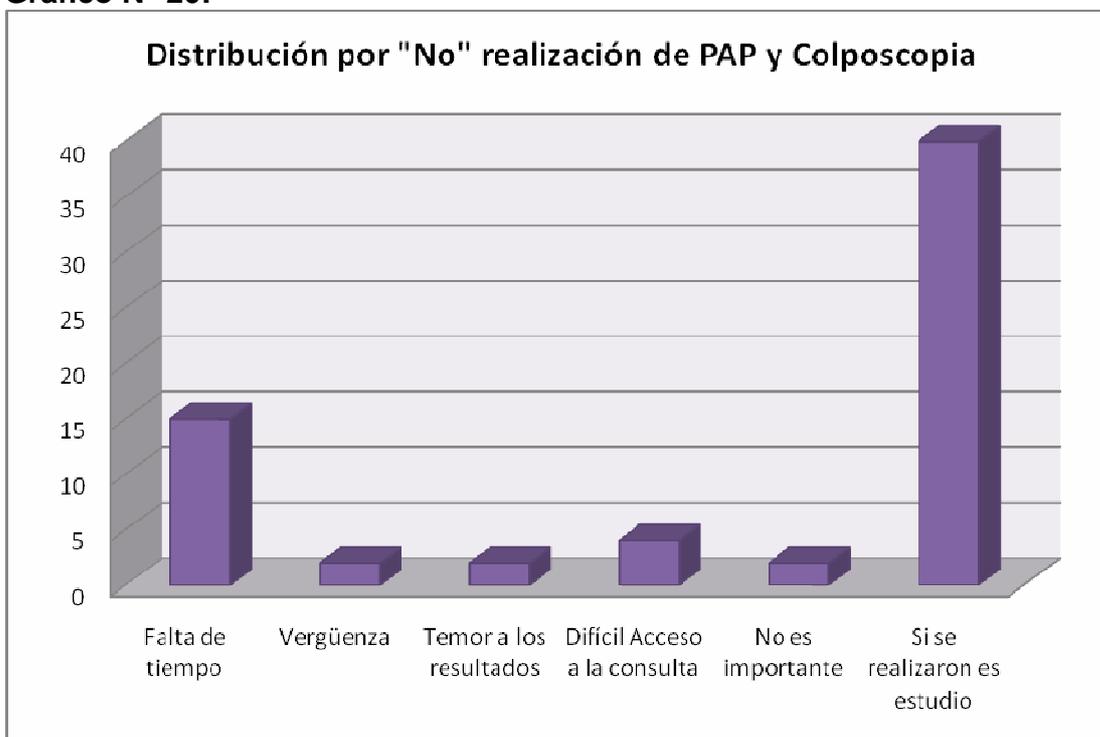
Comentario: en el siguiente gráfico se puede visualizar que de la totalidad de la población que se ha realizado el estudio de PAP Y colposcopia, se resalta que gran parte de la muestra, compuesta por un 48% deja pasar un tiempo importante (más de un año) para su control, lo que resulta ineficaz para llevar a cabo un seguimiento que ayude a la detección precoz de posibles enfermedades.

Tabla N°20: "N° de personas en estudio, según No realización de PAP y Colposcopia" en Hospital H. Notti – Mendoza, Año 2012.

No realización de PAP y Colposcopia	F.A.	F.R.
Falta de tiempo	15	23%
Vergüenza	2	3%
Temor a los resultados	2	3%
Difícil Acceso a la consulta	4	6%
No es importante	2	3%
Si se realizaron es estudio	40	62%
TOTAL	44	100%

Fuentes: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Gráfico N° 20:



Comentario: En el presente gráfico se puede observar que de la totalidad de la población que no se ha realizado el estudio de PAP y Colposcopia, está constituida en su gran mayoría por el 23% predomina la falta de tiempo, esto puede deberse a la gran ocupación de la mujer en el ámbito laboral y del hogar.

TABLAS BIVARIABLES

Tabla Nº 21: Relación entre Nº de personal en estudio, del Hospital Dr. Humberto Notti según Edad y realización de Mamografía, Mendoza, Año 2012.

Frecuencia Absoluta

Edad Mamografía	de 20 a 24 años	de 25 a 29 años	de 30 a 34 años	de 35 a 39 años	de 40 a 44 años	de 45 a 49 años	más de 50 años	TOTAL
SI	0	0	4	0	1	4	3	12
NO	4	15	5	4	3	1	0	32
TOTAL	4	15	9	4	4	5	3	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Frecuencia Relativa

Edad Mamografía	de 20 a 24 años	de 25 a 29 años	de 30 a 34 años	de 35 a 39 años	de 40 a 44 años	de 45 a 49 años	más de 50 años	TOTAL
Si	0%	0%	9%	0%	2,25%	9%	7%	27%
No	9%	34%	12%	9%	6,75%	2%	0%	73%
TOTAL	9%	34%	21%	9%	9%	11%	7%	100%

Comentario: esta tabla nos permite visualizar la distribución de la realización de Mamografía en el personal de Enfermería en relación a la edad. Donde se refleja en los resultados que a mayor edad hay más exámenes mamográficos realizado que en el personal de menor edad, pudiendo observar un bajo porcentaje en el personal que tiene entre 20 y 40 años y porcentaje mayores en el personal de más de 40 años. También debemos destacar que dicho estudio se indica a pacientes de más de 40 años de edad, por lo que podemos decir que las enfermeras de las terapias Intensivas que cumplen con los requisitos del examen de mamografía si se están realizando dicho estudio.

Tabla N° 22: Relación entre N° de personal en estudio, del Hospital Dr. Humberto Notti según Carga horaria y tiempo transcurrido de último PAP y Colposcopia, Mendoza, Año 2012.

Frecuencia Absoluta

Tiempo Carga Horaria	< de 6 meses	> de 6 meses	> de un año	Nunca se realizó PAP	TOTAL
menos de 40 hs.	2	2	4	1	9
40 hs semanales	7	4	10	2	23
más de 40 hs.	2	2	7	1	12
TOTAL	11	8	21	4	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Frecuencia Relativa

Tiempo Carga Horaria	< de 6 meses	> de 6 meses	> de un año	Nunca se Realizó PAP	TOTAL
menos de 40 hs.	5%	5%	9%	2%	21%
40 hs semanales	16%	9%	22.5%	4.5%	52%
más de 40 hs.	4%	4%	16.5%	2.5%	27%
TOTAL	25%	18%	48%	9%	100%

Comentario: esta tabla nos permite visualizar la distribución de carga Horaria en el personal de Enfermería en relación al tiempo transcurrido del último estudio de PAP y Colposcopia. Donde se refleja en los resultados que casi el 50% de la población hace más de un año que No se realiza el estudio, debido a la carga horaria laboral de más de 40 horas semanales. Como también podemos observar que hay un 9% de la población que Nunca se lo ha realizado el estudio, sin importar la carga horaria que poseen.

Tabla N° 23: Relación entre N° de personal en estudio, del Hospital Dr. Humberto Notti según cantidad de trabajo y última visita al ginecólogo, Mendoza, Año 2012.

Frecuencia Absoluta

Última visita al Dr. Cantidad de trabajo	de 1 a 3 meses	de 4 a 6 meses	de 7 a 9 meses	más de 10 meses	Nunca	TOTAL
1 a 2	6	7	3	17	1	34
3 a 4	1	1	0	8	0	10
más de 4	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7	8	3	25	1	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Frecuencia Relativa

Última visita al Dr. Cantidad de trabajo	de 1 a 3 meses	de 4 a 6 meses	de 7 a 9 meses	más de 10 meses	Nunca	TOTAL
1 a 2	14,00%	16%	7%	39%	2%	78%
3 a 4	2%	2%	0%	18%	0%	23%
más de 4	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	16%	18%	7%	57%	2%	100%

Comentario: la presente tabla permite valorar la importante relación que existe entre el número de trabajos y la frecuencia en la asistencia al ginecólogo, donde se puede destacar un 57% de la población hace más de 10 meses desde su último control ginecológico, debido a que casi el 80% de la población tiene más de un trabajo, lo que limita la asistencia a dicho controles. Los cuales son importantes para llevar a cabo una vida sana.

Tabla N° 24: Relación entre N° de personal en estudio del Hospital Dr. Humberto Notti, según Nivel de Formación y Frecuencia de autoexamen mamario, Mendoza, Año 2012.

Frecuencia Absoluta

Frecuencia					
Nivel de Formación	Periodica-mente	Semanal-mente	Mensual-mente	Nunca se lo realizó	TOTAL
Auxiliar en Enfermería	1	1	0	0	2
Enfermero Prof.	6	3	15	4	28
Lic. En Enfermería	1	2	7	4	14
TOTAL	8	6	22	8	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de la investigación mediante encuesta a las enfermeras de los servicios de terapia A y B del Hospital H. Notti_ Mendoza en el año 2012.

Frecuencia Relativa

Frecuencia					
Nivel de Formación	Periodica-mente	Semanal-mente	Mensual-mente	Nunca se lo realizó	TOTAL
Auxiliar en Enfermería	2%	2%	0%	0%	4%
Enfermero Prof.	14%	7%	34%	9%	64%
Lic. En Enfermería	2,50%	4,50%	16%	9%	32%
TOTAL	18%	14%	50%	18%	100%

Comentario: esta tabla nos permite visualizar la distribución de Nivel de Formación en el personal de Enfermería en relación a la frecuencia con la que se realiza el Autoexamen Mamario. Donde se observa un gran porcentaje de la población con el hábito de realizarse el autoexamen, debido al nivel de formación que poseen dichas enfermeras. De lo cual vale resaltar la importancia que tiene el conocimiento y el compromiso que tiene el personal de Enfermería. Así también no hay que dejar de observar aquel 18% que nunca lo ha realizado.

Bibliografía

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Concepto de Salud.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). Salud de la mujer y Violencia doméstica. Febrero 2009
3. Ministerio de Salud y Acción Social - Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 5 N°34-1993 y N°36-1994)
4. Ídem 3
5. OMS (organización Mundial de la Salud). Concepto de salud Reproductiva.
6. **OPS. UNESCO. “Educación en Salud en las Escuelas para Prevenir el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual”. Río de Janeiro. 1995**
7. QUEVAUVILLIERS, Jacques y PERLEMUTER, Léon. “Diccionario de Enfermería”. Elsevier, España. 2004
8. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Oficina para la Salud de la Mujer 200 Independence Ave, SW Room 712E Washington, DC 20201. Disponible <http://www.womenshealth.gov>
9. OMS (Organización mundial de la Salud) Definición de Salud Ocupacional. Versión 2011.
10. OMS (Organización Mundial de la Salud) Definición de salud sexual.
11. Mujer y Salud. Nota informativa N° 1. Prevención del cáncer gínito-mamario: preguntas, respuestas y derechos que asisten a las mujeres. julio 2001. Disponible <http://www.cnm.gov.ar/AreasDeIntervencion/NotaInformativa1CancerGenitoMamario.pdf>
12. Ídem 11
13. OMS (Organización Mundial de la Salud). Acción mundial contra el cáncer. Versión 2005.
14. Ídem 11
15. Ídem 11

16. LLANES CASTILLO, Arturo, entre otros. Cáncer Cérvico uterino. Enemigo de la Salud de la Mujer. Revista electrónica medicina salud y sociedad. Vol. 1N° 3. Argentina 2011.
17. OPS (Organización Panamericana de la salud) Concepto de Cáncer
18. AGUIRRE RAYA, Dalila. Revista Cubana de Salud Pública. N°30. pag.4. 2004
19. QUEVAUVILLIERS, Jacques y PERLEMUTER, León."Diccionario de Enfermería". Elsevier, España. 2004
20. Ídem 19
21. OPS (Organización panamericana de la Salud). Estilos de vida saludable. 1997.
Disponible
http://www.tabaquismo.freehosting.net/Estilo/estilos_de_vida_saludables.
22. MINSAL (CHILE). Programa salud de la mujer. Pág. 115
23. Ídem 11
24. Ídem 11
25. Ídem 16
26. MASALÁN M, GONZALES R. Autocuidado en el ciclo vital. Escuela de Enfermería, PUC.
Disponible en <http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/>.2002 – 2003
27. Ortíz Quezada F. (1997). El trabajo médica. México: JGH
28. Mckinlay J. (1998) "Políticas Pública Saludables". Paradigmatic obtacles to improving the health of populations implication for haelth policy. *Salud Publica de México* 40:69-370
29. Menendez, E. (1990) "Estrategias Preventivas". *Morir de Alcohol, Saber y hegemonía Médica*. México: alianza editorial mexicana/ CONACULTA

CAPITULO III

Conclusión final

De la realización del presente trabajo se extraen las siguientes conclusiones

- Respecto al grado de conocimiento acerca del control ginecológico anual, casi la totalidad de la población tiene algunos conocimientos del significado e importancia del control ginecológico anual obtenidos por personal de la salud, sin embargo, el 57% de ellas no asiste a su control ginecológico anual desde hace más de 10 meses, siendo la principal causa la falta de tiempo.

- Aunque casi la totalidad de las mujeres declaró que el autoexamen mamario es muy importante, y lo realiza por prevención un porcentaje significativo de ellas tiene este control atrasado o nunca se lo ha realizado por falta de conocimiento de la técnica para su realización

- Por lo que hemos visto, concluimos que entre los desafíos para el equipo de salud laboral se encuentra la realización sistemática y periódica de actividades de prevención y promoción de estilos de vida saludables y autocuidado.

Propuesta de acción

Con fundamento en los resultados y conclusiones se exponen las siguientes propuestas

- Sugerir al área de Salud Laboral brindar dentro de la institución hospitalaria talleres y charlas informativas de concientización, respecto de la importancia de realización de exámenes ginecológicos.
- Proponer al área de Supervisión de Enfermería para que coordine con el área de Salud Laboral la implementación de un examen médico que incluya un control ginecológico de Papanicolaou y colposcopia, desde el momento de ingreso del personal femenino a la institución y luego en forma anual.
- Proponer a las agrupaciones gremiales organizar campañas incentivas de información y detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino entre su población laboral.
- Sugerir al área de Salud Laboral llevar a cabo programas de adiestramiento en autoexamen mamario, para que sean realizados con mayor frecuencia y como rutina de autocuidado por la población femenina.

ANEXOS

ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene carácter de anónima. Está dirigida a enfermeras de los servicios de terapia Intensiva A y B del Hospital Dr.Humberto Notti, para verificar los hábitos en controles ginecológicos en el año 2012. Será efectuada por alumnos de la Escuela de Enfermería perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo con el fin de utilizar la información en la tesis requerida para obtener el título de dicha profesión. La misma será presentada ante las autoridades de la Escuela propiamente dicha.

UNIDAD DE ANÁLISIS N°.....

Servicio en el que trabaja:

Antigüedad en el Servicio:

Marque con una X según corresponda

1. ¿Entre que rango de edad se encuentra?

- de 20 a 24 años -----
- de 25 a 29 años -----
- de 30 a 34 años -----
- de 35 a 39 años -----
- de 40 a 44 años -----
- de 45 a 49 años -----
- más de 50 años -----

2. Estado Civil:

- Soltera -----
- En pareja -----
- Casada -----
- Divorciada -----
- Viuda -----

3. ¿Tiene hijos?

- Si ----
- No ----

4. ¿Cuántos hijos?

- 1-2 -----
- 3-4 -----

- Más de 4 -----
5. ¿Qué nivel de formación posee?
- Auxiliar de enfermería -----
 - Enfermera profesional -----
 - Licenciada en Enfermería -----
 -
6. ¿Cuántos trabajos tiene?
- Uno -----
 - Dos -----
 - Tres o más ----
7. ¿Cuántas horas trabaja?
- < de 40 horas semanales -----
 - 40 horas semanales -----
 - > de 40 horas semanales -----
8. ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al ginecólogo?
- De 1 a 3 meses ----
 - De 4 a 6 meses ----
 - De 7 a 12 meses ----
 - Más de un año -----
 - Nunca concurre ----
9. Considera que el autoexamen mamario debe realizarse por:
- Prevención -----
 - Indicación médica -----
 - Es importante el autocuidado ----
10. ¿Ud. Realiza autoexamen mamario?
- Siempre ----
 - Casi siempre ----
 - A veces ----
 - Nunca ----
11. Si su respuesta a la respuesta anterior fue “nunca”:
¿Por qué no lo realiza?
- No sabe como ----
 - No le interesa ----
 - Temor ----
 - Considera que para usted no es necesario ----
 - Otras ----
12. ¿De donde obtuvo la información para realizarse el autoexamen mamario?
- Médico ----

- Revistas ----
- Folletos -----
- Libros -----
- Videos -----
- TV ----
- Enfermería ----

13. ¿Se ha realizado una mamografía?

- Si ----
- NO ----

(Si su respuesta es negativa continúe con la pregunta n°16)

14. ¿Por qué se la realiza?

- Pedido médico -----
- Prevención ----
- Control ----

15. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última mamografía?

- Menos de 6 meses -----
- Más de 6 meses -----
- Más de un año -----

16. ¿Por qué no se la realiza?

- Falta de tiempo -----
- Difícil acceso a un turno -----
- Postergación -----
- Dolor -----
- Poco importante ----

17. ¿Se ha realizado un PAP y colposcopia?

- Si ----
- No ----

18. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último PAP y colposcopia?

- Menos de 6 meses -----
- Más de 6 meses -----
- Más de 1 año -----

19. ¿Por qué no se lo realiza?

- Falta de disponibilidad horaria -----
- Vergüenza -----
- Temor a los resultados -----
- Difícil acceso a la consulta -----
- No es importante ----

Codificación de Datos

Edad:

- A: de 20 a 24 años
- B: de 25 a 29 años
- C: de 30 a 34 años
- D: de 35 a 39 años
- E: de 40 a 44 años
- F: de 45 a 49 años
- G: más de 50 años

Estado Civil:

- A: Soltera
- B: En pareja
- C: Casada
- D: Divorciada
- E: Viuda

Hijos:

COD1: Hijos

- A: Si
- B: No

COD 2 : Cantidad de Hijos

- A: 1-2
- B: 3-4
- C: Más de 4

Nivel de formación:

- A: Auxiliar en Enfermería
- B: Enfermero Profesional
- C: Licenciado en Enfermería

Trabajo:

COD 3: Cantidad de trabajos:

- A: 1
- B: 2
- C: 3 o más

COD 4: Horas de Trabajo:

- A: < de 40horas semanales

- B: 40 horas semanales
- C: > de 40 horas semanales

Ultima visita al ginecólogo:

- A: de 1 a 3 meses
- B: de 4 a 6 meses
- C: de 7 a 9 meses
- D: Más de 10 meses
- E: Nunca concurre

Autoexamen Mamario:

COD 5: Considera que el autoexamen mamario debe realizarse por:

- A: Prevención
- B: Indicación médica
- C: Es importante el autocuidado

COD 6: ¿Ud. Realiza autoexamen mamario?

- A: Siempre
- B: Casi siempre
- C: A veces
- D: Nunca

COD 7: ¿Con qué Frecuencia?

- A: periódicamente
- B: Semanalmente
- C: mensualmente

COD 8: ¿Por qué no lo realiza?

- A: No sabe como
- B: No le interesa
- C: Temor
- D: Considera que para usted no es necesario
- E: Otras

COD 9: ¿De donde obtuvo la información para realizarse el autoexamen mamario?

- A: Médico
- B: Revistas
- C: Folletos
- D: Libros
- E: Videos
- F: TV
- G: Enfermería

Mamografía:

COD 10: ¿Se ha realizado una mamografía?

- A: Si
- B: NO

COD 11: ¿Por qué se la realiza?

- A: Pedido médico
- B: Prevención
- C: Control

COD 12: ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última mamografía?

- A: Menos de 6 meses
- B: Más de 6 meses
- C: Más de un año

COD 13: ¿Por qué no se la realiza?

- A: Falta de tiempo
- B: Dificil acceso a un turno
- C: Postergación
- D: Dolor
- E: Poco importante

PAP y Colposcopia:

COD 14: ¿Se ha realizado un PAP y colposcopia?

- A: Si
- B: No

COD 15: ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último PAP y colposcopia?

- A: Menos de 6 meses
- B: Más de 6 meses
- C: Más de 1 año

COD 16: ¿Por qué no se lo realiza?

- A: Falta de disponibilidad horaria
- B: Vergüenza
- C: Temor a los resultados
- D: Dificil acceso a la consulta
- E: No es importante