



Escuela de enfermería

Ciclo de licenciatura en enfermería

Sede: Facultad de Ciencias Médicas



TESINA

Tema: “Nivel de autocuidado ginecológico del personal de enfermería”

Autoras: Cazón María Elena

Martínez Virginia Elizabeth

Mendoza, Febrero de 2016

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.

Acta de aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Integrantes del equipo tutorial:

-Lic. María Elena Fernández Salgado

-Lic. Ana Fernández

-Bioq. Marcos Gai

Trabajo aprobado el:...../...../.....

Resumen de la investigación

Tema: Nivel de autocuidado ginecológico del personal de enfermería.

Autores: Cazón María Elena, Martínez Virginia Elizabeth.

Lugar: hospital Antonio Scaravelli, Tunuyán, Mendoza.

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, siendo el cáncer de cuello de útero la segunda causa de muerte en mujeres después del cáncer de mama.

La profesión de enfermería es una disciplina dedicada al cuidado de la salud de los individuos. Según Orem la enfermera debe ayudar al individuo guiándolo, enseñándole, apoyando y proporcionando los cuidados y un entorno favorable para el desarrollo del autocuidado. Lamentablemente este concepto no siempre es aplicado a las propias enfermeras esto motiva la realización de una investigación que pretende poner en evidencia la importancia que le otorga la enfermera al cuidado de su propia salud.

Objetivo: determinar los factores que limitarían a las enfermeras a realizar los exámenes ginecológicos necesarios para el cuidado de su salud.

Método: la investigación se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio de corte transversal. Seleccionando una muestra de 44 enfermeras a las que se le realiza una encuesta cerrada de carácter anónimo.

Resultados: del 100% de la muestra (44 enfermeras) resulta tener una edad promedio de 37 años, el 40% son casadas, un 75% tiene hijos, el 61% alcanzo el nivel de enfermera profesional, el 50% con una antigüedad laboral reciente de 1 a 5 años, el 70% posee obra social. Respecto de los controles ginecológicos el 93% conoce el número de controles que debe realizarse pero solo el 27% se los realiza una vez al año o más. Dentro de los factores que limitan su realización el predominante es la *pereza*. En cuanto a la percepción que tienen de su autocuidado el 36% lo considera regular, el 35% lo considera malo y solo un 29% lo considera bueno.

Conclusiones: con el análisis de los datos obtenidos se comprueba la hipótesis de que la mayor parte de las enfermeras no se realizan los controles ginecológicos necesarios para lograr un óptimo nivel de autocuidado.

Recomendaciones: se propone al departamento de enfermería utilizar las herramientas ya establecidas en la institución, como lo es el departamento de

salud laboral, en bien del cuidado de la salud del personal a su cargo, facilitando el acceso a los controles ginecológicos dentro de la misma institución. Por otra parte la constante motivación del personal respecto del cuidado de su salud ginecológica.

Palabras clave: cuidado, autocuidado, cáncer de cérvix, cáncer de mama, autoexamen, factores limitantes, examen ginecológico, Papanicolaou, colposcopia, mamografía, Dorothea Orem.

Agradecimientos

Agradecemos a DIOS por habernos permitido llevar acabo nuestro objetivo dándonos la vida y la fuerza para emprender esta carrera; a nuestra FAMILIA por acompañarnos en cada momento brindando apoyo emocional y económico, teniendo paciencia y tolerancia ante las ausencias generadas por el tiempo dedicado a la realización de la investigación; a los docentes y equipo directivo de la escuela de Enfermería de la UNCuyo, gracias por brindarnos los conocimientos, las herramientas, el apoyo y comprensión ante las diferentes situaciones difíciles que se presentaron durante el cursado de la carrera.

María E. Cazón

Virginia E. Martínez

Prólogo

El presente trabajo intenta poner en evidencia la necesidad de poner en valor el cuidado que como profesionales brindamos no solo hacia los demás individuos sino a nosotras mismas. Brindando información referente a cuidados de salud de la mujer, patologías que afectan a la salud de la mujer y el concepto de autocuidado respaldado por la teoría de Dorothea Orem.

La finalidad sería identificar los factores que limitarían el acceso a sus controles ginecológicos para lograr la concientización por medio del conocimiento real de la situación percibida por cada una de las enfermeras.

ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	I
Acta de aprobación.....	II
Resumen de la investigación.....	III
Agradecimiento.....	VI
Prólogo.....	VII
Índice general.....	VIII
Índice de tablas y gráficos.....	XI

CAPÍTULO I: Planteo del problema

Introducción.....	2
Descripción del problema.....	3
Formulación del problema.....	5
Objetivo general y objetivo específico.....	6
Justificación del problema.....	7

MARCO TEÓRICO

Introducción	8
--------------------	---

APARTADO I: Cuidados de salud de la mujer

Examen ginecológico.....	9
Papanicolau.....	10
Colposcopia.....	12
Mamografía.....	13
Ecografía ginecológica.....	14
Ecografía transvaginal.....	14
Biopsia.....	14
Autoexamen de mamas.....	15

Técnica para autoexamen mamario.....	15
APARTADO II: Patologías que afectan al sistema reproductor femenino	
Cáncer de mama.....	17
Estructura de la mama.....	17
Factores de riesgo para el cáncer de mama.....	18
Factores protectores.....	19
Síntomas.....	20
Tratamiento del cáncer de mama.....	20
Cáncer de cérvix.....	21
Factores de riesgo para el cáncer del cuello uterino.....	22
Características de la conducta sexual.....	22
Factores relacionados con la reproducción.....	22
Factores psicosociales.....	23
Factores asociados con la calidad de atención.....	23
Factores protectores.....	24
Enfermedades de transmisión sexual.....	24
Síntomas.....	25
Tratamiento.....	26
APARTADO III: Modelo de Dorothea Orem del déficit del autocuidado	
Descripción general del modelo de Dorothea Orem.....	27
Sistemas de enfermería.....	30
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	
Hipótesis.....	32
Diseño metodológico	
Tipo de estudio.....	33

Área de estudio.....	33
Universo.....	33
Muestra.....	33
Unidad de análisis.....	33
Instrumento de recolección de datos.....	34
Técnica de recolección de datos.....	34
Operacionalización de variables.....	35
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS	
Resumen de los resultados más relevantes.....	64
Propuestas	65
APÉNDICES Y ANEXOS	
Bibliografía.....	67
Anexo N° 1 Técnica de autoexamen mamario.....	68
Anexo N° 2 Cuestionario.....	69
Anexo N° 3 Tabla matriz.....	70

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1: Edad de las enfermeras.....	38
Gráfico N° 1: Edad de las enfermeras.....	39
Tabla y Gráfico N°2: Estado civil.....	40
Tabla y Gráfico N°3: Número de hijos.....	41
Tabla y Gráfico N°4: Edad de los hijos.....	42
Tabla y Gráfico N°5: Nivel de formación.....	43
Tabla y Gráfico N°6: Años de profesión.....	44
Tabla y Gráfico N°7: Servicio en el que trabajan.....	45
Tabla y Gráfico N°8: Número de trabajos.....	46
Tabla y Gráfico N°9: Modalidad del turno laboral	47
Tabla y Gráfico N°10: Horas por turno	48
Tabla y Gráfico N°11: Cobertura social.....	49
Tabla y Gráfico N°12: Conoce el N° de controles anuales.....	50
Tabla y Gráfico N°13: Número de controles en los últimos 5 años.....	51
Tabla y Gráfico N°14: Antecedentes personales.....	52
Tabla y Gráfico N°15: Antecedentes familiares.....	53
Tabla N°16: Factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos.....	54
Gráfico N°16: Factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos.....	55
Tabla y Gráfico N°17: percepción del autocuidado.....	56
TABLAS BIVARIADAS	
Tabla N°18: N°CU5A/ Conoce el N° de controles anuales.....	57
Gráfico N°18: N°CU5A/ Conoce el N° de controles anuales.....	58
Tabla N°19: N°CU5A/Percepción del autocuidado.....	59
Gráfico N°19: N°CU5A/Percepción del autocuidado.....	60

Tabla N°20: Número de controles por servicio.....	61
Gráfico N°20: Número de controles por servicio.....	62

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “ un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este principio se convierte en una necesidad básica para todas las personas a lo largo de su ciclo vital permitiéndole desenvolverse en sus diferentes roles.

Esto hace necesario que las personas conozcan el concepto de autocuidado planteado por Dorotea Orem como una implicación activa de los individuos en el cuidado de su salud.

Para lograr el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, es necesario enfatizar en la importancia de la salud del personal sanitario que se dedica a cuidar de los demás postergando, en algunas circunstancias, su autocuidado.

Esto motiva la investigación de los factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos en este caso, de las enfermeras del Hospital Scaravelli del departamento de Tunuyán-Mendoza en el segundo semestre del 2015. Dicha investigación se llevó a cabo mediante la recolección de datos a través de la observación y un cuestionario de preguntas cerradas a un total de 44 enfermeras tomadas como muestra. Los datos obtenidos se procesaron estadísticamente lo que permitió analizar los mismos y obtener resultados que permitan mejorar la situación de salud del personal de enfermería y realizar propuestas de cambios.

Los resultados obtenidos serán útiles a las mujeres en general incluyendo al personal sanitario como así también a la institución que verá reflejado en este trabajo la situación actual de aquellos factores que limitan el autocuidado ginecológico del personal de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital Antonio J. Scaravelli se encuentra ubicado en el departamento de Tunuyán, provincia de Mendoza y brinda atención sanitaria a todo el Valle de Uco y además a la población de otros departamentos de la región centro de la provincia.

En este efector trabajan 126 enfermeros en los diferentes servicios de internación, de este total 115 son mujeres y hemos notado y nos preocupa el gran número de colegas que nos expresan la no realización de los controles ginecológicos correspondientes para el cuidado de su salud ginecológica y reproductiva los cuales son necesarios para prevenir posibles complicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, las estadísticas de 2012 indican que causó 2,8 millones de muertes y casi 62000 en la Argentina siendo el cáncer de cuello de útero la segunda causa de muerte en mujeres después del cáncer de mama.

El cáncer de mama constituye una problemática mundial ya que es la primera causa de muerte por cáncer femenino, lo que implica un alto costo sanitario, laboral y familiar. Esto hace imprescindible desarrollar tareas de prevención y promoción de la salud y así contribuir al descenso de la incidencia y mortalidad de esta enfermedad.

Como profesionales trabajamos en el cuidado de salud de las personas, pero también tenemos el derecho y la obligación de lograr el auto cuidado. Dorothea Orem contempla el concepto de auto (totalidad de un individuo) incluyendo necesidades físicas y psicológicas y espirituales; y el concepto cuidado (totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida). La realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada y está condicionada por el conocimiento y las habilidades, pero pese a que un individuo puede saber, hay

circunstancias en que no se despierta la conducta del autocuidado para gozar de un estado de bienestar físico y mental a la hora de afrontar las obligaciones en los diversos roles que ocupa la mujer en la actualidad y en especial las enfermeras.

La convivencia laboral da lugar al diálogo en donde se habla de esta temática pero lamentablemente no se actúa en concordancia con el conocimiento que como enfermeros poseemos en relación a la importancia que tienen las técnicas como el auto examen mamario, el Papanicolaou y colposcopia, mamografías, ecografías mamarias y ginecológicas, etc., en la prevención de enfermedades como cáncer de cérvix, cáncer de mamas, cáncer de ovarios, entre otros.

Por lo expuesto, las enfermeras, profesionales que se dedican al cuidado de la salud de las personas, según lo evidencian estas situaciones, no prestan la debida atención al cuidado de su propia salud, lo cual motiva el interés de esta investigación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores limitarían a las enfermeras de los servicios de internación del Hospital Scaravelli a realizar los exámenes ginecológicos necesarios para el cuidado de su salud durante el segundo semestre del año 2015?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que limitarían a las enfermeras de los servicios de internación del Hospital Scaravelli a realizar los exámenes ginecológicos necesarios para el cuidado de su salud en el segundo semestre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar el nivel de autocuidado ginecológico de las enfermeras.
- 2-Identificar los factores que limitan la realización de los exámenes ginecológicos.
- 3-Conocer las características de las enfermeras objeto de estudio.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se selecciona este problema porque se percibe mediante interacción con las colegas durante la jornada laboral como una necesidad sentida que genera cierta preocupación dentro del equipo de enfermería femenino por su cuidado ginecológico y los diferentes motivos por los cuales no logran satisfacer dicha necesidad.

Teniendo en cuenta el rol como enfermeras, vemos la necesidad y la importancia de prestarle más atención a nuestra propia salud y para ello sería útil conocer los diferentes factores que influyen en las enfermeras a la hora de realizarse los diferentes estudios ginecológicos necesarios para el cuidado de su salud. La identificación de los factores y el número de enfermeras afectadas por esta problemática, aportaría una herramienta importante que nos permita visualizar nuestra propia realidad y además lograr el interés por parte del personal jerárquico de la institución en fomentar y propiciar el cuidado de su personal.

Es de nuestro interés indagar en cuanto a los motivos que llevan a esta situación y apuntar a la concientización de nuestras colegas sobre la importancia del cuidado de la salud ginecológica y el impacto que genera la vida de las personas.

MARCO TEÓRICO: Introducción

Para iniciar con la elaboración del marco teórico comenzamos haciendo un breve resumen sobre las características de la zona en donde está ubicado el hospital en donde trabajan las enfermeras que participan en la investigación.

El hospital Antonio J. Scaravelli está ubicado en el departamento de Tunuyán, si bien el efector se encuentra en este departamento, las enfermeras que trabajan allí son residentes de todo el Valle de Uco que incluye Tunuyán, Tupungato y San Carlos. El Valle de Uco es una zona semirural, agrícola, con un gran potencial turístico con lugares como el conocido Manzano Histórico y plantaciones de viñedos y bodegas importantes; la población se concentra en 5 centros urbanos que serían villa cabecera de San Carlos, Eugenio Bustos, La Consulta, Villa cabecera de Tupungato, y Tunuyán; además, desde luego, población distribuida en otros centros distritales y toda la población diseminada en la zona rural.

La importancia de esta descripción radica en que la mayoría de las enfermeras deben recorrer distancias que van desde los 15 a 40 kilómetros para llegar a su lugar de trabajo. Pero esta circunstancia no sólo se da para acceder al trabajo sino también para poder acceder a diferentes efectores de salud de mayor complejidad. Cabe aclarar que si bien se cuenta con efectores primarios de salud en los diferentes distritos, debido al constante aumento de la población terminan siendo insuficientes para cubrir las necesidades de toda la población.

El Hospital Regional Antonio J. Scaravelli es un efector de mediana complejidad ya que brinda servicios de Unidad de Terapia Intensiva, Neonatología, Clínica quirúrgica, traumatología, pediatría, clínica médica, además de atención en consultorio externo en diversas especialidades; único centro del Valle de Uco que realiza recepción de partos y cesáreas. Por este motivo el hospital y por ende las enfermeras se ven sobrecargadas de trabajo debiendo cumplir con horas de recargo.

APARTADO I: cuidados de salud de la mujer

El concepto de salud ha ido evolucionando a través de la historia; así la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹

Es aquí donde surge el concepto de prevención y por ello es necesario hablar del cuidado de la salud antes de que aparezca la enfermedad.

Los diversos roles y expectativas de las mujeres, así como los cambios que han surgido en la familia y la sociedad hacen que cuidados de salud de una mujer desde un enfoque holístico debiendo incluir las necesidades de cuidado durante toda su vida trascendiendo las simples necesidades reproductoras.

Por ello se necesita saber que para preservar la salud se debe realizar un examen ginecológico al menos una vez al año la cual consiste en una anamnesis o historia clínica, una exploración física ginecológica y de las mamas y las pruebas complementarias necesarias que a continuación se detallan.

Examen ginecológico

Es evidente la importancia del cuidado ginecológico en las mujeres, y en el personal de salud justamente por lo que implica el conocimiento que poseemos respecto de los cuidados necesarios; es por ello que se hace un compendio de información referente a cuáles son los cuidados ginecológicos necesarios en la mujer.

Preservar la salud ginecológica es fundamental para mantener la fertilidad, evitar infecciones de transmisión sexual o prevenir el riesgo de padecer cáncer ginecológico y de mama. Por todas estas razones se aconseja visitar al ginecólogo una vez al año, esto trae beneficios como:

- Prevenir y detectar alteraciones del aparato reproductor.

- Aclarar dudas sobre anticoncepción, planificación familiar, cuidados y hábitos higiénicos del aparato reproductor.
- Mantener la fertilidad y evitar las infecciones de transmisión sexual.

Este chequeo ginecológico incluye una anamnesis o historia clínica, una exploración física ginecológica y de las mamas y las pruebas complementarias necesarias.

La historia clínica o anamnesis incluye: antecedentes familiares y personales, hábitos tóxicos, antecedentes ginecológicos (menarca, regularidad menstrual, métodos anticonceptivos, gestaciones, lactancia, etc.)

La exploración física incluiría medidas antropométricas, palpación abdominal y examen de genitales externos. Además debe incluir examen de mamas y de zona axilar.

Los estudios complementarios: como lo indica su nombre estos estudios complementan los hallazgos durante la exploración física y la anamnesis, por lo tanto su indicación es particular en cada caso.

Estos comprenden analíticas sanguíneas y de orina, Papanicolaou, mamografías, ecografías ginecológicas y de mamas. El conocer en qué consisten, la preparación, y los resultados esperados ayudará a la mujer a organizar mejor su tiempo y mejorará la predisposición para realizarlos por lo que se describen a continuación.

Papanicolaou

El Papanicolaou es comúnmente llamado "Pap," es el estudio microscópico de las células del cuello uterino, aunque también se ven las células de la vagina y en forma excepcional los elementos celulares de las trompas, los ovarios o de la cavidad del útero

En general se recomienda realizar a partir del inicio de las relaciones sexuales, sin embargo el Papanicolaou se puede realizar, sin mayor dificultad, en mujeres que no han tenido relaciones.

Es uno de los métodos auxiliares de diagnóstico más empleados en la actualidad y cuando se hace junto con la colposcopia el índice de seguridad aumenta entre un 98% y un 100%.

Para realizarlo la paciente se acuesta en la camilla ginecológica y el médico le coloca un espéculo descartable, que se abre ensanchando la vagina y permite ver la parte superior de la vagina y el cuello uterino. Este procedimiento no duele porque las paredes de la vagina son elásticas, lo que permite que se abran. Con una espátula fina de madera se extraen tres muestras. Una con material de las paredes de la vagina y otra de la parte externa del cuello uterino. Con un cepillo cilíndrico delgado saca material de adentro del cérvix. Se colocan las muestras en portaobjetos, y se las introduce en alcohol al 95%. Este material se envía para su estudio citológico, luego de lo cual se informa si las células tienen alguna anomalía, también la maduración de las células vaginales por el efecto hormonal, las células inflamadas por infecciones, la presencia de bacterias, hongos o parásitos vaginales. Pero lo que se busca detectar principalmente son las lesiones precancerosas o células cancerosas, especialmente del cuello uterino.

La preparación para el estudio incluye la instrucción de la mujer respecto a que no debe estar con menstruación ni mantener relaciones sexuales 48hs antes de hacer el estudio; dos días antes están contraindicados los lavajes vaginales, la colocación de óvulos o cremas intravaginales.

La legislación vigente en nuestro país prevee la periodicidad de su realización según sean los resultados obtenidos "si el PAP diera *anormal*, deberá realizarse una colposcopia y un cepillado endocervical. Si estos estudios dieran *normal*, repetir el PAP 2 veces al año. Si estos 2 últimos dieron *normal*, se continuará con un PAP por año durante 3 años.

Si la colposcopia indica patología o *anormal* se debe realizar una biopsia dirigida por colposcopia. Si la biopsia es *negativa* se realizará un control anual con PAP y colposcopia”²

Colposcopia

Es un procedimiento médico que sirve para observar con un aparato los tejidos del cuello del útero, las paredes vaginales y la vulva. Con este estudio se pueden diagnosticar las lesiones de estos tejidos, lo que tiene una gran importancia para detectar en forma precoz el cáncer de cuello uterino.

El estudio es totalmente indoloro, sencillo y rápido, permitiendo realizar en el mismo momento la toma para el Papanicolaou. Ambos estudios se complementan entre sí permitiendo identificar lesiones en el cuello del útero que precisen ser biopsiadas.

Para realizar el estudio se utiliza el colposcopio que es un aparato óptico, parecido a un microscopio, que tiene una fuente luminosa intensa. Permite ver con aumento los tejidos, lo que ayuda al diagnóstico de procesos inflamatorios, lesiones benignas y malignas localizadas en el cuello del útero, en la vagina y en la vulva.

Una vez que la paciente se acuesta en la camilla en posición ginecológica se expone el cuello del útero mediante un espéculo, aparato descartable que se abre para visualizar las zonas a examinar. Después se pasa por la zona que se quiere estudiar un hisopo de algodón mojado con una solución de ácido acético al 3%. Este procedimiento sirve para limpiar el moco cervical y resaltar las zonas anormales. Se realiza finalmente la prueba de Shiller, que consiste en aplicar sobre el cuello del útero una solución de Lugol, que contiene yodo, para descartar lesiones en esa zona. En caso que se encuentre alguna lesión que se quiere estudiar más intensamente, el médico puede hacer una biopsia con una pinza especial. Es importante saber que este procedimiento no duele y se hace en forma ambulatoria.

Lo más frecuente es que se haga después de hacer la toma de material para el Papanicolau, por lo que la preparación es la misma.

Mamografía

Es un método o estudio radiográfico que utiliza rayos X de baja densidad llamados mamógrafos para poder ver las estructuras internas de la mama y detectar zonas anormales en ella, aún aquellas que no se pueden palpar con el examen clínico.

Con este estudio se ve el contorno de la piel, una zona clara que corresponde al tejido subcutáneo, una zona densa que es la parte de la glándula mamaria y por último una imagen clara detrás de la zona glandular.

En las mujeres jóvenes el tejido glandular se ve como imágenes densas, con escaso tejido adiposo que es más claro. Durante el embarazo y la lactancia la densidad del tejido glandular aumenta. En las mujeres post menopaúsicas predomina el tejido adiposo, por lo que la zona de la glándula mamaria se ve más clara que en las jóvenes.

Con respecto a la edad, no tiene una indicación rutinaria antes de los 40 años, pero puede practicarse cuando existe sospecha de un tumor o existen antecedentes familiares o personales.

Respecto de la preparación para el estudio debe hacerse en la primera mitad del ciclo menstrual, porque evita que la mujer reciba radiaciones en el caso que exista un embarazo ignorado y también hay menos líquido en el tejido mamario antes de la ovulación, lo que permite obtener mejores imágenes.

La paciente permanece de pie. El examen mamográfico se hace en forma bilateral. Se coloca una placa debajo de la mama (craneocaudal) y después se hace otra radiografía poniendo una placa en el lado externo de la mama (mediolateral y oblicua).

Constituye uno de los métodos para la detección temprana del cáncer mamario.

En algunas ocasiones y dependiendo de los resultados de las mamografías también se practica de forma complementaria una ecografía de las mamas.

Ecografía ginecológica

A criterio del médico se realizará una ecografía vaginal o abdominal según las circunstancias. Para poder realizar una ecografía ginecológica abdominal se precisa tener la vejiga de la orina bien llena para así poder visualizar el útero y los ovarios.

En los últimos años se ha desarrollado mucho la aplicación de los ultrasonidos para obtener imágenes del aparato genital interno femenino ya que aportan datos más discriminatorios que la exploración clínica.

Ecografía transvaginal

Es un estudio que se realiza para ver los órganos pélvicos (útero, trompas y ovarios), también se usa en el embarazo. No tiene riesgos para la paciente porque no se utilizan radiaciones. Permite diagnosticar embarazo, miomas, tumores, alteraciones que no se visualizan con una ecografía normal.

Biopsia

La biopsia es un procedimiento por el que se obtiene material de un tejido sospechoso de tener alguna anormalidad, por ejemplo cáncer. Luego se analiza en el laboratorio, para descartar si algunas de las células del tejido estudiado son malignas.

Es el único método que da la confirmación del diagnóstico de cáncer, y es imprescindible antes de iniciar cualquier forma de tratamiento.

Autoexamen de mamas

A nuestro criterio es la principal herramienta con que cuentan las mujeres para detectar cualquier anormalidad en las mamas, es económico, sencillo, toma solo unos minutos y se hace una sola vez al mes.

Practicarlo regularmente permitirá a cada una en particular conocer la normalidad de sus mamas lo que le ayudará a identificar cualquier cambio mínimo para posteriormente consultar a su médico.

El mejor momento para hacerse un autoexamen de las mamas es más o menos de 3 a 5 días después del comienzo del periodo. Las mamas no están tan sensibles o con protuberancias en ese tiempo en su ciclo menstrual. Si la mujer ha llegado a la menopausia, debe examinarse el mismo día cada mes.

Es muy importante que recuerde que los autoexámenes mamarios NO pueden reemplazar el examen clínico por el especialista ni de la mamografía anual.

Actualmente, la prevención más eficaz del cáncer de mama es la detección precoz, es por este motivo que cada mujer debe conocer la técnica del autoexamen mamario.

Técnica para el autoexamen mamario

Empiece por acostarse boca arriba. Es más fácil examinarse todo el tejido mamario si está acostada.

- Coloque la mano derecha por detrás de la cabeza, con los dedos del medio de la mano izquierda presione suave pero con firmeza haciendo movimientos pequeños para examinar la mama derecha; palpe además la axila ya que el tejido mamario se extiende hasta esta área.
- Presione suavemente los pezones, verificando si hay secreción. Repita el proceso en la mama izquierda.

- Luego, párese frente a un espejo con los brazos a los lados.
- Mire las mamas directamente y en el espejo. Busque cambios en la textura de la piel, como hoyuelos, arrugas, abolladuras o piel que luzca como cáscara de naranja.
- Igualmente observe la forma y el contorno de cada mama.
- Revise para ver si el pezón está hundido.
- Haga lo mismo con los brazos elevados por encima de la cabeza.

Véase anexo N°1

El cáncer de mama cuando se encuentra en los primeros estadios, no suele dar síntomas. Por este motivo es importante que sea la propia mujer quien busque cualquier cambio en sus mamas mediante el autoexamen. De esta forma se puede descubrir en forma temprana la enfermedad, lo que aumenta las posibilidades del éxito del tratamiento.

APARTADO II: Patologías que afectan al sistema reproductor femenino

Es importante que las mujeres conozcamos el riesgo al que estamos expuestas según lo muestran los diferentes estudios realizados por organismos como la OMS y la relevancia que la prevención tiene, por ello es importante conocer aquellas patologías a las que estamos expuestas.

Cáncer de Mama

En primer lugar definiremos Cáncer

El cáncer hace referencia a un gran grupo de enfermedades neoplásicas que se caracterizan por la presencia de células malignas. Estas células pueden invadir los tejidos vecinos o diseminarse a distancia, produciendo las metástasis.

Cada tipo de cáncer se distingue por la naturaleza, asiento o evolución clínica de la lesión. No se conoce la etiología básica pero se lo atribuye a múltiples causas potenciales.

El cáncer de mama es una enfermedad maligna que afecta al tejido mamario; siendo la más frecuente en la mujer, una vez que aparece, la lucha para vencerlo comienza con la consulta ante el primer síntoma y el diagnóstico precoz. En el 85% de los casos el tumor, que es la forma más común en que aparece el cáncer de mama, es descubierta en forma accidental por la paciente cuando se viste o al higienizarse.

El cáncer de mama puede originarse en los conductos “carcinoma ductal”, que es la forma más frecuente, u originarse en las glándulas mamarias, “carcinoma lobulillar”. Cuando el cáncer se desarrolla dentro de los lobulillos o de los conductos sin invadir el estroma, se lo llama “carcinoma in situ”.

Estructura de la mama

Las mamas están apoyadas sobre los músculos que recubren las costillas. En cada mama encontramos tejido graso y glandular; este último se agrupa en

lóbulos, 15 a 20, que contienen en su interior lobulillos pequeños que producen leche. Esta sale de la mama hacia el exterior por medio de conductos, que van desde los lobulillos hacia el pezón.

La glándula mamaria contiene vasos linfáticos que desembocan en unas formaciones redondas, llamadas ganglios. Por eso vasos circula la linfa, líquido corporal que transporta bacterias y células cancerosas. Los ganglios se agrupan en la axila, por encima de la clavícula, detrás del esternón y en otras partes del cuerpo.

Factores de riesgo para el cáncer de mama

A pesar de los avances de la medicina actual los médicos no pueden explicar porque hay mujeres que desarrollan un cáncer de mama y otras no. Lo que si se conoce es que hay factores que aumentan las posibilidades de que una mujer tenga un cáncer de mama. Entre ellos:

-Edad: el cáncer de mama se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres de 45 a 55años.

-Factores genéticos: en estos últimos años los estudios sobre la relación entre el cáncer de mama y los genes (gen: unidad básica de herencia ubicada en los cromosomas), descubrieron que la alteración de determinados genes se relacionan con el desarrollo del cáncer de mama.

-Historia familiar de cáncer de mama: hay una incidencia mayor de cáncer de mama en las mujeres que tienen familiares de primer grado (madre, hermana, hija) con cáncer mamario.

-Menstruación: se encuentra con mayor frecuencia el desarrollo de un cáncer de mama en mujeres que tuvieron la primera menstruación antes de los 12 años, y la menopausia después de los 55años.

-Peso: la obesidad, especialmente en mujeres posmenopáusicas, es un factor que aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. Las mayores de 60 años que tienen 10 kg. de exceso de peso, tienen un 80% más de riesgo.

-Dieta: el consumo de grasas saturadas aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama lo mismo que el bajo consumo de fibras.

-Alcohol: la ingesta de bebidas alcohólicas, vino, cerveza o licores parece aumentar la incidencia de cáncer de mama.

-Estilo de vida: las mujeres que llevan una vida sedentaria sin desarrollar actividad física, tienen más riesgo de tener un cáncer de mama. Se considera que realizar ejercicio durante seis horas por semana disminuye el riesgo de tener un cáncer de mama, especialmente si la actividad física se realiza entre los 14 a los 20 años.

-Factores psicológicos: como en todos los cánceres se ha encontrado que aquellas pacientes que desarrollan un cáncer de mama, los factores emocionales o las situaciones de estrés, modifican su sistema inmunológico lo que favorecería la aparición del cáncer.

-Tabaco: es conocido el efecto negativo que tiene el hábito de fumar sobre el cáncer.

Factores Protectores

-Embarazo: el cáncer de mama es más frecuente en mujeres que no han tenido hijos, pero el embarazo disminuye el riesgo de tenerlo cuando ocurre antes de los 20 años.

-Lactancia: si bien la lactancia como protección en este cáncer es un tema que genera controversias, hay trabajos que demuestran que dar de mamar durante más de 3 meses disminuye el riesgo de tener un cáncer de mama.

Síntomas

Los signos y síntomas que hacen sospechar la presencia de un cáncer de mama son los siguientes:

- Presencia de un bulto en el pecho, que generalmente es descubierto por la mujer en forma accidental al bañarse, y otras veces por el autoexamen mamario que se debe hacer una vez al mes.
- Retracción del pezón o de la aréola.
- Derrame por el pezón, especialmente si es sanguinolento.
- Alteraciones de la piel de la mama (ulceración, enrojecimiento, piel de naranja)
- Aparición de una zona escamosa alrededor del pezón.
- Ganglios duros en la axila.

Conviene aclarar que la aparición de algunos de estos síntomas no siempre son producidos por un cáncer de mama. Sí la mujer debe consultar lo antes posible con un médico, cuando descubre alguna anomalía en sus mamas.

Tratamiento del cáncer de mama

El tratamiento del cáncer de mama es complejo. Para decidir que tratamiento es el más adecuado para cada paciente se toman en cuenta la clasificación clínica de su estado evolutivo, abarca cuatro puntos:

a) Cirugía: consiste en la extracción quirúrgica del tejido extirpando de forma parcial o total de la mama. La tendencia actual es tratar de aplicar la cirugía conservadora, para realizar la mínima mutilación de la mama con lo que se obtienen mayores beneficios estéticos y psicológicos para la mujer.

b) Radioterapia: consiste en el uso elevado de rayos x para eliminar las células cancerosas y reducir el tumor.

c) Quimioterapia: se utilizan medicamentos que evitan la reproducción de las células cancerosas, impidiendo que el cáncer se extienda a otros tejidos. Es por tanto un tratamiento sistémico. La elección de la droga adecuada para cada paciente es realizada por el oncólogo, quien trabaja en conjunto con los profesionales que integran el equipo que trata a la mujer.

d) Hormonas: consiste en el uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las hormonas.

Cualquiera sea el tratamiento, es el especialista o médico de la paciente el que decide la conducta terapéutica a seguir.

Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino es el tercer tipo de cáncer más común en las mujeres, se inicia como una lesión en las células de la superficie del cuello uterino, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérvix y endocérvix, respectivamente. Existen dos tipos de células en dicha superficie: escamosas y columnares. La mayoría de los cánceres de cuello uterino provienen de las células escamosas.

El desarrollo de cáncer cervical generalmente es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir y convertirse en un carcinoma. En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma invasivo.

Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino

-Infección por Virus del Papiloma Humano (HPV): el cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH). La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por el Papanicolaou.

La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones.

Características de la conducta sexual

-Número de compañeros sexuales: mayor cantidad de compañeros sexuales implica una mayor exposición.

-Edad del primer coito: El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas.

-Características del compañero sexual: la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.

Factores relacionados con la reproducción

-Paridad: se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.

-Edad del primer parto: Bosch Xavier (médico oncólogo, especialista en virus del papiloma humano) demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

-Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido.

-Tabaquismo: Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

-Anticonceptivos orales: Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado (entre 5 y 10 años) se asocia con mayor riesgo de lesión Intraepitelial.

Factores psicosociales

-Condición socioeconómica y cultural: relacionado con diferentes situaciones que impliquen mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna por temor o trabas administrativas.

-Educación en salud: en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones por las cuales se requiere la toma periódica de citologías, hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado.

La identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, determina la capacidad para tomar decisiones autónomas, implicando un alto riesgo de infección y diagnóstico tardío.

Factores asociados con la calidad de la atención

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino

en países desarrollados, lo contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

Factores protectores

-Métodos de barrera: Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

-Recibir la vacuna contra el HPV: en el calendario actual se encuentra la vacuna contra el virus del HPV para las niñas de 11 años de edad.

-Vacuna de hepatitis B

-Limitación de compañeros sexuales

-Evitar el consumo de tabaco, etc.

Enfermedades de Transmisión Sexual

En la actualidad se llaman Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) a un conjunto de enfermedades infecciosas, causadas por diferentes agentes etiológicos, que se contagian por la "transmisión" de persona a persona durante la actividad sexual. Actualmente se conocen numerosos microorganismos (virus, bacterias, parásitos, ácaros, ladillas) que producen estas enfermedades. Afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en estas últimas es donde se ve más perjudicada la salud.

Hasta 1970 las ETS clásicas eran la "sífilis", la "gonococcia" y el "chancro blando". Pero en esa década se sumaron otras enfermedades, como la "Hepatitis B", el "SIDA" (Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida), el "Papilomavirus" (HPV) que han superado a las ETS clásicas en importancia y frecuencia. Estas infecciones son más difíciles de diagnosticar, tratar y controlar lo que produce complicaciones

que las convierten en enfermedades crónicas, que en casos severos pueden llevar a la muerte, como en el caso del SIDA o la Hepatitis B.

El riesgo de contraer este tipo de enfermedades es más alto en aquellas personas que tienen varias parejas sexuales. Siempre se asoció el mayor riesgo de ETS a los niveles socioeconómicos y culturales más bajos, pero en la actualidad se ve la misma cantidad de infectados en todos los estratos sociales.

Síntomas

Los síntomas pueden localizarse en la región genital (secreción o flujo genital, dolor pelviano, úlceras, pápulas, verrugas, vesículas, costras, máculas, ardor vulvar, dolor durante las relaciones sexuales, síntomas urinarios, etc.). O aparecer en zonas extragenitales (adenopatías, ictericia, síndrome febril, dolores articulares, lesiones oculares, lesiones en la cavidad oral, etc.).

Hay que tener en cuenta que las ETS pueden no dar síntomas, siendo detectadas a través de estudios complementarios (por ejemplo HPV por medio de un examen cito- colposcópico, HIV por estudios en sangre, Clamidiasis con cultivos de secreciones). También conviene recordar que una persona puede tener más de una ETS al mismo tiempo. Esto es importante antes de iniciar un tratamiento, ya que conviene descartar otras ETS coexistentes para tratarlas en forma simultánea o sucesiva.

La Candidiasis vulvovaginal si bien no es una ETS, puede ser transmitida durante la relaciones sexuales cuando la piel de la región genital está lastimada. En ese caso se debe indicar tratamiento a la pareja.

Factores para reducir el riesgo de contraer las ETS

Antes de iniciar una nueva relación sexual estar seguro de que el nuevo compañero o compañera no tiene una ETS, lo que se puede comprobar mediante análisis de sangre. Las mujeres deben hacerse una vez por año una prueba

citológica (Papanicolau) y colposcopía. En la actualidad existen vacunas (HPV, HepatitisB) que ayudan a prevenir estas enfermedades.

Tratamiento

Para tratar estas enfermedades se utilizan antibióticos, antivirales, tratamientos locales con cremas o líquidos, aplicación de técnicas quirúrgicas que congelan o queman la zona afectada y en casos más excepcionales se extirpa el tejido enfermo.

APATRADO III: Modelo de Dorothea Orem del Déficit del autocuidado

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, 15 de julio de 1914 – Savannah, 22 de junio de 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de enfermería Orem.

Dorothea no tuvo un autor que influyera en su modelo, pero si se sintió inspirada por otras teóricas de enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionen su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Descripción general del modelo de Dorothea Orem

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y

explica las relaciones que hay que mantener entre las acciones prácticas enfermeras y las necesidades terapéuticas de autocuidado de los pacientes.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

-Persona: organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.

-La enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

-El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

-El concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Es necesario también definir otros conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:

Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse **intencionalmente** del

autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

-Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

-Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas, representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Agencia de autocuidado: es la compleja capacidad que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, o ayudarles a cubrirlas por sí mismos.

Sistemas de enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado.

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas.

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".³

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Hipótesis

Las enfermeras del hospital Antonio J. Scaravelli de la ciudad de Tunuyán-provincia de Mendoza no se realizan los controles ginecológicos necesarios para proteger su salud y lograr un óptimo nivel de autocuidado.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Para llevar adelante la investigación utilizamos el método cuantitativo, el cual permite recolectar datos numéricos con el fin de analizarlos y probar nuestra hipótesis de que las enfermeras del hospital Antonio J. Scaravelli de la ciudad de Tunuyán-provincia de Mendoza no se realizan los controles ginecológicos necesarios para proteger su salud y lograr un óptimo nivel de autocuidado.

El estudio es descriptivo de corte transversal ya que la recolección de datos se realizó en un momento determinado, es decir en el segundo semestre de 2015. Busca caracterizar al personal, identificar factores que limitan el acceso a sus controles ginecológicos y su percepción del nivel de autocuidado.

Área de estudio

La investigación se realizó en el Hospital Antonio Scaravelli, del departamento de Tunuyán, provincia de Mendoza, segundo semestre del año 2015.

Universo

Se trabajó sobre un total de 115 enfermeras que trabajan en el hospital Antonio Scaravelli.

Muestra

Se toma como muestra a 44 enfermeras de los servicios de neonatología, clínica médica y maternidad del Hospital Antonio Scaravelli.

Unidad de análisis

Se considera como unidad de análisis a cada enfermera que participó de manera voluntaria en la recolección de datos de forma anónima.

Instrumento de recolección de datos

Se utiliza un cuestionario de preguntas cerradas para recolectar datos de una fuente primaria (44 enfermeras).

El cuestionario cuenta con 7 preguntas que nos permite caracterizar demográficamente al personal, conocimiento en cuanto a controles ginecológicos, antecedentes patológicos y percepción de autocuidado.

Técnica de recolección de datos

Los datos obtenidos mediante la encuesta son volcados en una tabla matriz para su procesamiento y análisis.

Para representar los datos de la tabla matriz se utilizan gráficos y tablas bivariadas.

Operacionalización de variables

variables	dimensiones	indicadores
Datos demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • N° de hijos • Edad de los hijos • Nivel de formación • Años de profesión • Servicio en el que trabaja • Número de trabajos • Modalidad de turno • Horas por turno • Obra social 	<p>-20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 a 59</p> <p>- Casada, soltera, juntada y separada.</p> <p>- Cero, uno, dos, tres, y más.</p> <p>-Menores a 10 años, mayores a 10 años y ambos.</p> <p>- Auxiliar en enfermería, enfermera profesional y licenciada en enfermería.</p> <p>- 1 a 5 años, 5 a 10 años, 10 a 15 años, 15 a 20 años y más.</p> <p>- Clínica médica, maternidad y neonatología.</p> <p>- uno, dos, tres.</p> <p>- fijos o rotativos.</p> <p>-6hs., 8hs., 12hs.y 24hs.</p> <p>-sí y no</p>

<p>Controles ginecológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce el N° de controles ginecológicos anuales (CNCA?) • Controles ginecológicos realizados en los últimos 5 años (N°CU5A) 	<p>-Sí y no</p> <p>- Cero, uno, dos, tres, cuatro, cinco y más.</p>
<p>Antecedentes patológicos (ca de mamas o de cérvix)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales • Antecedente familiares 	<p>- sí y no</p> <p>- sí y no</p>
<p>Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos. • Percepción del autocuidado 	<p>a- niños pequeños o discapacitados a su cargo.</p> <p>b- distancia alejada a centro sanitario.</p> <p>c-no cuenta con médico ginecólogo de confianza.</p> <p>d- dificultad para conseguir turnos.</p> <p>e- cantidad de horas que trabaja.</p> <p>f- modalidad del turno laboral.</p> <p>g- prioriza a otros familiares u otras circunstancias.</p> <p>h- temor.</p> <p>i- pereza.</p> <p>j- vergüenza.</p> <p>- bueno, malo y regular</p>

Análisis, procesamiento y presentación de datos

Edad de las enfermeras de la muestra

Para representar los datos correspondientes a la edad se realiza una agrupación de los mismos en intervalos.

Agrupación de datos (edad) en forma creciente: 24, 24, 25, 25, 25, 26, 26, 26, 26, 27, 28, 29, 29, 29, 30, 30, 30, 30, 32, 32, 33, 34, 34, 35, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 43, 45, 45, 46, 46, 46, 46, 50, 55, 55, 56, 57, 59.

Media aritmética o promedio (X^1): **37** / Moda (Mo): **26, 30**.

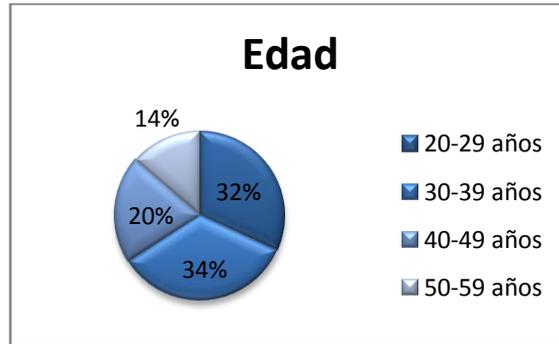
Tabla N° 1

La siguiente tabla hace referencia a la edad de las enfermeras de los servicios de clínica médica, neonatología y maternidad del Hospital Scaravelli en el segundo semestre del año 2015. Tomando la misma en intervalos de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 a 59.

Intervalos de edad	fi	fr%	Fi
20-29 años	14	32%	14
30-39 años	15	34%	29
40-49 años	9	20%	38
50-59 años	6	14%	44

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta realizada por las autoras. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°1: Edad



COMENTARIO: La tabla y el gráfico correspondiente a la edad muestran que el 32% de las enfermeras se encuentra en el intervalo de 20 a 29 años, el 34% en el intervalo de 30 a 39 años, el 20% en el intervalo de 40 a 49 años y el 14% en el intervalo de 50 a 59 años.

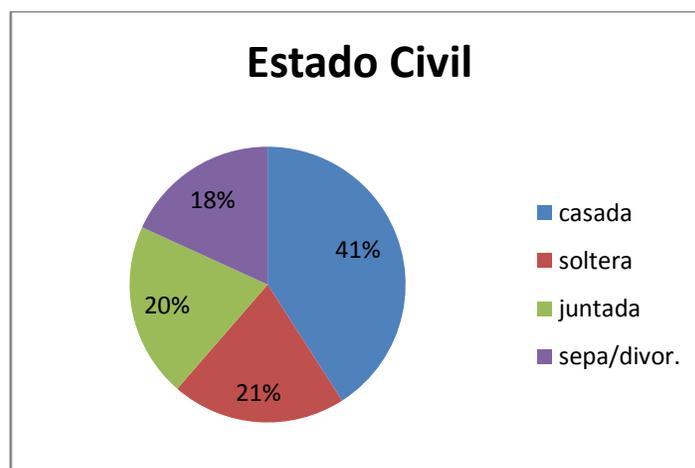
Tabla N°2: estado civil

La siguiente tabla permite caracterizar el estado civil de las enfermeras del servicio de maternidad, clínica médica y neonatología del hospital Scaravelli de Tunuyán, Mendoza, en el segundo semestre del año 2015, agrupándolas en casadas, solteras, juntadas o separadas.

Estado Civil	f	fr%	F1
casada	18	40%	18
soltera	9	21%	27
juntada	9	21%	36
sepa/divor.	8	18%	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras a través de una encuesta a las enfermeras muestra. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°1



Comentario: según la tabla de frecuencia y el gráfico, el 41% de las enfermeras de los servicios antes mencionados son casadas, mientras que el 21% son solteras, el 20% son juntadas y el 18% restante son separadas.

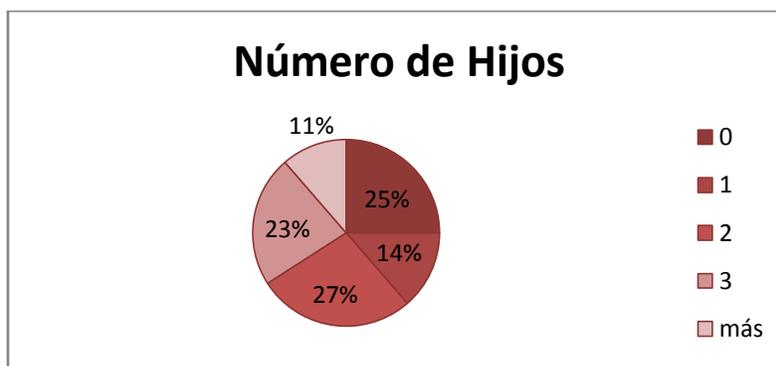
Tabla N°3: Número de hijos

La siguiente tabla hace referencia a la cantidad de hijos que tiene cada enfermera de los servicios mencionados del hospital Scaravelli, tomando desde cero hijos hasta más de tres hijos.

N° hijos	f	fr%	F1
0	11	25%	11
1	6	14%	17
2	12	27%	29
3	10	23%	39
más	5	11%	44

Fuente: Datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°3



Comentario: La tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al número de hijos por cada enfermera, muestra que el 25% de las enfermeras no tiene hijos, mientras que el 14% indica que las enfermeras tienen un hijo, el 27% que tienen dos hijos, el 23% tienen tres hijos y el 11% tiene más de tres hijos.

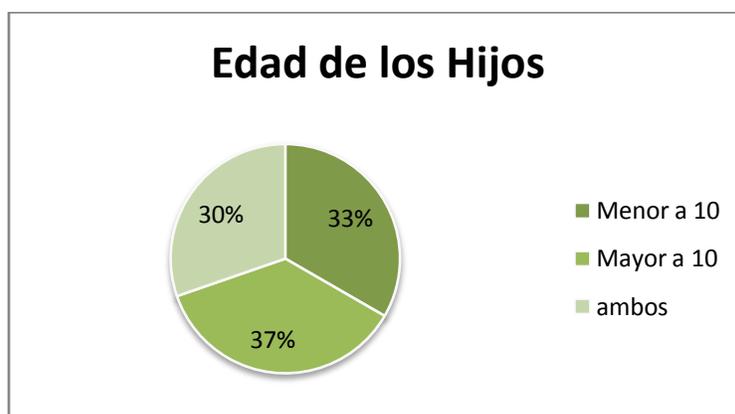
Tabla N°4: Edad de los hijos

La siguiente tabla hace referencia a la edad de los hijos de las enfermeras seleccionadas para la muestra del hospital Scaravelli, haciendo un corte entre menores de diez años, mayores de diez años o ambos.

Edad de Hijos	f	fr%	F1
Menor a 10	11	33%	11
Mayor a 10	12	36%	23
ambos	10	31%	33

Fuente: Datos proporcionados por la encuesta a las enfermeras muestra. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°4



Comentario: Según la tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente a la edad de los hijos, el 33% de los hijos de las enfermeras son menores de diez años, mientras que el 37% son mayores de diez años y el 30% restante indica que las enfermeras tienen tanto hijos menores como mayores a diez años.

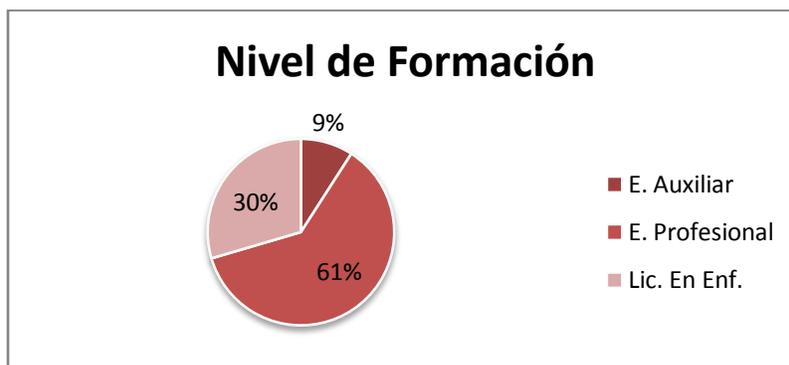
Tabla N°5: Nivel de formación

La siguiente tabla hace referencia al nivel de formación del personal de enfermería femenino de los servicios de maternidad, clínica médica y neonatología del hospital Scaravelli de Tunuyán-Mendoza en el segundo semestre del año 2015. Diferenciando entre Auxiliares en Enfermería, Enfermeras Profesionales y Licenciadas en Enfermería.

N. Formación	f	fr%	F1
E. Auxiliar	4	9%	4
E. Profesional	27	61	31
Lic. En Enf.	13	30%	44

Fuente:Datos aportados por la encuesta realizada por las autoras a las enfermeras seleccionadas. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°5



Comentario: La tabla de frecuencia y el gráfico muestran que el 9% de las enfermeras encuestadas son Auxiliares en enfermería, mientras que el 61% indica que son Enfermeras Profesionales, y el 30% restante corresponde a las Licenciadas en Enfermería.

Tabla N°6: Años de profesión

La siguiente tabla indica los años de profesión de cada enfermera de los servicios mencionados del hospital Scaravelli en el segundo semestre del año 2015. Tomando rangos de uno a cinco años de profesión, de cinco a diez, de diez a quince, de quince a veinte, o más años de profesión.

Años de Prof.	f	fr%	F1
1 a 5 años	22	50%	22
5 a 10 años	10	23%	32
10 a 15 años	3	7%	35
15 a 20 años	3	7%	38
más años	6	13%	44

Fuente: Datos obtenidos mediante la encuesta realizada por las autoras. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°6



Comentario: Según la tabla de frecuencia y el gráfico, el 50% de las enfermeras tiene entre 1 y 5 años de profesión, el 23% entre 5 y 10 años, el 7% entre 10 y 15, el otro 7% entre 15 y 20 años, y el 13% restante, indica que las enfermeras tienen más de 20 años de profesión.

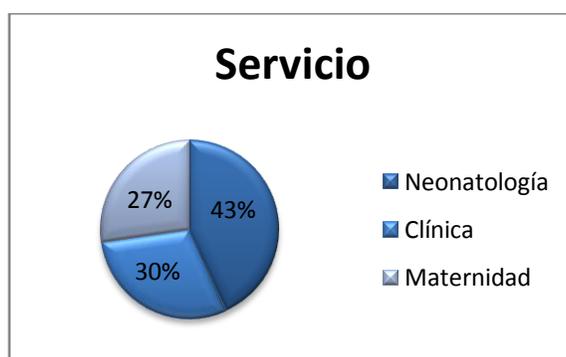
Tabla N°7: Servicio en el que trabajan

La siguiente tabla hace referencia al servicio en el que desenvuelven sus funciones las enfermeras del hospital Scaravelli durante el segundo semestre del año 2015.

Servicio	f	fr%	F1
Neonatología	19	43%	19
Clínica	13	30%	32
Maternidad	12	27%	44

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°7



Comentario: La tabla de frecuencia y el gráfico muestran que el 43% de las enfermeras trabaja en el servicio de Neonatología, el 30% en clínica médica y el 27% en maternidad.

Tabla N°8: Número de trabajos

La siguiente tabla hace referencia al número de trabajos con el que cuenta cada una de las enfermeras seleccionadas del hospital Scaravelli durante el segundo semestre del año 2015. Tomando una base de uno, dos o tres trabajos donde se desenvuelven.

Número De Trab.	f	fr%	F1
Uno	37	84%	37
Dos	7	16%	44
Tres	0	0%	44

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante encuesta. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°8



Comentario: La tabla de frecuencia y el gráfico correspondiente al número de trabajos, indican que el 84% de las enfermeras tiene sólo un trabajo, mientras que el 16% tiene dos trabajos. Lo cual demuestra que ninguna enfermera tiene tres trabajos.

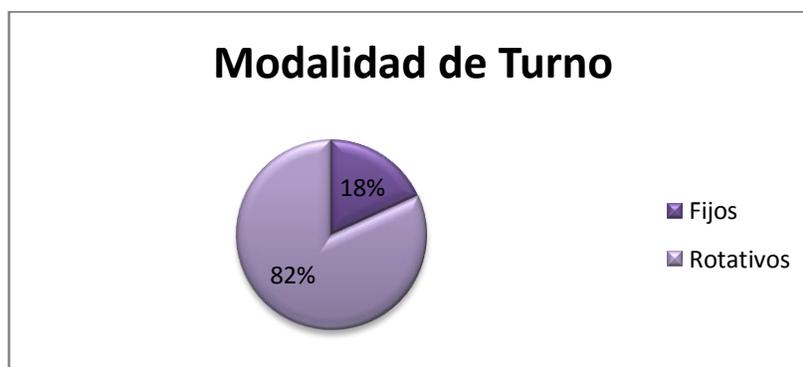
Tabla N°9: Modalidad del turno laboral

La siguiente tabla hace referencia a la modalidad del turno en que trabaja cada enfermera de los servicios de clínica médica, maternidad y neonatología del hospital Scaravelli. Diferenciándolos entre turnos fijos o rotativos.

Turnos	f	fr%	F1
Fijos	8	18%	8
Rotativos	36	82%	44

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta realizada por las autoras. Tunuyán-Mendoza, 2015.

Gráfico N°9



Comentario: La tabla de frecuencia y el gráfico indican que el 18% de las enfermeras de estos servicios del hospital Scaravelli trabajan en turnos fijos, mientras que el 82% trabaja en turnos rotativos.

Tabla N° 10: Horas por turno

La siguiente tabla refleja la cantidad de horas por turno trabajadas por las enfermeras muestra del hospital Scaravelli; dividiendo en turnos de 6hs., 8hs., 12hs., y 24hs.

Hs. por turno	f	fr%	F1
6Hs.	0	0%	0
8 Hs.	4	9%	4
12 Hs.	39	89%	43
24 Hs.	1	2%	44

Fuente: datos obtenidos en la encuesta realizada por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N°10



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que el 89% de las enfermeras muestra trabajan turnos de 12hs. mientras que el 9% lo hace en turnos de 8hs., y solo un 2% en turnos de 24hs.

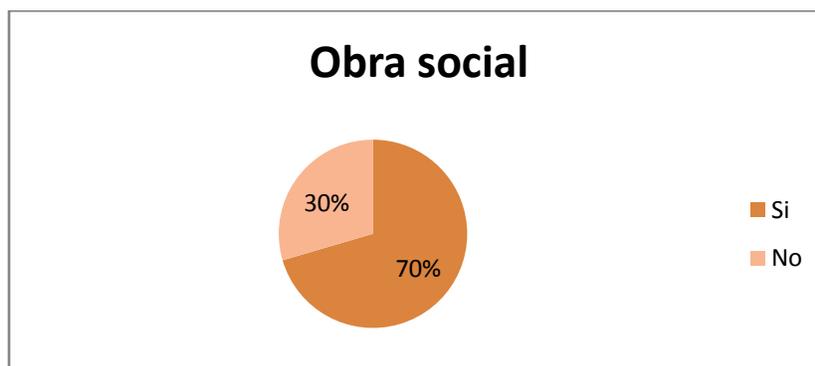
Tabla N°11: Cobertura social

La siguiente tabla hace referencia a la cobertura social de las enfermeras seleccionadas como muestra del hospital Scaravelli, durante el segundo semestre del 2015. Las separa en dos grupos: las que poseen obra social y quienes no la poseen.

Obra Social	f	fr%	F1
Si	31	70%	31
No	13	30%	44

Fuente: datos obtenidos mediante una encuesta realizada por las autoras a las enfermeras muestradel hospital Scaravelli. Tunuyán, Mendoza, 2015.

Gráfico N°11



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que el 70% de las enfermeras posee obra social, mientras que el 30% no la posee.

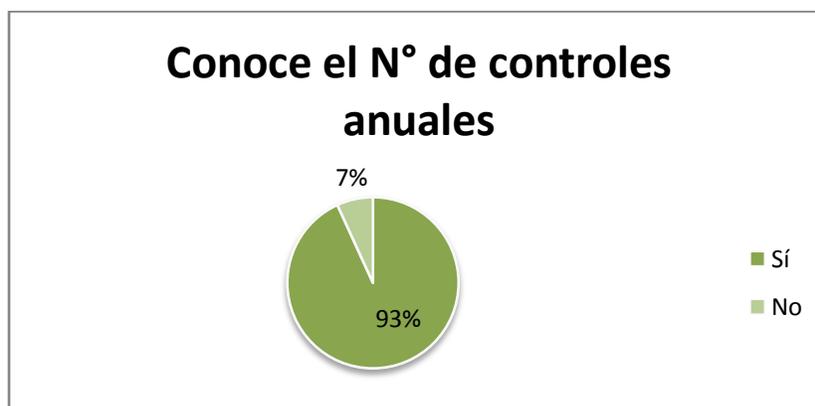
Tabla N° 12: Conoce el N° de controles anuales

La siguiente tabla indaga en cuanto al conocimiento que poseen las enfermeras del hospital Scaravelli, respecto de la cantidad de controles ginecológicos anuales que las mujeres deben realizarse. Las siglas CNCA significan: conoce número de controles anuales.

CNCA	f	fr%	F1
Sí	41	93%	41
No	3	7%	44

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada por las autoras a las enfermeras muestra. Tunuyán, Mendoza, 2015.

Gráfico N°12



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que el 93% de las enfermeras encuestadas conoce el número de controles ginecológicos que deben realizarse en forma anual, y solo el 7% no lo sabe.

Tabla N° 13: Número de controles en los últimos 5 años (N°CU5A)

La siguiente tabla pretende mostrar la cantidad de controles realizados por las encuestadas en los últimos 5 años. Partiendo de una base de 0 controles, 1, 2, 3, 4, 5 y más controles.

N°CU5A	f	fr%	F1
0	3	7%	3
1	7	16%	10
2	10	23%	20
3	7	16%	27
4	5	12%	32
5	6	13%	38
Más	6	13%	44

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N°13



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que un 7% no se ha realizado ningún control en los últimos 5 años, el 16% se realizó solo 1 al igual que 3 controles, el 23% se realizó solo 2 controles, el 11% se realizó 4 controles, el 13% se realizó los 5 controles sugeridos por la OPS y el 14% restante se realizó más controles.

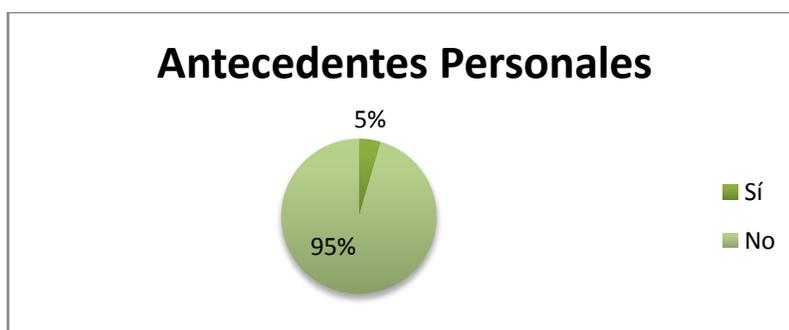
Tabla N° 14: Antecedentes personales

La siguiente tabla refleja si las enfermeras encuestadas poseen antecedentes personales de cáncer de mama o de cérvix, dividiéndolas en dos categorías las que sí los poseen y las que no los poseen.

Ant. Personal.	f	fr%	F1
Sí	2	5%	2
No	42	95%	44

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 14



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que el 95% de las enfermeras encuestadas no posee antecedentes personales de cáncer de mama o de cérvix, mientras que sólo el 5% sí los posee.

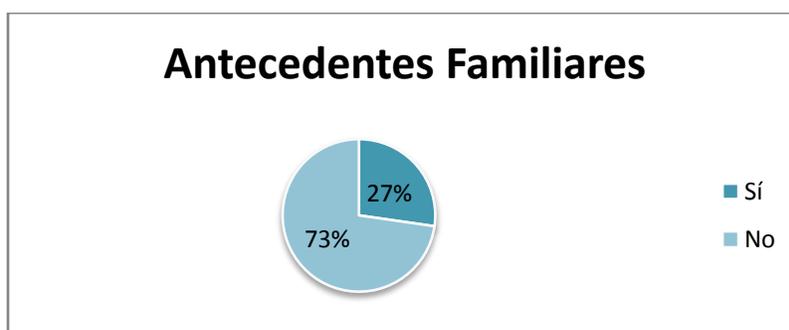
Tabla N° 15: Antecedentes familiares

La próxima tabla muestra si las enfermeras encuestadas poseen antecedentes familiares de alguna patología mencionada en la tabla anterior y las que no lo poseen.

Ant. Fliares.	f	fr%	F1
Sí	12	27%	12
No	32	73%	44

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N°15



Comentario: en la tabla y el gráfico se observa que el 27% de las encuestadas sí posee antecedentes familiares de cáncer de mama o de cérvix, mientras que el 73% restante no los posee.

Tabla N° 16: Factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos

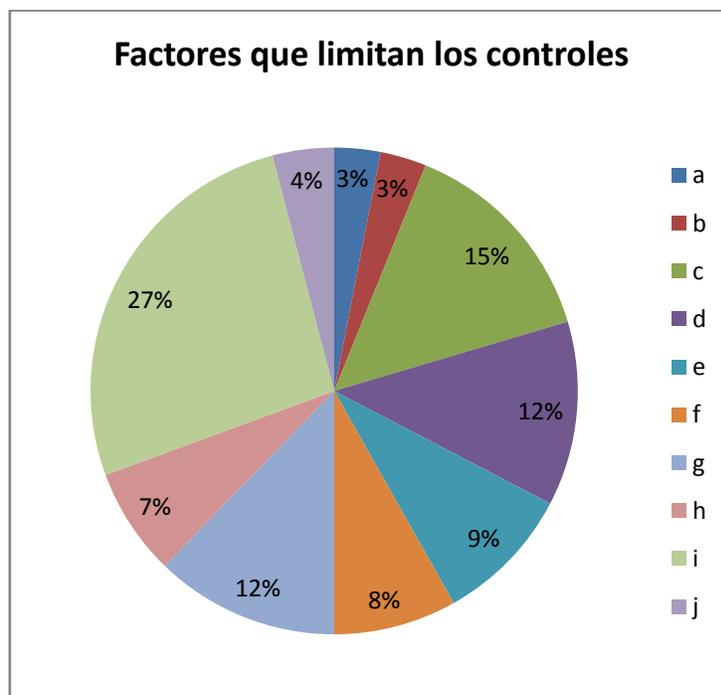
La tabla que sigue brindó las opciones de aquellos diversos factores entre los cuales las enfermeras encuestadas debían seleccionar, pudiendo elegir más de una opción a la vez. A continuación se describen los ítems:

- a) Niños pequeños o discapacitados a cargo.
- b) Distancia alejada a un centro sanitario.
- c) No cuenta con ginecólogo de confianza.
- d) Dificultad para conseguir turnos.
- e) Cantidad de horas que trabaja.
- f) Modalidad del turno laboral.
- g) Prioriza otras circunstancias postergando su autocuidado.
- h) Temor.
- i) Pereza.
- j) Vergüenza.

factores	f	fr%	F1
a	3	3%	3
b	3	3%	6
c	14	15%	20
d	12	12%	32
e	9	9%	41
f	8	8%	49
g	12	12%	61
h	7	7%	68
i	26	27%	94
j	4	4%	98

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 16:Factores que limitan el acceso a los controles ginecológicos



Comentario: la tabla y el gráfico muestran que la opción i (pereza) fue la más seleccionada lo que representa un 27%, seguido por un 15% de la opción c (no cuenta con ginecólogo de confianza), 12% de la opción d (dificultad para conseguir turno) y g (posterga su autocuidado), el 9% la opción e (cantidad de horas de trabajo), el 8% la opción f (modalidad del turno laboral), el 7% la opción h (temor), el 4% la opción j (vergüenza), y el 3% la opción a y b (niños pequeños a cargo y distancia alejada a centro sanitario respectivamente).

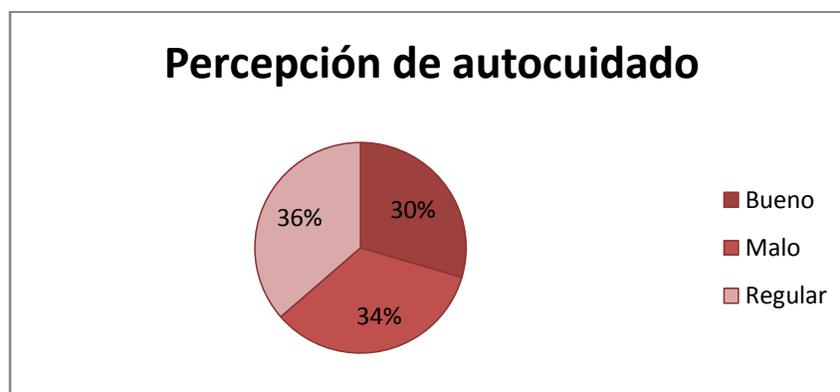
Tabla N° 17: Percepción de autocuidado

La tabla siguiente hace referencia a la percepción que tienen las enfermeras muestra respecto a su autocuidado, categorizándolo como bueno, malo y regular.

Autocuidado	f	fr%	F1
Bueno	13	29%	13
Malo	15	35%	28
Regular	16	36%	44

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 17



COMENTARIO: el 30% de las participantes considera su autocuidado ginecológico como bueno, el 34% lo considera malo y el 36% lo considera regular.

TABLAS BIVARIADAS

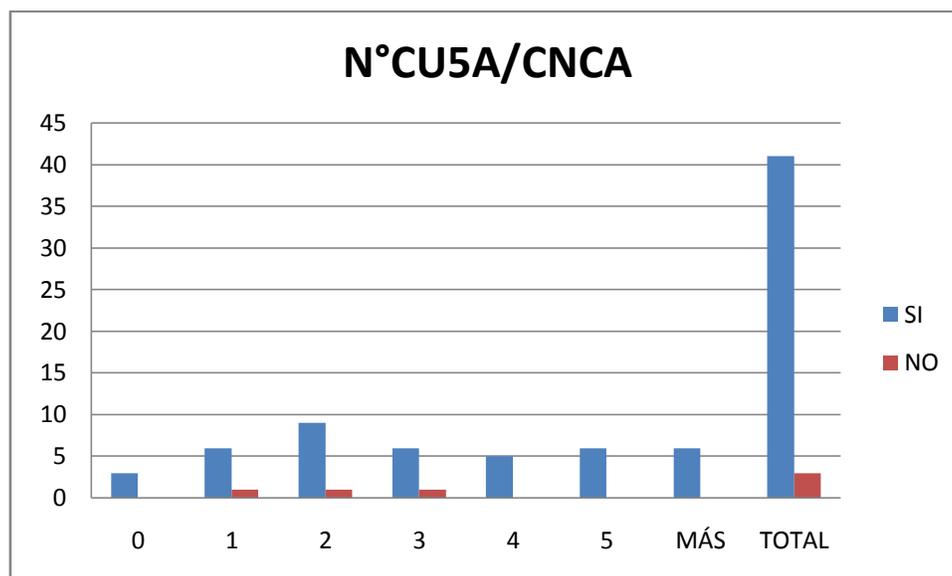
Tabla 18: N° de controles en últimos 5 años/ conoce el N° controles anuales

La siguiente tabla contrasta el conocimiento de las encuestadas respecto al número de controles ginecológicos anuales sugeridos y los controles realizados por las encuestadas en los últimos 5 años, teniendo en cuenta que la OPS (Organización Panamericana de la Salud) sugiere 1 control anual, se supone que aquellas que se realizaron menos de 5 controles no alcanzaron lo que se sugiere como ideal.

CNCA N°CU5A	SI		NO	
	f	fr%	f	fr%
0	3	7%		0%
1	6	14%	1	2%
2	9	20%	1	2%
3	6	14%	1	2%
4	5	11%		0%
5	6	14%		0%
Más	6	14%		0%
Total	41	94%	3	6%

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 18: N° de controles en últimos 5 años/ conoce el N° controles anuales?



Comentario: Se observa que el 94% de las enfermeras encuestadas (41) SÍ conocen la cantidad de controles que deben realizarse anualmente; sin embargo solo el 28% (12) se realizó uno o más controles anuales según lo sugerido por la OPS. Mientras que el 66% (29) no alcanza el ideal de un control anual.

De las enfermeras encuestadas que NO conocen la cantidad de controles anuales necesarios para el cuidado de su salud, el 2% (1) se realizó un control, el 2% (1) se realizó dos controles y el 2% (1) restante se realizó tres controles ginecológicos en los últimos 5 años, es decir, que no alcanzan el ideal propuesto por la OPS.

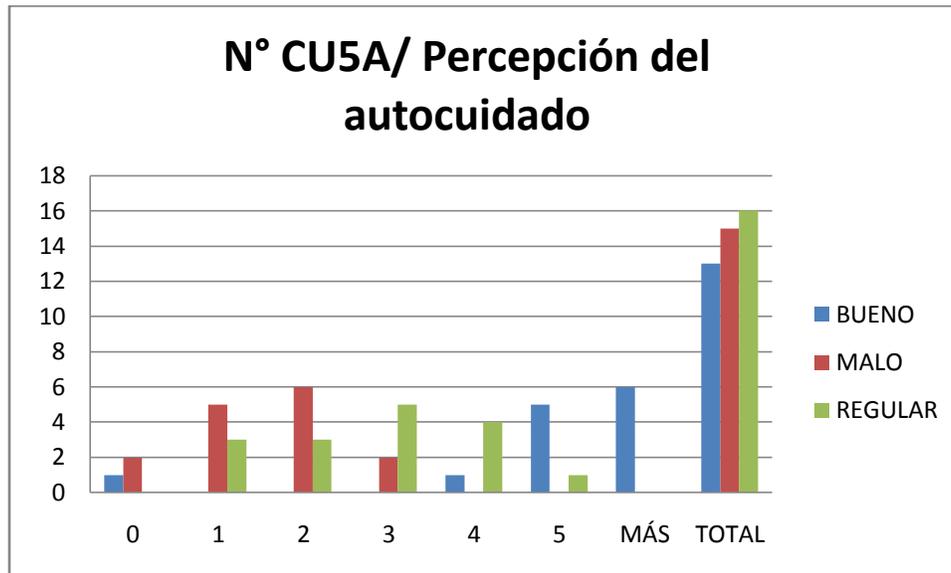
Tabla N° 19: N°CU5A / Percepción del autocuidado

La siguiente tabla coteja la percepción que las enfermeras tienen respecto de su autocuidado ginecológico, con la realidad de los controles realizados por las mismas teniendo en cuenta los parámetros sugeridos por la OPS.

Percepción del autocuidado N°CU5A	Bueno		Malo		Regular	
	f	fr%	f	fr%	f	fr%
0	1	2%	2	5%	0	
1	0		5	11%	3	7%
2	0		6	14%	3	7%
3	0		2	5%	5	11%
4	1	2%	0		4	9%
5	5	11%	0		1	2%
Más	6	14%	0		0	
Total	13	29%	15	35%	16	36%

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 19: N°CU5A / Percepción del autocuidado



Comentario: la tabla muestra que el 29% (13) de las enfermeras percibe su nivel de autocuidado ginecológico como bueno, sin embargo el 25% (11) se realizó los controles dentro de lo establecido por la OPS, mientras que 4% (2) no alcanza los controles necesarios.

El 35% (15) de las enfermeras encuestadas percibe su nivel de autocuidado como malo, lo cual coincide con la escasa cantidad de controles realizados según datos obtenidos por la encuesta.

El 36% (16) de las enfermeras encuestadas percibe su nivel de autocuidado como regular ya que el 11% (5) se realizó de 4 a 5 controles en los últimos 5 años, mientras que el 25% (11) se realizó menos de 4 controles ginecológicos en los últimos 5 años, no coincidiendo con su percepción de autocuidado como regular.

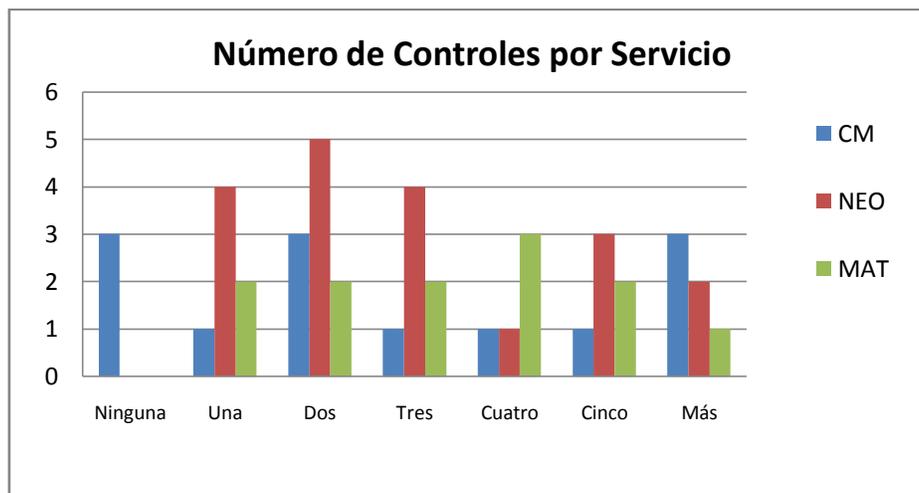
Tabla N°20: Número de controles por servicio

La siguiente tabla divide a las enfermeras por lugar en el que desempeña sus servicios y muestra la cantidad o el número de controles realizados en los últimos 5 años (N°CU5A).

Servicio N°CU5A	Clínica Médica		Neonatología		Maternidad	
	f	fr%	f	fr%	f	fr%
0	3	7%				
1	1	2%	4	9%	2	5%
2	3	7%	5	11%	2	5%
3	1	2%	4	9%	2	5%
4	1	2%	1	2%	3	7%
5	1	2%	3	7%	2	5%
Más	3	7%	2	5%	1	2%
Total	13	29%	19	43%	12	28%

Fuente: datos proporcionados por la encuesta realizada a las enfermeras muestra por las autoras. Tunuyán, Mendoza, segundo semestre de 2015.

Gráfico N° 20: Número de controles por servicio



Comentario: se puede observar que el 43% (19) de las enfermeras pertenecen al servicio de neonatología, solo el 12% (5) de ellas lo hace una vez al año o más cumpliendo con lo requerido como lo ideal para el cuidado de la salud ginecológica.

Del total de la muestra (44 enfermeras) el 29% (13) pertenecen al servicio de Clínica Médica, el 7% (3) del total no se realizó ningún control en los últimos 5 años, el 13% (1-3-1-1) se realizó entre 1 y 4 controles, mientras que el 9% restante logró alcanzar uno o más controles por año.

El 28% (12) de las enfermeras pertenece al servicio de Maternidad; aquí se produce el más bajo porcentaje de controles ginecológicos una vez al año solo el 7% (3 enfermeras), el 22% restante se realizó entre uno y cuatro controles en los últimos 5 años.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Resumen de los resultados más relevantes

Los resultados obtenidos de un total de 44 enfermeras que representan el 100% de la muestra, confirma la hipótesis planteada al inicio de la investigación ya que el 73% (32) de las enfermeras no se realizan los controles ginecológicos sugeridos como ideal por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El análisis estadístico demuestra que el 93% (41) de las enfermeras encuestadas sí conoce la cantidad de controles ginecológicos anuales que debe realizarse, sin embargo solo el 27% (12) de las enfermeras se realizan los controles correspondientes. Este porcentaje coincide con aquellas enfermeras que poseen antecedentes patológicos familiares de cáncer de mama o de cérvix, lo cual podría motivar la asistencia a su control anual.

Respecto de los 10 factores que limitan el acceso a sus controles ginecológicos, el 27% corresponde al factor “pereza”, seguido por el 15% del factor “no cuenta con médico ginecólogo de confianza”; y en igual porcentaje, es decir, el 12% los factores “dificultad para conseguir turnos” y “prioriza otras circunstancias postergando su autocuidado”. El porcentaje restante se encuentra distribuido entre los 6 factores mencionados en la tabla correspondiente.

Esto permite ver que el mayor factor que limita a las enfermeras acceder a sus controles ginecológicos es la “pereza” lo que no coincide con el concepto de autocuidado que plantea Orem quien propone una participación “activa” de las personas en el cuidado de su salud.

Otra variable analizada fue el autocuidado, que incluía la percepción del nivel de autocuidado dando como resultado que el 36% (16) de las enfermeras lo percibe como “regular”, el 35% (15) como “malo” y el 29% (13) como “bueno” aproximándose éste al porcentaje de enfermeras que sí se realizan los controles anuales pertinentes.

Propuestas

El objetivo de la propuesta es motivar al personal de enfermería del hospital Scaravelli a realizar su chequeo ginecológico anual lo cual se pretende lograr de la siguiente manera.

-Proponer al departamento de enfermería que a través de salud laboral se facilite un chequeo ginecológico anual al personal femenino del hospital.

-Llevar a cabo actividades educativas a través de ateneos, fórum o foro y promoción a través de folletería referidas a la salud de la mujer para promover el autocuidado y así prevenir complicaciones.

APÉNDICE Y ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

-TOMEY, Ann M. / ALLIGOOD Martha R.- Modelos y teorías en enfermería- 5º edición- Madrid, España- Elsevier España S.A.- 2003.

-LOWDERMILK, Deitra L. / PERRY Shannon E. / BOBAK Irene- Enfermería materno infantil- 6º edición- Barcelona, España- Hardcourt/Océano- 2003.

-GORI, Jorge A. / LARUSSO Antonio-Ginecología de Gori- Buenos Aires- El Ateneo- 2005.

-GRUPO OCÉANO- Diccionario de medicina Mosby- Barcelona, España- Editorial Océano- 2009.

-GRUPO OCÉANO- Nuevo Manual de la enfermería- Barcelona, España- Editorial océano- 2009.

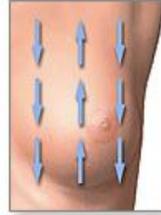
CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Carta de constitución de la Organización Mundial de la salud 1946.

2- Tesis final, Control ginecológico en el personal de enfermería- cap. III Control ginecológico preventivo, pag. 46- Mendoza 2012.

3-modelos y Teorías en enfermería, Unidad III modelos conceptuales y grandes teorías, Cap. 13 Dorothea Orem, pag. 191.

Anexo N° I: Técnica de autoexamen mamario

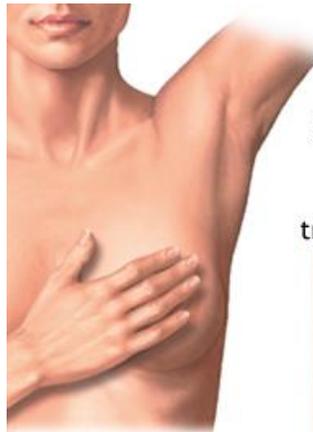


Autoexamen de seno:
Inspección manual
(recostada)

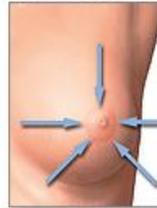
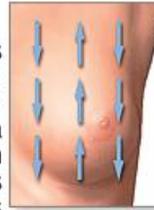
Con las puntas de los dedos juntas, palpar con gentileza cada seno en una de estas tres direcciones



ADAM.



Con las puntas de los dedos juntas, palpar con gentileza cada seno en una de estas tres direcciones



Autoexamen de seno:
Inspección manual
(de pie)

ADAM.

Anexo N° II: cuestionario

Como alumnas de segundo año del ciclo de licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo (UNC); llevamos adelante nuestra Tesina la cual está relacionada con la identificación de los factores que limitan el autocuidado ginecológico y reproductivo del personal de enfermería del hospital Antonio Scaravelli.

Agradecemos su participación y colaboración, tenga en cuenta que los datos recolectados son anónimos.

María Cazón y Virginia Martínez.

- Encierre en un círculo la respuesta seleccionada.

-Edad....

-Estado civil: casada soltera juntada separada

-Cantidad de hijos: 1 2 3 más

-Edad de los hijos: menores a 10 años mayores a10 años ambos

-Nivel de formación: aux. de enfermería enf. profesional Lic. en enfermería

-Años de profesión: 1-5años 5-10años 10-15años 15-20años más

-Servicio en el que se desempeña actualmente en el hospital:

Neonatología clínica médica maternidad

-Cantidad de trabajos: uno dos tres

- Turnos: fijos rotatorios

-Horas por turno: 6hs. 8hs. 12hs. 24hs.

-Cuenta con obra social: Sí No

-¿Conoce cuántos controles ginecológicos debe realizarse al año? Sí No

-¿Cuántos controles ginecológicos se realizó en los últimos 5 años?

0 1 2 3 4 5 más

-¿Posee antecedentes personales de cáncer de mamas o de cérvix? Sí No

-¿Posee antecedentes familiares de cáncer de mamas o de cérvix? Sí No

-Seleccione los factores que limitan el acceso a sus controles ginecológicos.

a- Niños pequeños o discapacitados a su cargo.

b- Distancia alejada (accesibilidad física) a un centro sanitario.

c- No cuenta con médico ginecólogo de confianza.

d- Dificultad para conseguir turnos.

e- Cantidad de horas que trabaja.

f- Modalidad de su turno laboral.

g- Prioriza a otros familiares u otras circunstancias postergando su autocuidado.

h- Temor.

i- Pereza.

j- Vergüenza

-¿Cómo considera usted su nivel de autocuidado ginecológico?

Bueno Malo Regular

