

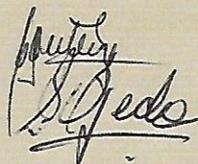
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA TRABAJO FINAL

TEMA:

“ DETECCIÓN PRECOZ DE CANCER DE ÚTERO Y MAMA ”

AUTORAS: Gutierrez, Ana Lilia
Ojeda, Susana Edilia



Mendoza, Diciembre del 2005

Investigación Aprobada:

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Salud y la misma no podrá ser publicado en todo, en parte, resumirse, sin el consentimiento escrito de la Escuela y/o autor-as del trabajo.

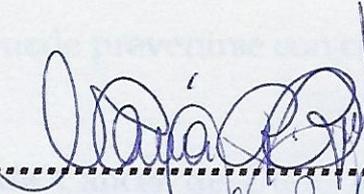
Fecha: 20/01/2010

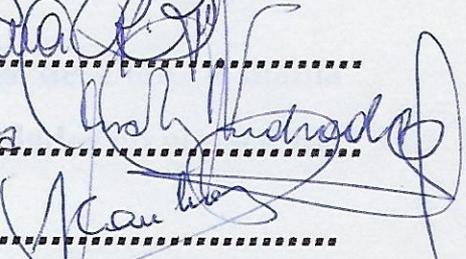
PROLOGO

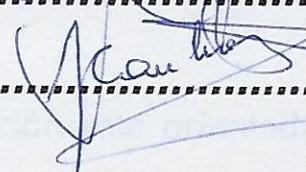
La detección precoz de enfermedades es una estrategia de atención en salud, que tiene como objetivo principal evitar que el mal se propague.
El cáncer de tórax y de mama son dos tipos de cáncer que existen en

Investigación Aprobada:

Integrantes del Tribunal Examinador:

Loic. Reyes María Rosa 

Loic. Andrade Ama Magdalena 

Loic. Casalvieri Franco 

Fecha: 12 / 12 / 05

PRÓLOGO

La detección precoz de enfermedades es una estrategia de atención en salud, que tiene como objetivo principal evitar que el mal se propague.

El cáncer de útero y de mama son dos afecciones que ocasiona en la mujer alta tasa de mortalidad, y puede prevenirse con controles que se realizan en forma oportuna.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Útero y mama centra su atención en prevenir estas enfermedades en el personal femenino del Hospital Central.

Es por ello que este estudio de investigación está orientado a nuestras colegas para que tomen conciencia de la necesidad de prevenir y aprovechar los recursos que el hospital les ofrece.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento y el profundo AMOR que sentimos por nuestros HIJOS, quienes tan gentilmente cedieron y toleraron tantas horas de abandono a su cuidado y que además nos ayudaron y alentaron a continuar, ellos son: Silvina, Cristian, Javier, David, Nicolás, Mónica, Matías y Agostina.

Demonstraron ser unos excelentes hijos por lo que expresamos nuestro orgullo.

También agradecemos a nuestras familias y esposos por la inmensa paciencia y apoyo brindados: Lilia, María, Osvaldo, Juana, Emanuel, Jorge y Eduardo.

A nuestros profesores: Lic. Ana Andrada, Lic. Maria Rosa Reyes, Lic. Franco Casalvieri, por su labor de guía y asesoramiento en el trabajo final de investigación en Enfermería.

A Nora que nos brindó la tecnología y asesoramiento para la impresión de este trabajo.

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ENCUESTA

MATRIZ DE DATOS

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA	I
ADVERTENCIA	II
APROBACIÓN	III
PROLOGO	IV
AGRADECIMIENTOS	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	VII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEO DEL PROBLEMA	2
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
OBJETIVO GENERAL	4
PROPÓSITO	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
MARCO TEÓRICO	5
DISEÑO METODOLÓGICO	25
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
TABLAS Y GRÁFICOS	28
CONCLUSIÓN	50
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	
ENCUESTA	54
MATRIZ DE DATOS	58

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Enfermeras del Hospital Central

Por edad:

Tabla N° 1

Frecuencia Absoluta y Relativa 28

Gráfico N° I 28

Por Estado Civil

Tabla N° 2

Frecuencia Absoluta y Relativa 29

Gráfico N° II 29

Por Cantidad de Hijos

Tabla N° 3

Frecuencia Absoluta y Relativa 30

Gráfico N° III 30

Por Nivel de Formación

Tabla N° 4

Frecuencia Absoluta y Relativa 31

Gráfico N° IV 31

Por Nivel de Instrucción

Tabla N° 5

Frecuencia Absoluta y Relativa 32

Gráfico N° V 32

Por Horas de Trabajo

Tabla N° 6

Frecuencia Absoluta y Relativa 33

Gráfico N° VI 33

Por Condición Laboral

Tabla N° 7

Frecuencia Absoluta y Relativa 34

Gráfico N° VII 34

Por Antigüedad

Tabla N° 8

Frecuencia Absoluta y Relativa 35

Gráfico N° VIII 35

Por realización de Exámenes Ginecológicos

Tabla N° 9

Frecuencia Absoluta y Relativa 36

Gráfico N° IX 36

Por decisión de realizarse los exámenes Ginecológicos	
Tabla N° 10	
Frecuencia Absoluta y Relativa	37
Gráfico N° X	37
Por tipos de exámenes ginecológicos	
Tabla N° 11	
Frecuencia Absoluta y Relativa	38
Gráfico N° XI	38
Por Frecuencia con que realizan los exámenes	
Tabla N° 12	
Frecuencia Absoluta y Relativa	39
Gráfico N° XII	39
Por Limitaciones para hacerse los exámenes	
Tabla N° 13	
Frecuencia Absoluta y Relativa	40
Gráfico N° XIII	40
Por Conocimiento del Programa	
Tabla N° 14	
Frecuencia Absoluta y Relativa	41
Gráfico N° XIV	41
Por Fuente de Información	
Tabla N° 15	
Frecuencia Absoluta y Relativa	42
Gráfico N° XV	42
Por utilización de los Servicio del Programa	
Tabla N° 16	
Frecuencia Absoluta y Relativa	43
Gráfico N° XVI	43
Por Causa por lo que no Utiliza el Programa	
Tabla N° 17	
Frecuencia Absoluta y Relativa	44
Gráfico N° XVII	44
Por Conformidad de los Servicios del Programa	
Tabla N° 18	
Frecuencia Absoluta y Relativa	45
Gráfico N° XVIII	45

ANÁLISIS BIVARIADO

Edad de las Enfermeras por Frecuencia con que se realizan los exámenes ginecológicos	
Tabla N° 20: Valores Absolutos	46
Tabla N° 21: Valores relativos	46
Nivel de Formación por los Controles periódicos	
Tabla N° 22: Valores Absolutos	47
Tabla N° 23: Valores relativos	47
Edad por Conocimiento de la existencia del Programa	
Tabla N° 24: Valores Absolutos	48
Tabla N° 25: Valores relativos	48
Condición Laboral por Concurrencia al Programa	
Tabla N° 26: Valores Absolutos	49
Tabla N° 27: Valores relativos	49

INTRODUCCIÓN

Aún cuando no se conocen bien las causas específicas de cáncer de útero y de mama, los investigadores han identificado varios factores de riesgos que son importantes, para ayudar a desarrollar programas preventivos, proporcionando un medio para detectar a las mujeres que podrían verse beneficiadas por una mayor vigilancia y un tratamiento oportuno.

La decisión de consultar significa para toda enfermera un conjunto de elementos concientes e inconscientes significativos desde su propia historia personal. Implica reconocimientos, negaciones, evaluaciones, fantasías y culpas, que con frecuencia hacen sufrir.

Toda decisión de consulta merece de nuestra parte un profundo respeto hacia la enfermera y el cúmulo de razones por las que no lo hizo antes.

Ese conjunto de razones pertenece a su historia personal y por ello tiene significado para el presente y el futuro de su enfermedad.

Por otra parte, profundizar en la investigación por qué especialmente las enfermeras no hacen uso del programa de detección precoz de cáncer de útero y de mama que las ayudará a desarrollar estrategias efectivas para evitar o modificar éste flagelo.

PLANTEO DEL PROBLEMA

En esta época moderna donde la tecnología ha llegado a su apogeo, la computadora y los mecanismos electrónicos abarcan una parte esencial de la vida del hombre, ha determinado múltiples avances en el campo de la medicina, con lo que se ha alcanzado promisorios resultados en los índices de morbi-mortalidad y ha contribuido de manera positiva en el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades.

Sin embargo todavía prevalecen los problemas de la no atención de las trabajadoras de la salud, que en el CA ginecológico y mamario del personal de enfermería del Hospital Central "Es una enfermedad silenciosa y mortal de nuestra era".

El Hospital Central cuenta con un número total de personal de enfermería de 271 personas, 210 de sexo femenino, 61 personas de sexo masculino. Del cual vamos a determinar el problema del personal femenino que cuenta entre 20 a 60 y más años de edad. Porque sabemos que esta enfermedad es causa de gravedad y de muerte en las mujeres .

Esta enfermedad, por su morbilidad y mortalidad, produce pérdida, del potencial humano, daño familiar, alto costo social, económico, con sus secuelas psicológicas posteriores.

En el Hospital Central, no es una excepción a la problemática planteada ya que teniendo inserto el programa de la detección precoz de CA de útero y de mama hay alto porcentaje de esta.

Aparte de todo lo mencionado nos preguntamos:

¿Por qué un problema tan relevante a recibido tan poca atención?

¿Por qué a pesar del constante discurso de mejorar la calidad de vida, los casos de cáncer ginecológico y mamario en el personal de enfermería parece aumentar?

¿A quién le compete la responsabilidad de los controles de las trabajadoras de los servicios de salud?

¿Será factible de cambiar la realidad de la enfermera en base a una detección precoz?

¿Merece ser considerada esta situación que produce gran impacto en las enfermeras y sus familias?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las enfermeras del Hospital Central de la Provincia de Mendoza, se realizan control ginecológico y de mama, y en qué medida utilizan los servicios del programa de detección precoz de C.A. de mama y útero que el Hospital Central les brinda?

OBJETIVO GENERAL

_ Conocer si el personal de enfermería femenino del Hospital Central se realiza controles preventivos de CA de mama y uterino y el grado de utilización del programa inserto en ese efector.

PROPÓSITO

El propósito de este trabajo de investigación es promover en el personal de enfermería el cuidado de su salud, enfocado sobre la prevención del cáncer ginecológico y de mama.-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer si el personal de enfermería femenino realiza controles preventivos de CA de mama y uterino y la frecuencia de los mismos.
2. Establecer el grado de información que tienen sobre el programa de CA de útero y de mama y la utilización que se le da al mismo.
3. En que medida utilizan los servicios que le brinda la institución de referencia.

MARCO TEÓRICO

RESEÑA HISTÓRICA DE LA MUJER Y SU SALUD

Desde la antigüedad la mujer ha sido el sexo más vulnerable sin que obedezca a sus diferencias anatomofisiológicas con el hombre mas bien ha sido consecuente con ideologías culturales y factores psicosociales que han determinado la poca valoración de la mujer en las interrelaciones familiares, económicas, políticas y sociales en general.

En la Biblia, en el Antiguo Testamento, se describe a Eva como la mujer que se creó derivada de un superior: el hombre.

Esta concepción es la interpretación de un ser que nació sin características propias, en condiciones de inferioridad, los designios de su creación le obligan a ser la compañera obediente, fiel, con gran capacidad para procrear y trabajar sirviendo al hombre. Desde esta perspectiva de género ha estado conformada la imagen de la femineidad que se transmite por generaciones, configurando a la mujer como un ser social con pocos derechos como persona social y con responsabilidades atribuidas como consecuencia de su condición de género.

En términos generales y en la mayoría de las sociedades, a la mujer se la ha identificado más estrechamente con las responsabilidades de la reproducción, cuidado de los hijos y salud familiar, se le atribuye la sociabilización de los niños transmitiéndoles las pautas sociales de conducta para formar en ellos la conciencia social, que los haga seres productivos y respetables. En este rol se ha dejado un papel irrelevante colocándola forzosamente subordinada al hombre. (1)

(1) Revista Enfermería I.M.S.S. Nueva Editorial Interamericana S.A., Cedro 312, Méjico 1999. Pág. 182.

La salud de los padres, especialmente de la madre antes y durante el embarazo, así como, la atención que reciba de los servicios de salud a su alcance en la etapa preconcepcional, el embarazo y el parto, son factores determinantes del estado de sus hijos.

Los niños que son alimentados de forma inadecuada durante la niñez, pueden presentar capacidad intelectual disminuida, pubertad tardía, problemas de fertilidad y de crecimiento que ocasionarán riesgos y complicaciones en sus embarazos y partos; así como el abuso sexual en la infancia, incrementa el riesgo de una salud física y mental pobre en años posteriores.

Muchos de los programas de salud reproductiva y planeación familiar, han prestado poca atención a las necesidades especiales de los adolescentes. La entrada prematura de los adolescentes en la actividad sexual, las conductas sexuales de alto riesgo, la falta de educación, la carencia de información básica y de servicios de salud, comprometen el presente y el futuro de este grupo de edad.

En las adolescentes están aumentando los riesgos para contraer enfermedades ginecológicas como el cáncer de útero y de mama.

En general las mujeres tienen expectativa de vida más larga, sin embargo, esto no les proporciona ventaja en términos de años adicionales vividos libres de discapacidades.

La salud de las mujeres ancianas es moldeada a través de sus vidas, por factores sobre los cuales ellas tienen poco o ningún control. Sin el aumento de vida para las mujeres supone igualdad, deben existir políticas que les aseguren una mayor calidad de vida al envejecer.

Estas políticas deben ser guiadas a resolver los problemas que se originan en la infancia y en la adolescencia y se ven reflejados en la vida adulta y en la vejez.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA ENFERMERA, SUS LOGROS Y SU SALUD

La propia dinámica social hace evidentes las desigualdades entre el hombre y la mujer ya que las oportunidades para la mujer en el nivel educacional, la incorporación a un trabajo bien remunerado, el liderazgo del desarrollo de la ciencia, la tecnología, su independencia emocional y económica, han sido más limitados que favorecidos.

A mediados del siglo XIX, legalmente, se consideraba a la mujer pupila del padre o del marido; no tenía legítimos derechos ya que el código civil establecía "marido y mujer como uno solo, y ese uno es el marido".

La "época victoriana", también produjo caballerosidad y etiqueta exageradas: las "damas" eran consideradas frágiles y físicamente débiles, obviamente eran consideradas inferiores desde el punto de vista mental y físico: se esperaba que fuese modesta, humilde, piadosa y casta.

No era conveniente que las mujeres respetables tuviesen una carrera, ni siquiera que tuviesen cierta educación. De hecho, había cierta preocupación, que la educación interfiriera con la capacidad de procrear, ya que concentraría la energía en el cerebro en lugar de hacerlo en los órganos reproductores. Eran pocas las mujeres que pasaban de la escuela primaria, aunque es posible que unas cuantas excepciones asistieran a "escuelas de señoritas" donde aprendían como comportarse en sociedad, a tocar el piano y cantar. Así, en 1870 las mujeres que tenían que trabajar se encontraban en una situación difícil.

Las obsesiones de trabajo para las mujeres de clase baja sin alguna capacitación fuera del hogar "se limitaban virtualmente a la venta al por

... menor, trabajar en una fábrica, el servicio doméstico o la prostitución”, puesto que la enseñanza o el trabajo de oficina requerían cierta educación. Por estas razones, la capacitación en enfermería pareció una alternativa razonable a las mujeres de modestos recursos que deseaban o necesitaban tener una carrera.

No obstante, hasta esa época la enfermería era considerada una ocupación inferior e indeseable, gran parte de la atención dada a los enfermos en los hospitales era brindada por mujeres indigentes de los asilos y casas de caridad que no contaban con la experiencia ni con el deseo de ser buenas “enfermeras”. En Nueva York, los delincuentes que eran arrestados por alcoholismo o vagancia eran obligados a trabajar durante diez días en el Bellervue Hospital en lugar de cumplir condena en prisión.

No cabe duda de que ninguna mujer decente se hubiera dedicado a la enfermería hospitalaria si no hubiese sido por Florence Nightingale.

El ejemplo dado por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea comenzó a cambiar la imagen que tenía el público de la enfermera. Hizo que la opinión pública comprendiera que la enfermería era un arte que debía adquirir posición de una profesión para la cual se requería cierta preparación. Como resultado de su educación inglesa victoriana de clase alta, creía que la enfermería guardaba estrecha relación con la maternidad, ya que en ambas se empleaban las características naturales femeninas, el cuidado, compasión y sumisión. Aunque creó un modelo teórico de enfermería (en el cual el medio afectaba el estado de salud) creía que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos, incluso en el caso de cuidados básicos de enfermería, área en la que estos carecían por completo de experiencia.

La decisión la autora por mejorar la pésima reputación que tenía la enfermería la llevó a poner políticas muy estrictas apropiadas a aquella época, pero que se prolonga en detrimento del desarrollo profesional de la enfermería, se concedía gran importancia al buen carácter, pero se ignoraban las características intelectuales.

La residencia de enfermería se creó para proteger y supervisar la moralidad, pero también fomentó la dependencia y el aislamiento de los estudiantes y dio a los hospitales un control casi absoluto sobre todos los aspectos de su vida. Casi sin ayuda Florence Nightingale hizo de la enfermería una profesión respetable y muchas mujeres se sintieron atraídas a ella.

En Estados Unidos, el sistema de capacitación en enfermería fue instituido al mismo tiempo que las mujeres comenzaron a tener acceso a una educación superior. En el siglo XIX la creación de programas de formación de enfermeras con base en los hospitales proporcionó estudiantes de enfermería que tenían acceso constante a los pacientes lo cual resultó una amenaza para los médicos que tenían poca capacitación práctica. Todos los esfuerzos por mejorar la educación de las enfermeras fueron combatidos tenazmente por los médicos y la medicina organizada. La educación en enfermería siguió siendo la capacitación en un oficio que mantenía la relación de servidumbre con médicos y hospitales.

¿Por qué las enfermeras no rompieron el molde del oficio? ¿Por qué la educación en enfermería en ese siglo, no pasó a la universidad como lo hizo la educación médica? La respuesta es simple, es que la enfermería estaba constituida en su totalidad por mujeres y resultó sencillo a los médicos y hospitales controlarla.

La escuela de hospitales continuó siendo la principal fuente de educación para las enfermeras hasta la década de 1960 cuando comenzaron a

aumentar en forma espectacular los programas de educación técnica, la que dio como resultado la ley de capacitación de enfermeras de 1964.

Hoy las enfermeras generales regresan a las escuelas para obtener un título de profesionales o licenciadas; tienen que hacer frente a la necesidad de aprender y hacer suyos nuevos conocimientos, formas de pensar y funciones; además tienen empleo de tiempo completo y responsabilidades familiares y pueden haber estado lejos de la escuela durante cierto tiempo. Por otra parte, muchas enfermeras tienen que hacer algo con respecto a su percepción de la enfermería como un buen trabajo para la mujer. La enfermería ha brindado ocupación a un gran número de mujeres y una carrera a unas cuantas.

No existen dudas de que la enfermería incluye habilidades especializadas que son esenciales para desempeñar las responsabilidades profesionales y actuales e incluyen combinación de la atención prestada, pensamiento y juicios críticos en ambientes de atención ambulatoria y de cuidados intensivos, comunicación y colaboración con usuarios, sus familias y los miembros del equipo de atención de la salud, mayores habilidades de atención para determinar cual es la información básica par el proceso de enfermería y competencia en las técnicas de diagnóstico y terapéutico, con responsabilidad ética e integridad necesaria para hacer lo correcto a menudo en situaciones que producen verdaderos dilemas morales. (2)

Así vemos como la enfermera desde hace mucho tiempo ha hecho frente a muchos problemas, como el reconocimiento profesional, el exceso de responsabilidades y de trabajo, el mal trato que muchas veces recibe, sumado a esto la falta de gratificación tanto moral como monetaria,

(2) Historia de Enfermería. Escuela de Enfermería M.O.S.S. F.C.M. I.D.I.C.S. Mza. 1998. Pag. 30-31-47-51

puede ocasionarle trastornos silenciosos que pocas veces son considerados y que tristemente en la mayoría de los casos, son minimizados por ésta, quien asume una mayor responsabilidad el cuidado del prójimo y especialmente el de su familia como proveedora de salud, más que persona que requiere autocuidado de su salud. (3)

TUMOR BENIGNO Y MALIGNO

La evolución en nuestro país en los últimos 50 años y el desarrollo logrado como consecuencia de la industrialización influyen en forma indiscutible y decisiva en la salud y en los programas destinados a la prevención de enfermedades.

El panorama epidemiológico nacional se ha modificado, se han alcanzado descensos en la tasa de mortalidad, a través de la medicación de padecimientos que en forma periódica diezaban a la población, en otras ocasiones, a través de programas de control incorporados con los últimos adelantos de la ciencia han permitido obtener resultados satisfactorios. Sin embargo paradójicamente con la propia evolución y avances de la tecnología el hombre comienza a confrontar nuevos problemas que amenazan en forma creciente su salud.

El Cáncer se refiere a un grupo de más de 100 enfermedades diferentes. Todas ellas afectan la unidad básica del cuerpo: la célula, el cáncer ocurre cuando las células se vuelven anormales y se dividen sin control y sin orden. Normalmente las células se dividen para producir más células solo cuando el cuerpo lo necesita. Este proceso ordenado nos ayuda a mantenernos sanos. Si las células continúan dividiéndose cuando no se necesitan células nuevas, se forma una masa de tejido. Esta masa de tejido extra a la que se llama un crecimiento o tumor puede ser benigno o maligno.

(3) Revista Enfermería I.M.S.S. Nueva Editorial Interamericana S.A., Cedro 312, Méjico 1999. Pág. 184

TUMOR BENIGNO: Es aquel que no se extiende a otros órganos

TUMOR MALIGNO: (Cáncer) Se caracteriza por ser muy destructor localmente, y por que se puede extender a otros órganos del cuerpo y generar metástasis.

- Los tumores benignos no son cancerosos. Generalmente se pueden operar y, en la mayoría de los casos no vuelven a aparecer. Pero lo más importante es que las células de los tumores no se diseminan a otras partes del cuerpo, no son una amenaza para la vida. Los pólipos, quistes y verrugas genitales son tipos de crecimiento benigno.

- Los tumores malignos son cancerosos. Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos que estén cerca del tumor. Pueden también desprenderse de un tumor maligno y entrar en el torrente de la sangre o en el sistema linfático, pueden diseminarse a otras partes del cuerpo, al recto a la vejiga, a los huesos, a la columna vertebral o a los pulmones, etc. . Cuando el Cáncer se disemina se llama metástasis.

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

Los nuevos conceptos acerca de la etiología y patógena del cáncer cervical ponen en énfasis el papel de los denominados genes supresores del tumor. El potencial de una célula normal para transformarse en maligna, es inhibido por las proteínas transcriptas a partir de estos genes. En consecuencia, cuando tales proteínas pierden su actividad tiene lugar una cascada de eventos que darán lugar a al desarrollo de un cáncer. Resta por esclarecer la hipótesis acerca de la existencia de un sinergismo entre los factores de riesgo y la pérdida de la actividad de los genes supresores del tumor.

Hace ya 150 años que surgió la teoría de una transmisión sexual. Los estudios más recientes identifican como los principales factores de riesgo

al número total de parejas y la edad de inicio en las relaciones sexuales. La dificultad para determinar cual de estos hechos es más significativo, radica en que ambos están estrechamente relacionados. Algunos estudios sugieren que la edad de inicio en las relaciones sexuales aparenta ser el más importante a causa de la mayor vulnerabilidad del cérvico a los agentes oncogénicos durante la adolescencia, cuando el metaplasia ocurre por primera vez. En cambio, otras investigaciones le otorgan un riesgo relativo mayor a las mujeres que hubieran tenido seis o más compañeros sexuales. La dificultad para determinar cual de estos hechos es más significativo radica en que ambos están estrechamente relacionados.

Ciertas investigaciones comprobaron una relación entre el carcinoma del pene y el cervical. A partir de estas evidencias surgió la hipótesis de que la pareja sexual tiene un papel etiológico en el desarrollo de esta neoplasia. La esposa de un hombre con cáncer de pene tiene un riesgo dos veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general. La promiscuidad masculina también puede ejercer su riesgo relativo de cinco a siete para las mujeres cuyos maridos confesaron haber tenido diez o más parejas sexuales a pesar de la evidencias los autores juzgan que el papel etiológico del hombre aún debe ser comprobado.

La fuerte asociación entre las conductas sexuales y el desarrollo del carcinoma dio lugar a la hipótesis de un factor sexualmente transmisible. Éste podría ser responsable en forma directa o a través de la interacción de sus metabolitos con el epitelio inflamado y susceptible. Varios agentes fueron implicados: *Treponema pallidum*, *Mycoplasma*, *Trichomona vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, linfogranuloma venéreo y citomegalovirus. Estos organismos secretan peroxidasas, las cuales resultan en la acumulación de radicales libres que pueden modificar la síntesis y estabilidad del A.D.N. .

Ciertos hábitos también fueron implicados en el desarrollo del cáncer de útero. La nicotina cotidiana y otros mitógenos encontrados en el cigarrillo fueron detectados en una concentración mayor a nivel del moco cervical de mujeres fumadoras. Algunos investigadores niegan esta asociación pues consideran que el hábito puede relacionarse con otros factores como la conducta sexual o la clase social; otros en cambio, atribuyen un riesgo mayor a las fumadoras. La exposición pasiva durante más de tres horas diarias también ha demostrado ser un factor independiente de riesgo para el carcinoma.

Al investigar la alimentación, varios estudios notaron un efecto protector del beta caroteno, la vitamina C y un compuesto no identificado de las dietas ricas en vegetales, pero los autores consideran que estas evidencias deben aún ser confirmadas.

Acerca del papel etiológico de las hormonas indican que los resultados de las investigaciones son controvertidos. Consideran que los estudios en los que se propuso al embarazo a edad temprana como un factor de riesgo, en realidad reflejan el inicio precoz de las relaciones sexuales. Existen además, evidencias de que los estrógenos promueven la infección por el H.P.V. . En los estudios realizados en las usuarias de anticonceptivos orales a largo plazo, se observó mayor incidencia de neoplasias cervicales pero aún no pudo discriminarse si en estas mujeres la mayor detección era consecuencia de un rastreo mas frecuente o de que en ellas no existen barreras que protejan contra el H.P.V. (papilomavirus humano).

El efecto protector del preservativo, del diafragma y de los agentes espermicidas ha sido reiteradamente demostrado y las evidencias coinciden con la teoría de un agente sexualmente transmisible que podrá ser el principal factor en el desarrollo de cáncer de útero. En una investigación se sugirió que las duchas vaginales pueden predisponer el desarrollo de la neoplasia, pero los autores juzgan que esta no parece una

relación causal sino casual, pues este método suele ser utilizado con mayor frecuencia por las mujeres con infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual.

El mecanismo por el cual la inmunosupresión aumenta la incidencia de neoplasias sigue siendo desconocido. Posiblemente el defecto en la inmunidad facilite las infecciones y potencie el efecto de los oncovirus virales. Los expertos sostienen que pueden ser incluidas en este grupo de riesgo las mujeres sometidas a transplantes o tratamientos oncológicos, las embarazadas y las H.I.V. positivas. (4)

El cáncer de cuello de útero ocupa el segundo lugar en orden de incidencia después del cáncer de mama y representa el 11,6 % de todos los tumores malignos del aparato genital femenino. La Organización Mundial de la Salud ha estimado 500.000 nuevos casos por año de cáncer cervical, de los cuales alrededor del 80% corresponden a los países en desarrollo.

Presenta una variación significativa en distintas áreas geográficas y según las estadísticas mundiales las tasas de incidencia más elevadas se encuentran en América Central y del Sur, sudoeste de Asia, África y Europa del este, y las más bajas en el Sur de Europa, Israel, Kuwait, Australia, Estados Unidos y Canadá.

Varias ciudades de América Latina están entre los índices más altos de todos los registros. La incidencia más alta corresponde a Belén (Brasil) 64,8/100.000, seguido de Trujilla (Perú) 53,5/100.000, en Argentina la incidencia de cáncer cervical es de 32,5/100.000, presentando alta variabilidad según el área analizada, siendo muy alta en poblaciones rurales. (5)

(4) Obstetricia y Ginecología Survey 50 (2): 146-154, Feb. 1995 (traducido) E.E.U.U.

(5) Obstetricia y Ginecología Latinoamericana Vol. 61 N°3 . Bs As, Argentina, Año 2003 Pag. 132.

Hay dos tipos de cáncer uterino: Carcinoma Cervical que tiene predominio epidermoide, y cáncer Endometrial que incluye el cuerpo del útero.

El cáncer cervical es el menos común por su detección mas temprano mediante el frote Papanicolau. El cáncer cervical invasivo en los últimos 40 años han disminuido de 45% a 15%, pero aún es el tercer cáncer más común del aparato reproductor de la mujer. Ocurre con mayor frecuencia entre los 30 y 45 años de edad, pero puede aparecer tan pronto como a los 18 años.

Entre los factores de riesgos incluiremos la relación sexual a temprana edad, embarazo temprano, variedad de compañeros sexuales, exposición al H.P.V., infección por H.I.V., tabaquismo.

El diagnóstico puede derivarse de un papanicolau anormal con displasia o células atípicas persistentes seguida de identificación de neoplasia intraepitelial cervical mediante biopsia intraepitelial escamosa de alto grado.

El cáncer cervical se identifica cuando un paciente se queja de secreciones o sangrado irregular después del coito, pero la enfermedad en general no produce síntomas.

En el cáncer cervical avanzado la secreción vaginal se incrementa gradualmente hasta que se vuelve líquida y por último de color oscuro y olor fétido por la necrosis y la infección del tumor. El sangrado que se presenta a intervalos irregulare, entre periodos (metrorragias) o después de la menopausia, suele ser ligero (apenas mancha la ropa interior) y se presenta después de un traumatismo (coito, ducha o defecación). Si el padecimiento avanza, el sangrado persiste y se incrementa.

Aparentemente, las infecciones cervicales desempeñan un papel importante en el cáncer cervical. Los signos clínicos de la enfermedad

incluyen un crecimiento rojizo de gran tamaño o un cráter ulceroso antes de que la persona observe algún síntoma.

Si el cáncer avanza puede invadir tejidos, ajenos al cerviz, como las glándulas linfáticas anteriores del sacro. En nuestra tercera parte de las pacientes con cáncer cervical invasivo, la enfermedad abarca al fondo. Los nervios de esta región suelen ser afectados y provocar dolores intensivos en espalda y piernas. Si la enfermedad no se trata en la etapa final, se presenta adelgazamiento y anemia, en general acompañada de fiebre provocada por infección secundaria y abscesos de la masa ulcerante y formación de fístula.

Si bien algunos tipos de cáncer son difíciles de detectar o prevenir, el examen pélvico anual con papanicolau es una forma indolora y poco costosa de detección temprana.

Los especialistas pueden fomentar en las mujeres este hábito mediante exámenes no estresantes, que las instruyen y tranquilizan y les ofrecen la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas. Si mas mujeres entendieran que el examen pélvico y el papanicolau no tiene que ser incómodo o avergonzantes, sin duda se incrementaría la tasa de detección temprana y se salvarían mas vidas.

PRUEBA DE PAPANICOLAU

La prueba de papanicolau se practica para la detección del cáncer de cervicouterino. Se aspiran o raspan las secreciones cervicales del orificio cervical, se transfieren a un portaobjetos y se "fijan" de inmediato al sumergirlas o rociarlas con un fijador. La paciente es informada que no se lave antes de este examen, debido a que el material celular puede perderse.

(6) Enfermería Médico Quirúrgica de Brummer y Suddarth. Octava edición, Mc. Graw-Hill Interamericana Editores S.A.
Pág. 1248 - 1250 - 1298.

El frotis de papanicolau se hace durante la fase no menstrual del ciclo, debido a que la presencia de sangre impide una interpretación precisa.

CÁNCER MAMARIO

No hay una sola causa específica para el desarrollo de cáncer de mama. Más bien, para que ocurra contribuyen una serie de eventos genéticos, hormonales y posiblemente ambientales. Cada vez hay más pruebas de que ciertas alteraciones genéticas están relacionadas con esta enfermedad, si bien aún no se sabe cuales.

Estas alteraciones genéticas incluyen cambios o mutaciones de los genes normales, así como la influencia de proteínas que suprimen o fomentan el desarrollo del padecimiento. Las hormonas esteroides producidas por los ovarios desempeñan una función importante en el cáncer de mama, lo cual puede afectar los factores de crecimiento del cáncer de mama.

El cáncer mamario es un problema de salud importante, hasta hoy no hay cura para éste. Como la frecuencia sigue incrementándose, las tasas de mortalidad no varían, las sobrevivientes y quienes luchan por combatir la enfermedad han llamado la atención de la sociedad y los políticos. Las actividades exigen, y han obtenido, fondos federales para un programa nacional contra el cáncer de mama tendiente a encontrar una cura.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes personales.
- Hijos o hermanos de mujeres con cáncer de mama.
- Nuliparidad y primer embarazo tardío (después de los 30 años).
- Menopausia tardía (después de los 50 años).
- Antecedentes de enfermedad de mama benigna.

- La exposición a radiación ionizante después de la pubertad y antes de los 30 años duplica el riesgo.
- Obesidad.
- Anticonceptivos orales.
- Tratamiento de sustitución de hormonas.
- Ingestión de alcohol.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cáncer de mama aparece en cualquier punto de esta pero casi siempre se desarrolla en el cuadrante superior externo, donde hay mayor cantidad de tejido. Es más común en la mama izquierda. En general, las lesiones no tienen sensibilidad, más de ser dolorosas; están fijas, más que móviles y son duras, con bordes irregulares, más suaves y encapsuladas. El dolor difuso y la sensibilidad que se presenta durante la menstruación en general se relacionan con enfermedades benignas, aunque un dolor marcado puede tener relación con un cáncer de mama en esta etapa tardía, con el uso extendido de la mamografía, más mujeres reclaman tratamiento en las primeras etapas de la enfermedad. En general no presentan síntomas ni abultamiento palpables, pero la mamografía suele detectar lesiones anormales por desgracia, muchas mujeres en etapas avanzadas de la enfermedad solicitan el primer tratamiento después de ignorar síntomas. Por ejemplo, requieren después del tratamiento para retracciones o el aspecto de cáscara de naranja de la piel, que es una alteración provocada por la hinchazón derivada de la obstrucción de la circulación linfática en la capa de la dermis.

También se hace evidente la retracción del pezón y las lesiones fijas en la pared torácica. La metástasis en piel se manifiesta por lesiones ulcerantes y fungosas. No hay duda de que estos son signos y síntomas clásicos del

cáncer de mama en etapa tardía. Sin embargo, cualquier anomalía de la mama despierta sospechas y debe valorarse a la brevedad posible.

DIAGNÓSTICO

Las técnicas para determinar el diagnóstico histológico y de los tejidos del cáncer de mama incluyen aspiración con aguja fina, biopsia de escisión (o abierta), biopsia con testigo y localización aguja.

ETAPAS DEL CÁNCER MAMARIO

ETAPA I: Consiste en tumores pequeños, menores de 2 cm. con ganglios linfáticos negativos y metástasis no detectables.

ETAPA II: Consiste en tumores mayores de 2 cm con ganglios linfáticos negativos o positivos no fijos y metástasis no detectable.

ETAPA III: Son tumores mayores a 5cm con invasión a la piel, a la pared torácica o ganglios linfáticos fijos en el área claviclar sin prueba de metástasis.

ETAPA IV: Consiste en tumores de cualquier tamaño con nódulos linfáticos positivos o negativos con metástasis distantes.

SIGNIFICADO PSICOSOCIAL

La mama se considera como un componente importante de la belleza femenina. La reacción de una mujer a una enfermedad o una lesión real o supuesta de los senos incluye temor de desfiguración, de pérdida de atractivo sexual y temor a la muerte. Esta puede impedir la evolución del problema mamario.

Todos los profesionales al cuidado de la salud, concientes de estas consecuencias, deben alentar a las mujeres a revisar sus propias mamas y enseñarles a reconocer los signos de los cambios que pueden indicar problemas. Todos los hospitales deberían participar de la enseñanza,

divulgación de información y motivación para los cuidados adecuados preventivos de detección y tratamiento de los problemas mamarios.

AUTOEXAMEN DE LA MAMA

Se calcula que solo el 25% a 30% de las mujeres se realizan el autoexamen adecuado y regular cada mes. Las mujeres más jóvenes que suelen tener abultamiento normal en la mama, lo encuentran particularmente difícil, aún las mujeres que llevan a cabo el auto examen, se demoran en solicitar atención médica, por miedo, por factores económicos, falta de educación, renuncia a tomar medidas si no hay dolor, factores psicológicos y molestias.

Los partidarios del autoexamen argumentan que la mayor parte de las lesiones la detecta la paciente misma, por lo que consideran que dicho examen es importante para descubrir el cáncer mamario cuando se inicia.

El momento óptimo para el auto examen es entre los cinco días y diez del ciclo menstrual, que se cuenta desde el primer día de la menstruación como día uno. Si la mujer es pos menopáusica se le insita a que examine sus mamas el primer día de cada mes para motivar la regularidad y constancia.

A las mujeres que se someten a mastectomía se les indica de manera cuidadosa el auto examen de la mama remanente; también se palpa el sitio de incisión para detectar cualquier nódulo, que indica la recurrencia de la enfermedad.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE C.A. DE ÚTERO Y C.A. DE MAMA

Los exámenes son variados y se recomienda para los nombrados en primer lugar (los más conocidos) realizarlos una vez al año.

- Colposcopia
- Papanicolau
- Mamografía

- Palpación
- Inspección
- Biopsia
- Radiografía
- Ecografía

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Flujo blanquecino y con mal olor
- Hemorragia vaginal
- Hemorragia posterior a relaciones sexuales
- Hemorragia uterina abundante
- Dolor pélvico
- Cambio de tamaño de las mamas
- Dolor y/o ardor de las mamas
- Inflamación de ganglios axilares
- Retracción de pezón
- Secreción de las mamas
- Aparición de durezas en las mamas

TRATAMIENTO

Los primeros avances en terapéuticas, tanto en área de cirugía como radioterapia, se inician a principios del siglo pasado.

En la actualidad el tratamiento de cáncer de útero y mamario se cimienta en tres pilares: cirugía, radioterapia y quimioterapia. En líneas generales la combinada de radioterapia y quimioterapia en base a Platino o para etapas avanzadas y radioterapia paliativa más quimioterapia en diferentes esquemas para las presentaciones diseminadas.

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE ÚTERO Y DE MAMA

Así nos enteramos que en la Provincia de Mendoza existe el PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE ÚTERO Y DE MAMA que depende del MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD, con la ley N° 5773, sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Mendoza, cuyo objetivo es la prevención, detección, asistencia en general e investigación. Dada en el recinto de sesiones de la Honorable Legislatura en Mendoza a los diecisiete días del mes de Octubre de 1991.

El ambiente de aplicación serán los nosocomios y centros asistenciales donde se brindarán servicios especializados, dividiendo la provincia de acuerdo con los radios de mayor afluencia de la población.

El Ministerio de Cultura y Educación implementará en la curricula educativa, secundaria y terciaria de los establecimientos educacionales la forma de prevención, detección precoz y tratamiento de cáncer de cuello de útero y mama.

Se equiparán los centros de asistencia mencionados con los aparatos, insumos y recursos humanos especializados.

Se realizarán los registros de los pacientes que se les fuera detectada la enfermedad a los fines de seguimiento periódico, realización epidemiológica respectiva. Determinando los centros estatales de internación, cirugía y recursos humanos especializados en el tratamiento de pacientes afectados. (7)

(7) Programa Provincial de prevención de Cáncer de útero y mama. Centro de Medicina Preventivo "Dr. Emilio Ramón Coni"

EL PROGRAMA DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

El Programa Provincial de prevención de cáncer de útero y de mama, funciona en el Hospital Central, en el Servicio De Ginecología siendo un gran avance en lo que respecta a la detección precoz de éste trastorno.

El pionero en la inserción del programa dentro de la institución, es el Dr. Carlos Berra, quien nos revela que le dio inicio hace aproximadamente 10 años y no cuenta con un archivo donde puede consultarse por estadísticas.

La atención la brinda un equipo interdisciplinario donde cabe destacar la labor de enfermería que asume su rol con seriedad y respeto.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo - cuantitativo El estudio es de tipo descriptivo ya que se trata de reflejar la situaciones de las enfermeras del hospital Central, a través de las variables en estudio. Cuantitativo porque se intenta cuantificar la realidad.

ÁREA DE ESTUDIO: Hospital Central

Ubicado en calles Alem y Salta de Ciudad

Cuenta con un total de 271 enfermeras.

POBLACIÓN: 271 enfermeras del Hospital Central

MUESTRA: 90 enfermeras, aleatoria, sistemática, se selecciona al personal, 18 enfermeras por piso, 5 pisos en total, que accedieron a responder el cuestionario como único modalidad de ingresar a la muestra.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Entrevista semi estructurada, porque a través del contacto directo con las enfermeras se dará respuesta a las variables en estudio.

INSTRUMENTO: Cuestionario con 18 preguntas cerradas.

RECOLECCIÓN:

- Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital.
- Recolección de datos; las 2 primeras semanas de setiembre de 2005.
- Procesamiento y análisis: Tabla de doble entrada, con frecuencias absoluta y relativa, análisis univariados y bivariados.

Operacionalización de las variables

<u>Variable</u>	<u>Definición Operacional</u>	<u>Dimensión</u>	<u>Indicadores Categorías</u>
Conocimiento de las medidas preventivas del C.A. ginecológico y de mama en las enfermeras del Hospital Central.	Personal de Enfermería de planta o contratadas que trabajan en el Hospital Central con una franja Etarea de 20 a 60 y + años, que deben realizarse controles periódicos de prevención.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 29 • 30 a 39 • 40 a 49 • 50 a 59 • 60 y +
		Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • soltera • casada • separada • divorciada • viuda • concubina • otros
		Cantidad de hijos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 5 • 6 a 9 • 10 a 14 • 14 a 19 • + de 19
		Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria C. • Primaria I. • Secundaria C. • Secundaria I. • Terciaria C. • Terciaria I. • Universidad C. • Universidad I.
		Especialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera Auxiliar • Enfermera Profesional

<p>Falta de conocimiento del programa por parte del personal de Enfermería</p>	<p>Causales del no conocimiento del programa, y los altos riesgos que esto significa, sobre todo en la franja etarea de 40 a 55 años.</p>	<p>Realiza controles periódicos ginecológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera Universitaria • Lic. en Enfermería
		<p>Trabajo por horas diarias</p> <p>Condición Laboral</p> <p>Antigüedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - 8 hs. • 9 - 15 hs. • 16 - 19 hs. • + de 19 hs. • Planta • Contratado • 5 - 10 • 11 - 15 • 16 - 20 • + de 20 • Si • No • No contesta
		<p>Cuáles?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia • Papanicolaou • Mamografía • Palpación • Inspección • Radiografía • Ecografía
		<p>Frecuencia</p> <p>¿Por qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez por año • Cada dos años • Nunca • Falta de tiempo • Temor • Vergüenza • Desconocimiento del riesgo del no control

Diagnóstico Precoz de Cáncer de Ovario y Mama
en las Enfermeras del Hospital Central - 2005

TABLA Nº 11

Tabla: Efecto de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Ovario y Mama, durante el período 2005.

EDAD	Nº DE ENFERMERAS	
	F.A	S.R
20 a 29a.	8	7%
30 a 39a.	14	13%
40 a 49a.	25	23%
50 a 59a.	31	29%
60 a más	4	4%
TOTAL	82	100%

REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

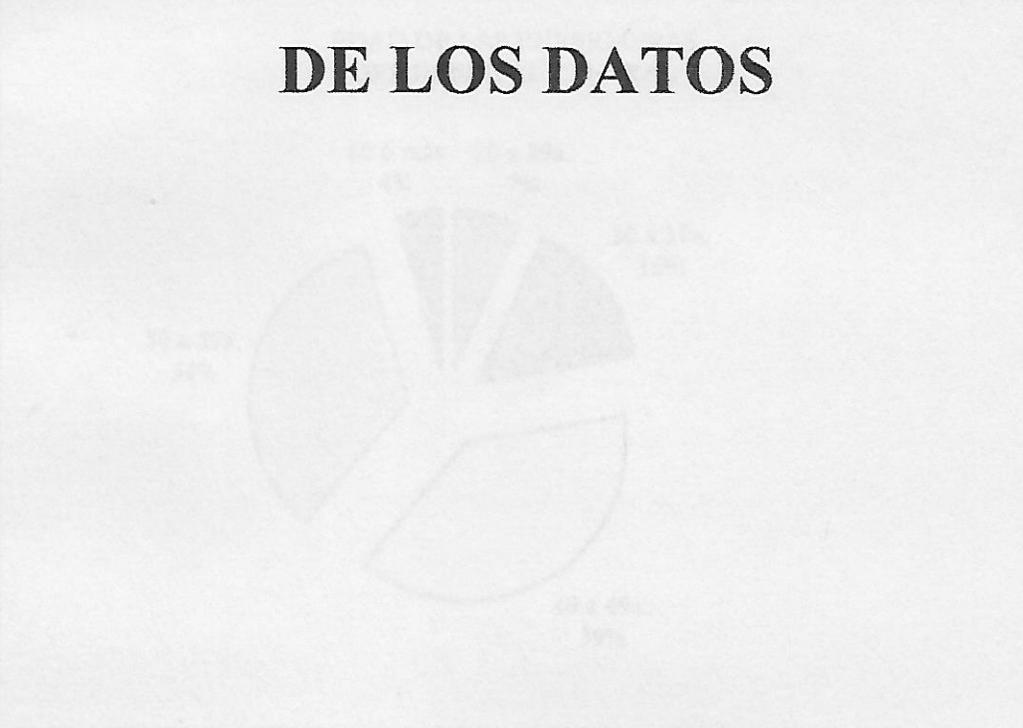


FIGURA Nº 1: Gráfico circular de sectores aplicados a los enfermeros del Hospital Central.

Construcción: la edad de la mayoría de enfermeras es entre 40 y 49 años, en 23% cuando una cuarta parte de ellas, de edades entre 50 y 59 años, forma el porcentaje restante.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

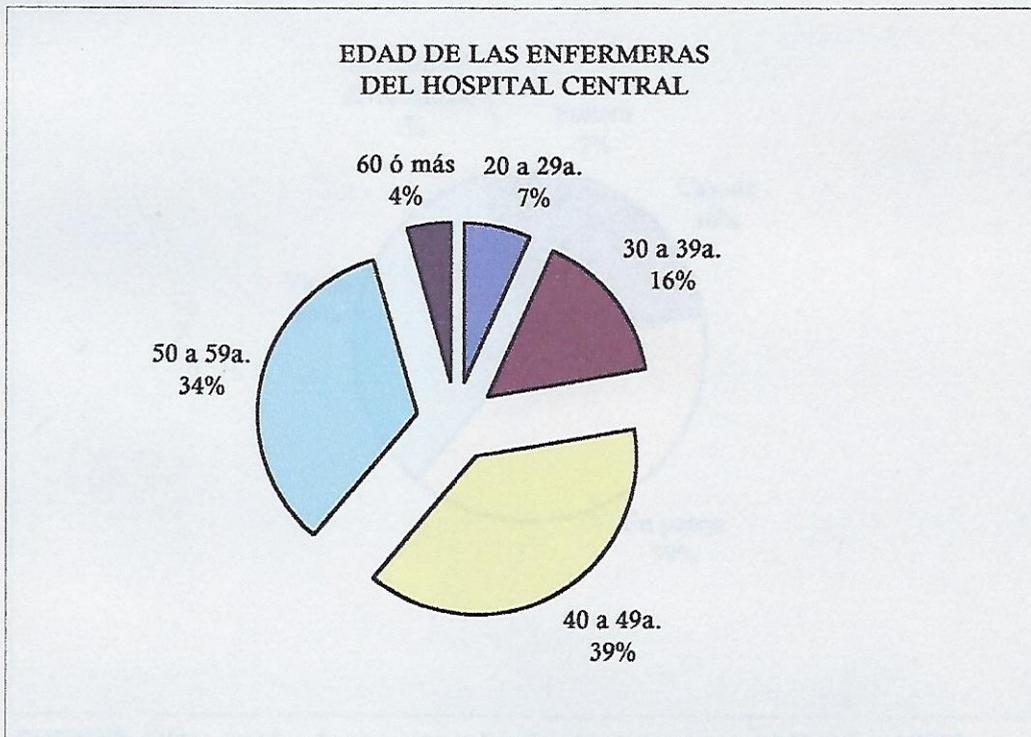
TABLA N° 1

Titulo: Edad de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

EDAD	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
20 a 29a.	6	7%
30 a 39a.	14	16%
40 a 49a.	35	39%
50 a 59a.	31	34%
60 ó más	4	4%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO N° 1



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: la edad de la mayoría de ellas oscilan entre 20 a 49 años, un 62% cursan una edad de riesgo de padecer esta afección, según bibliografía consultada.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

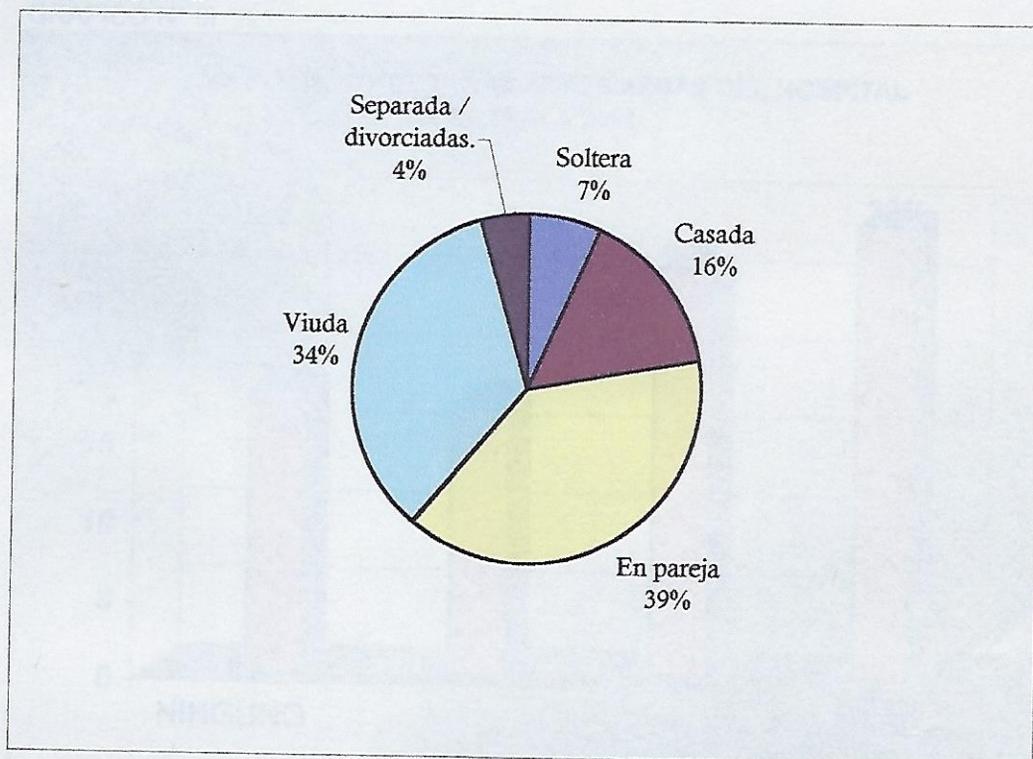
TABLA N° 2

Titulo: Estado Civil de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

Estado Civil	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
Solteras	6	7%
Casadas	14	16%
En Pareja	35	39%
Viudas	31	34%
Separadas/divorciadas	4	4%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO N° II



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: a través de esta tabla podemos determinar que el estado civil no es un factor determinante para incluirlo como factor de padecer C.a. uterino y de mama

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

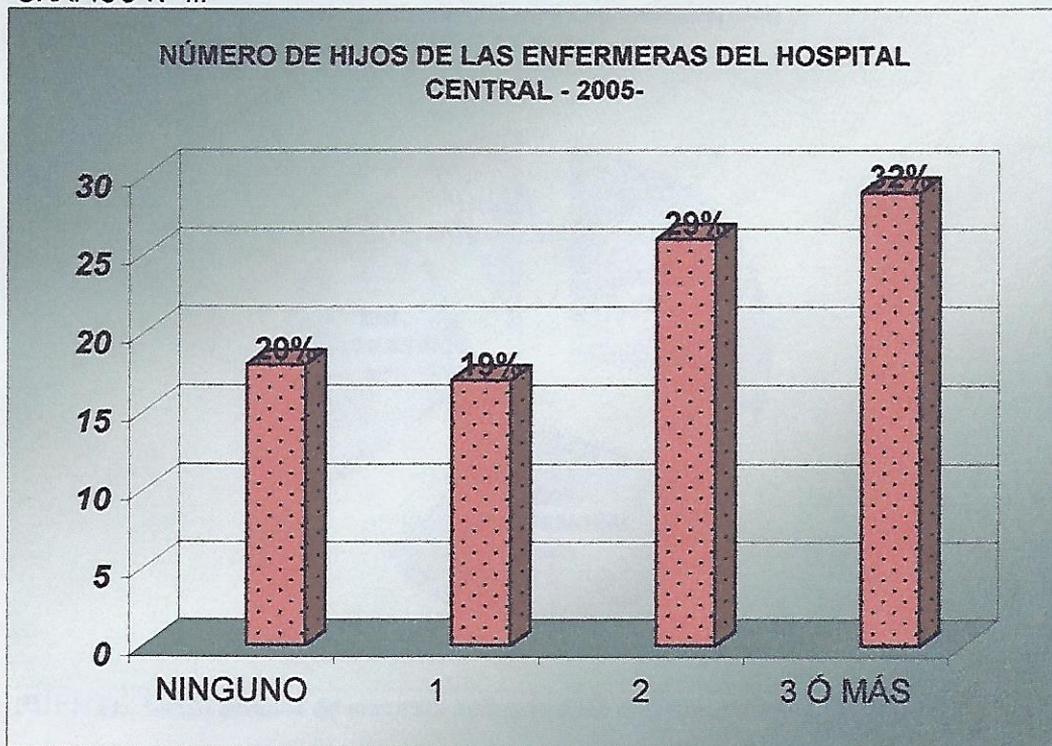
TABLA N° 3

Título: Cantidad de hijos de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

NÚMERO DE HIJOS	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
NINGUNO	18	20%
1	17	19%
2	26	29%
3 Ó MÁS	29	32%
TOTAL	• 90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO N° III



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: el 80% de la población han tenido hijos, lo que nos hace suponer que sus órganos femenino han tenido cambios, que las pone en riesgo de padecer estas enfermedades. Aunque las que no han tenido no están exentas de padecerlas.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

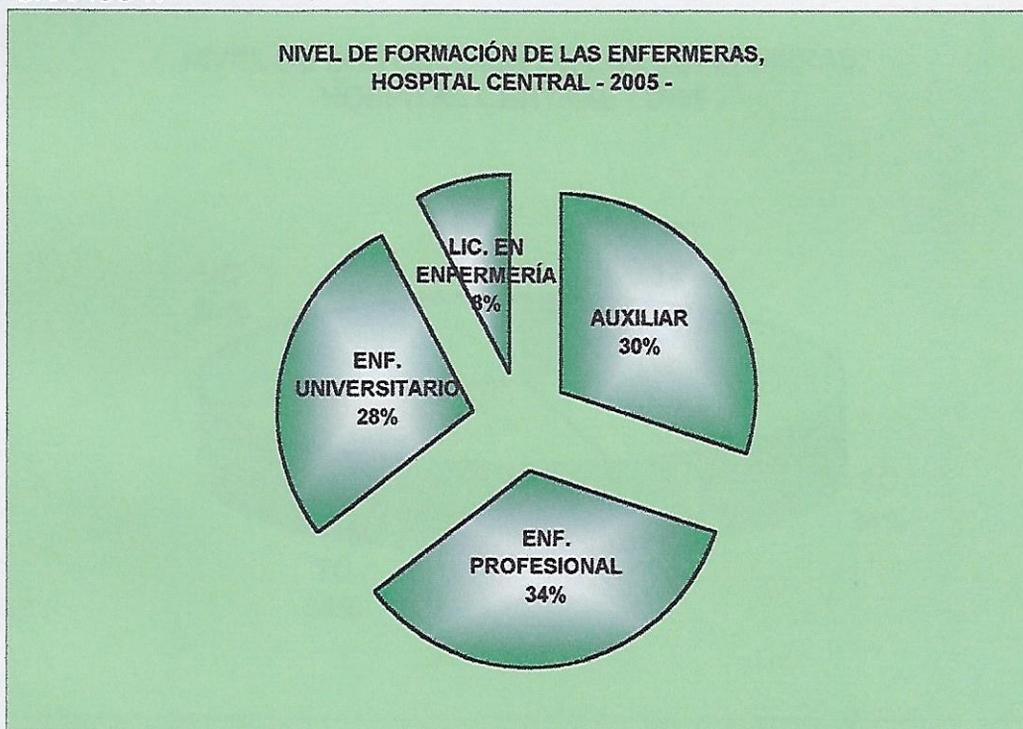
TABLA N° 4

Título: Nivel de Formación de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

NIVEL DE FORMACIÓN	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
Auxiliar de Enfermería	27	30%
Enfermería Profesional	31	34%
Enfermería Universitaria	25	28%
Licenciada en Enfermería	7	8%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO IV



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: al ser personal de salud y con un alto nivel de formación (70%) nos hace suponer que tienen además conocimientos, y conciencia de la importancia de los controles ginecológicos

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

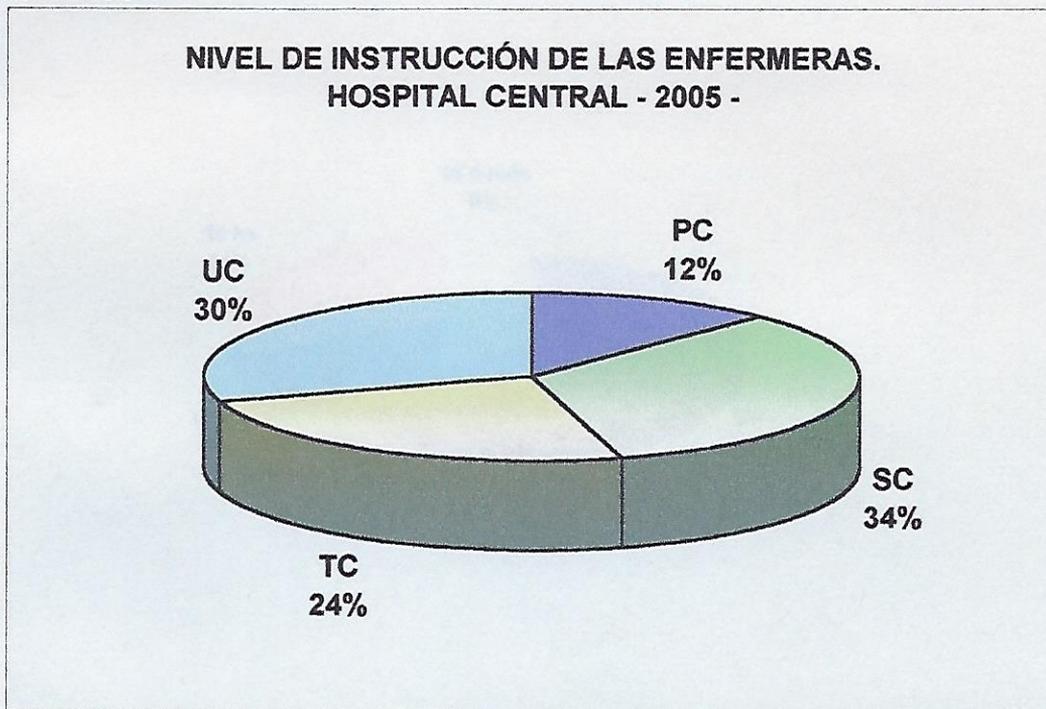
TABLA N° 5

Titulo: Nivel de instrucción de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

NIVEL DE FORMACIÓN	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
Primaria Completa	11	12%
Secundaria Completa	30	34%
Terciaria Completa	22	24%
Universitario Completo	27	30%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO V



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: la población estudiada cuenta con un alto grado de instrucción dado que el 50% tienen nivel terciario y/o universitario, lo que nos hace suponer que conocen los riesgos de padecer CA uterino y mama.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

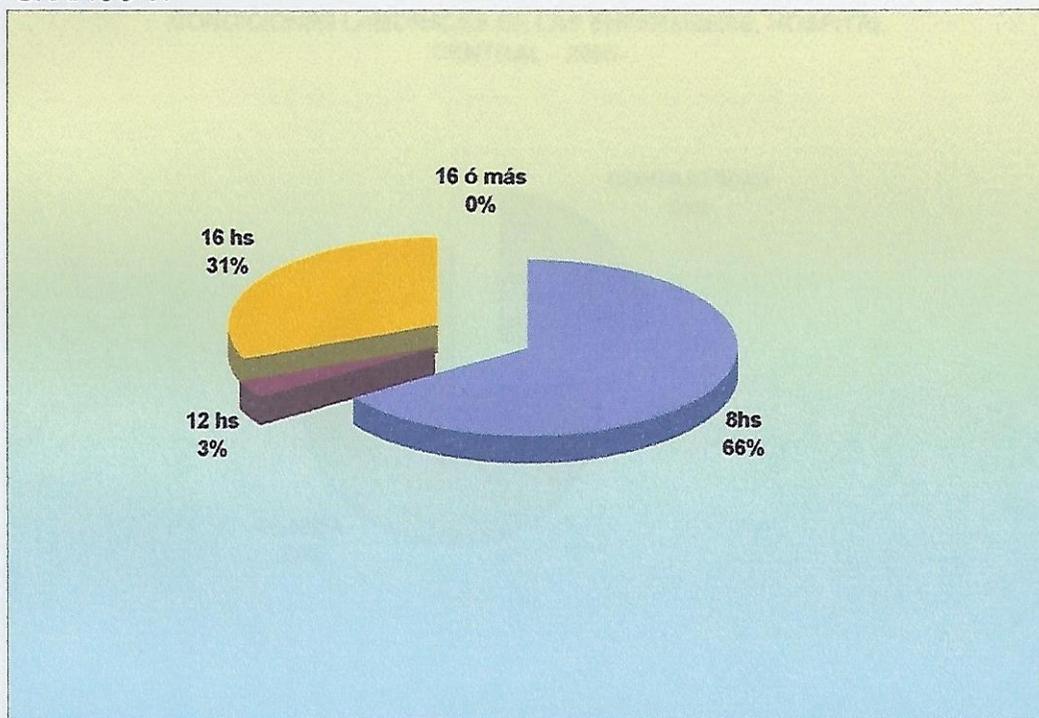
TABLA N° 6

Título: Horas de trabajo diario de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

NIVEL DE FORMACIÓN	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
8	59	66%
12	3	3%
16	28	31%
16 ó más	0	0%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO VI



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: la población en estudio trabaja en un alto porcentaje 8 horas, lo que nos hace suponer que cuentan con tiempo disponible para poder realizar los controles ginecológicos en el consultorio en el hospital.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

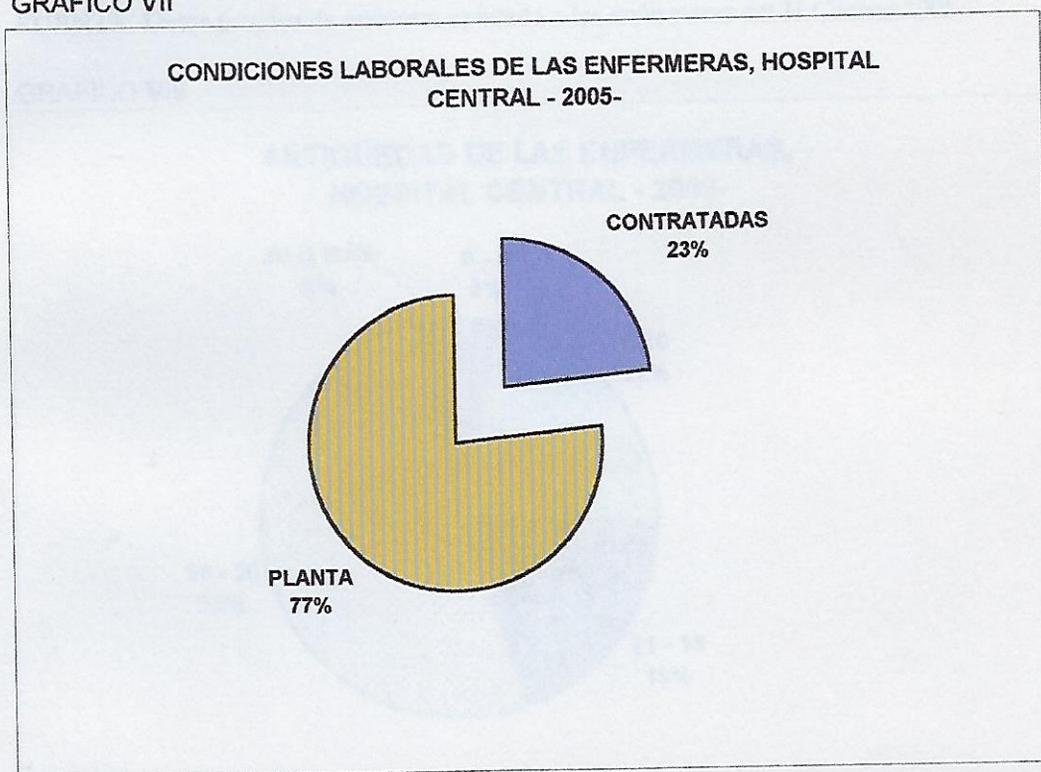
TABLA N° 7

Título: Condición laboral de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

CONDICIONES DE TRABAJO	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
Contratados	21	23%
Planta	69	77%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO VII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: el 77% al ser personal de planta nos permite presumir que al contar con una obra social facilita la realización de los controles ginecológicos a bajo costo.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

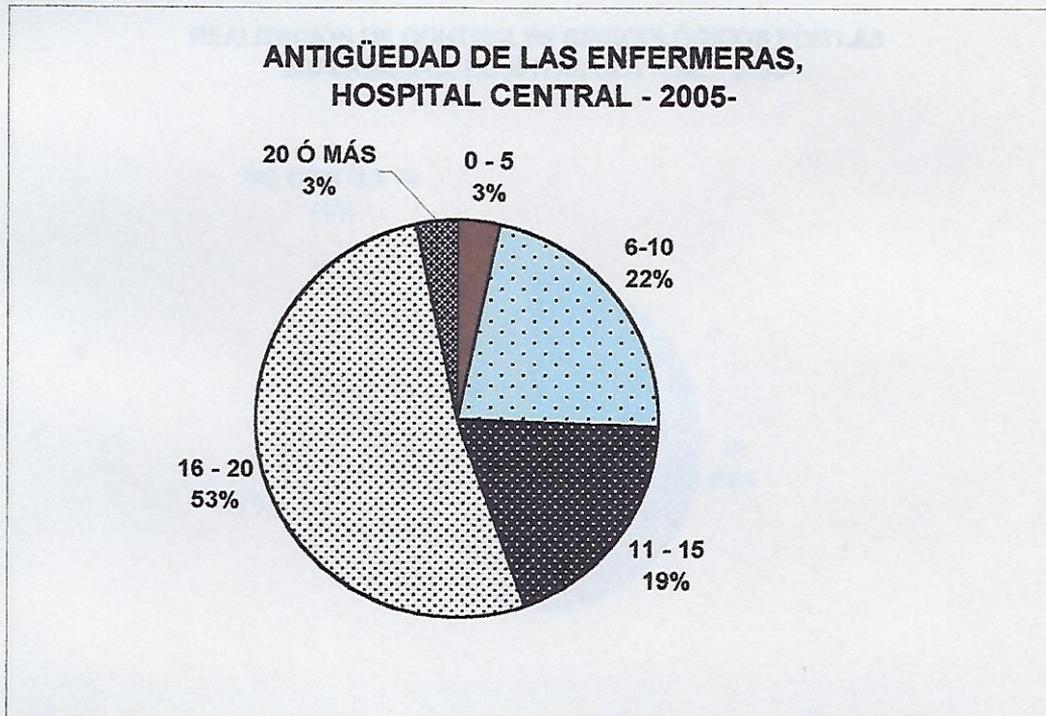
TABLA N° 8

Título: Antigüedad de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

ANTIGÜEDAD	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
0 - 5 a.	3	3%
6 - 10 a.	20	22%
11 - 15 a.	17	19%
16 - 20 a.	47	53%
20 ó más	3	3%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO VIII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: el personal sólo un 3% tienen antigüedad de 0 a 5 años, lo que nos hace creer que el resto de los enfermeros conocen la existencia del consultorio en el hospital.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

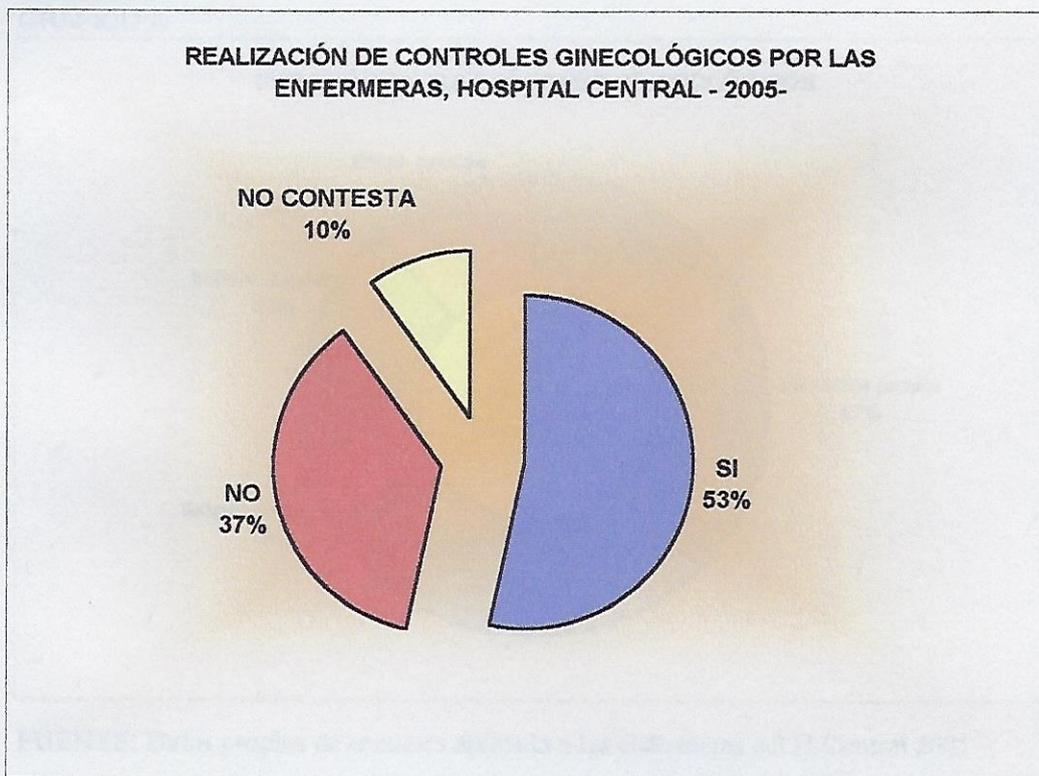
TABLA N° 9

Título: Realización exámenes ginecológicos de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

REALIZACIÓN DE EXÁMENES GINECOLÓGICOS	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
SI	48	53%
NO	33	37%
No Contesta	9	10%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO IX



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: se observa que un 47% (las que responden No y las que NO contestan) no realizan el examen ginecológico, lo que las pone en un alto riesgo de padecer CA sin una detección precoz.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

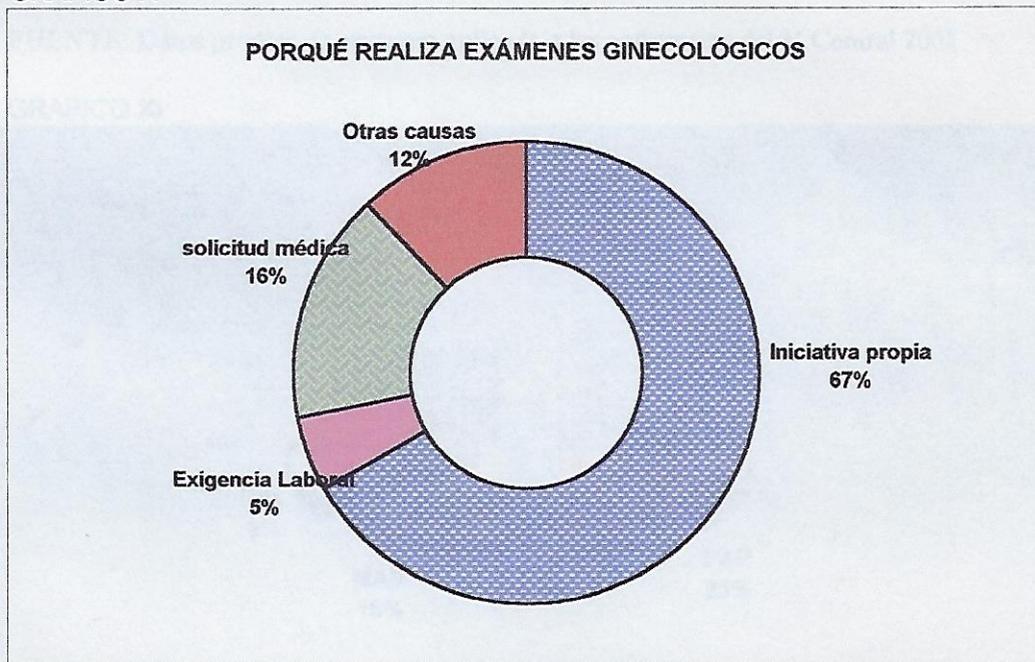
TABLA N° 10

Título: decisión de hacerse los exámenes ginecológicos de las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

DECISIONES DE HACERSE LOS EXÁMENES GINECOLÓGICOS	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
Iniciativa Propia	50	50%
Exigencia Laboral	4	5%
Solicitud Médica	12	16%
Otras Causas	9	12%
TOTAL	75	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO X



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: en un 67% las enfermeras tienen conciencia de que deben realizarse los controles, por ser una población vulnerable de padecer esta afección.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

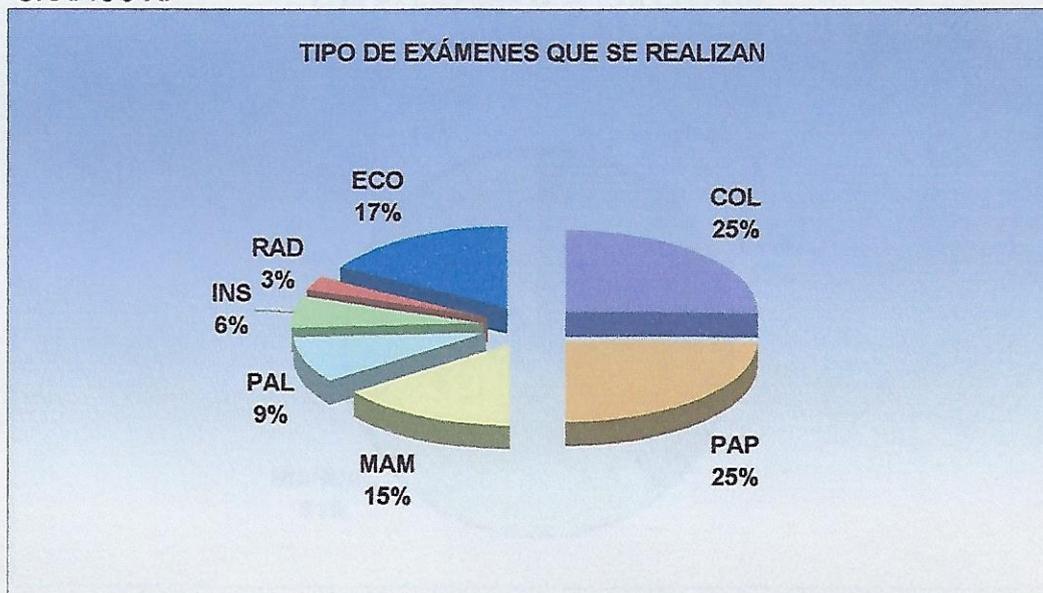
TABLA N° 11

Título: Tipos de exámenes ginecológicos que se realizan las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

EXÁMENES QUE REALIZAN	N° DE RESPUESTAS	
	F.A.	F.R.
COLPOSCOPÍA	81	25%
PAPANICOLAOU	80	25%
MAMOGRAFÍA	48	15%
PALPACIÓN	30	9%
INSPECCIÓN	20	6%
RADIOGRAFÍAS	9	3%
ECOGRAFÍAS	54	17%
TOTAL	322	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO XI



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: en base a los datos obtenidos nos permite suponer que las enfermeras tienen mayor conciencia preventiva en cuanto a las afecciones uterinas que a las de mamas.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

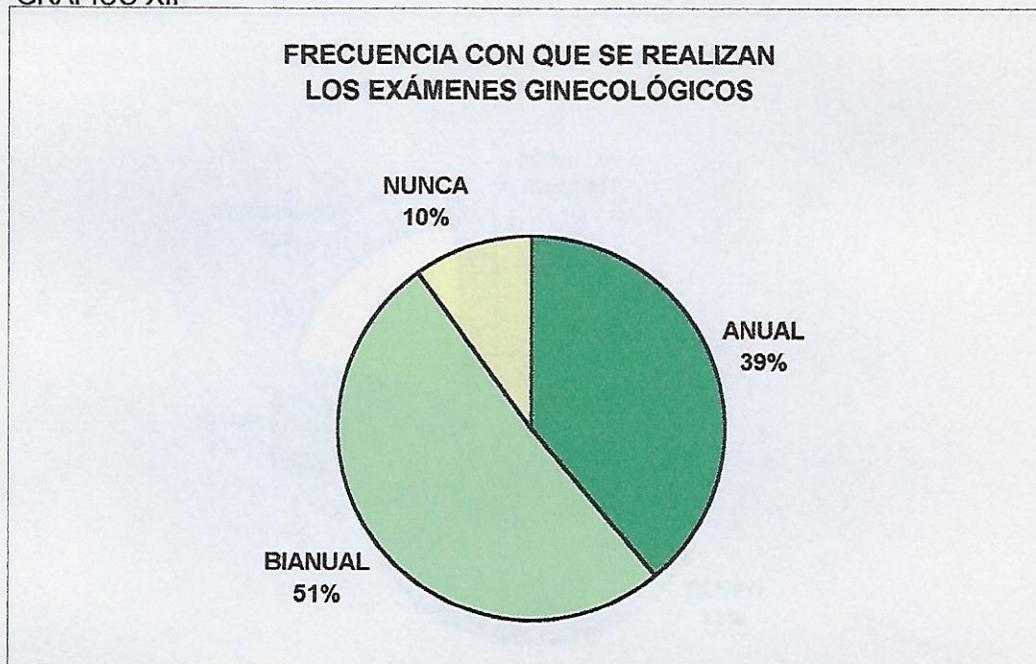
TABLA N° 12

Título: Frecuencia con que realizan los exámenes ginecológicos las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

FRECUENCIA CON QUE REALIZAN LOS EXÁMENES	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
ANUAL	35	39%
BIANUAL	46	51%
NUNCA	9	10%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO XII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: se puede detectar un alto nivel de conciencia sobre los controles ginecológicos

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

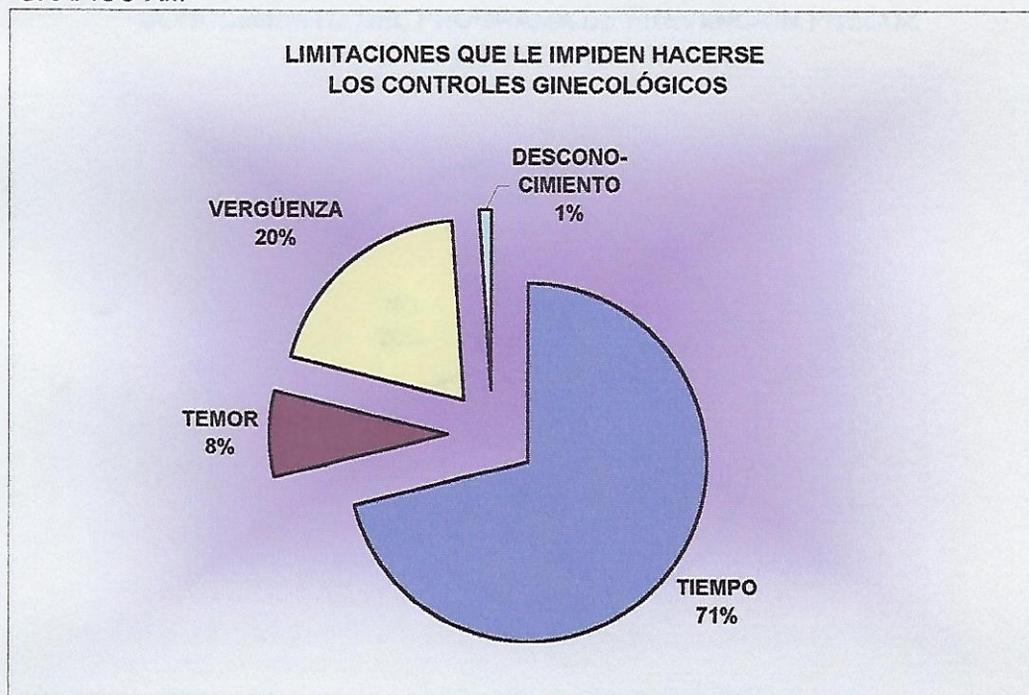
TABLA N° 13

Titulo: Limitaciones para realizar los exámenes ginecológicos las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

LIMITACIONES PARA REALIZAR LOS EXÁMENES	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
TIEMPO	64	71%
TEMOR	7	8%
VERGÜENZA	18	20%
DESCONOCIMIENTO	1	1%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO XIII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: a pesar de ser agente de salud puede observarse que hay un alto porcentaje que tienen el tabú de no realizarse los controles por vergüenza, temor y/o desconocimiento.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

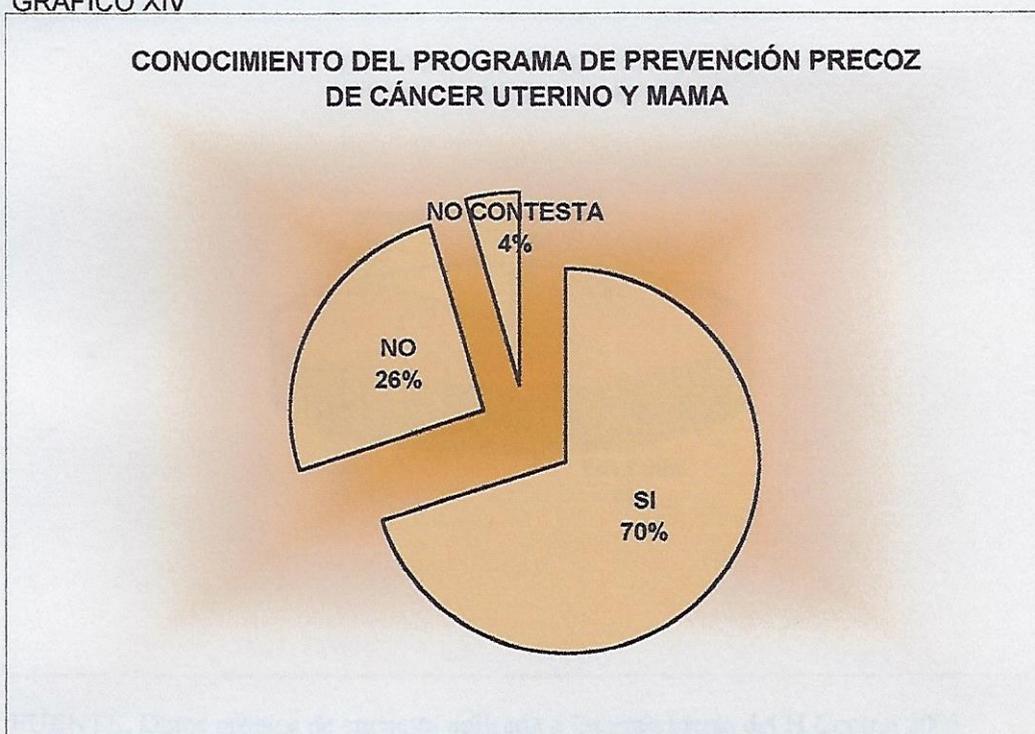
TABLA N° 14

Titulo: Conocimiento de la existencia del Programa por las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
SI	63	70%
NO	23	26%
NO CONTESTA	4	4%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO XIV



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: el personal en un 70% conoce la existencia en el hospital Central. Lo que nos hace suponer que cuentan con accesibilidad para prevenir riesgo.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

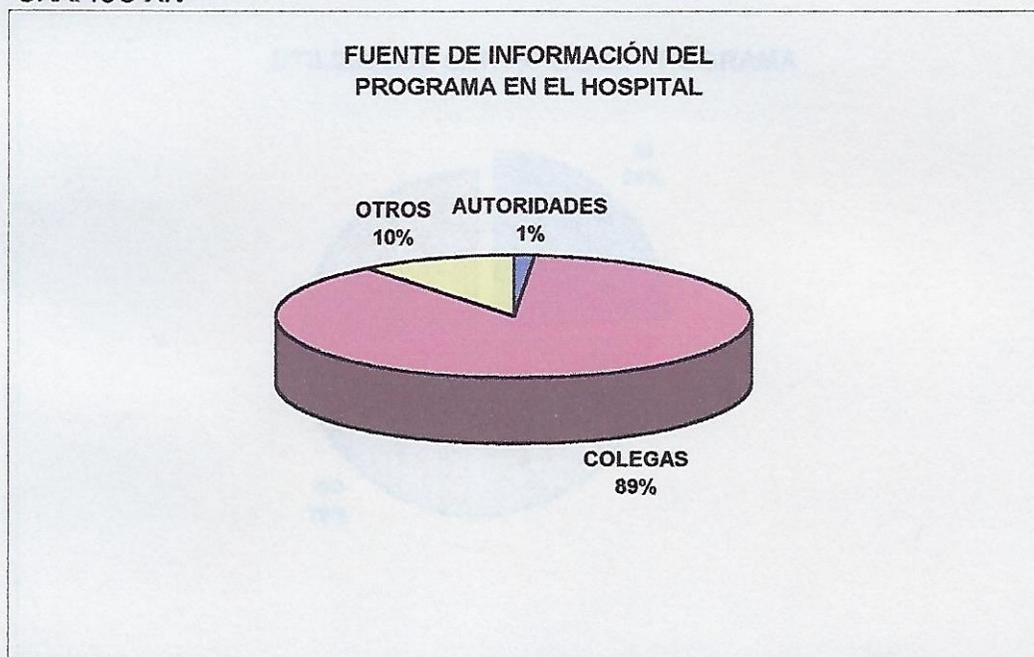
TABLA N° 15

Título: fuente de información del Programa por las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

FUENTE DE INFORMACIÓN	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
AUTORIDADES	1	1%
COLEGAS	59	89%
OTROS	7	10%
TOTAL	67	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO XIV



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: la información sobre la existencia del programa en el hospital, el colega es el principal informante.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

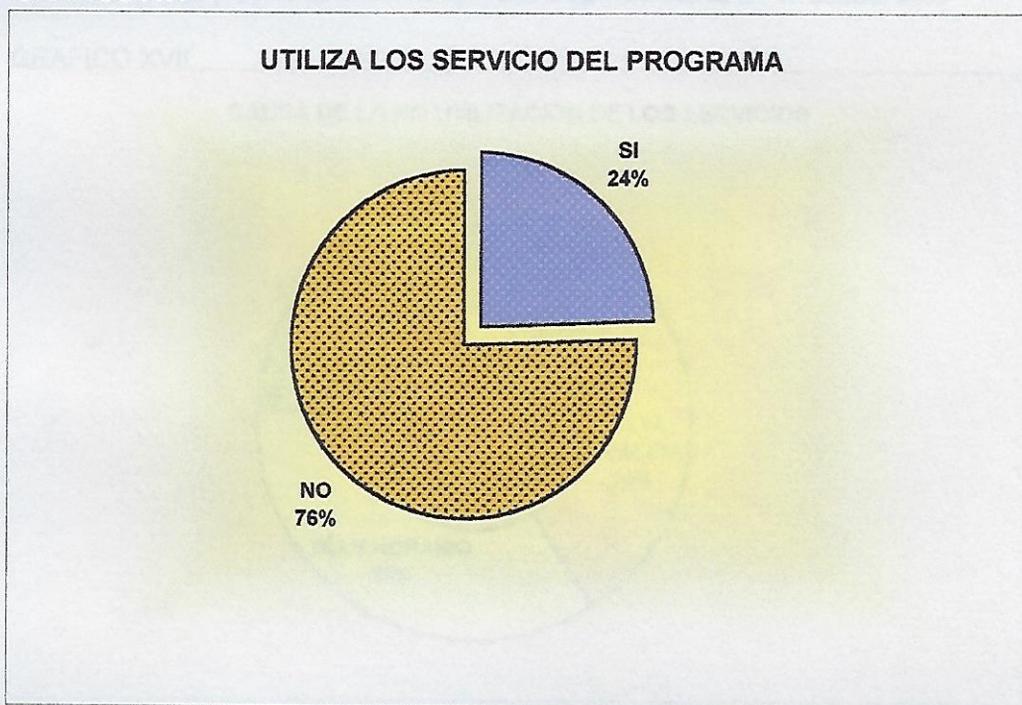
TABLA N° 16

Título: utilización de los servicios del Programa por las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
SI	22	25%
NO	68	75%
TOTAL	90	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO XVI



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: 74% de la población en estudio no utiliza los servicios del consultorio, lo que nos hace suponer que los servicios no son accesibles.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

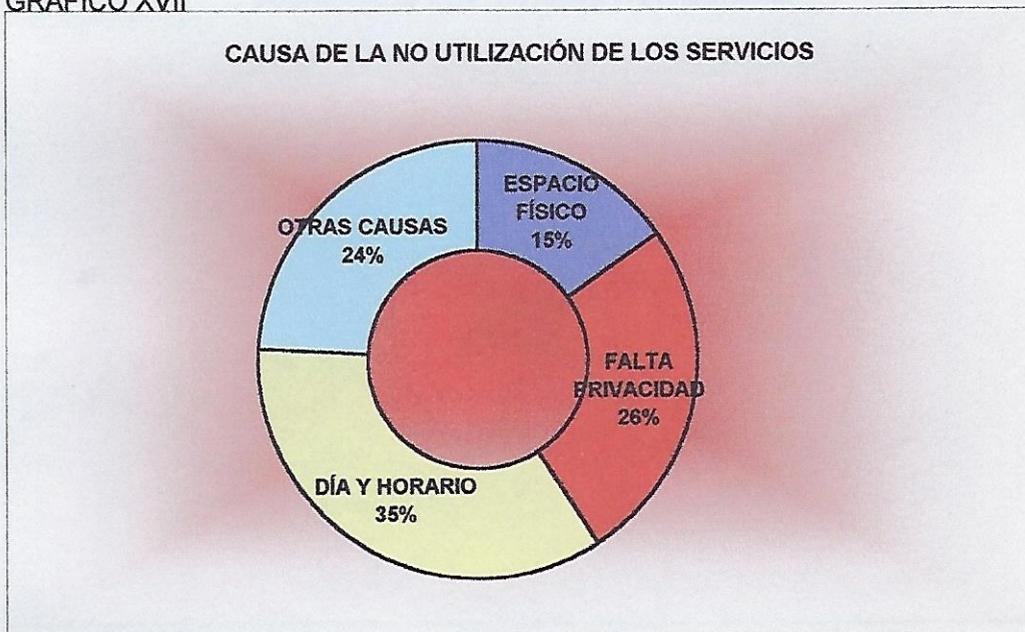
TABLA N° 17

Titulo: causa por lo que no utiliza los servicios del Programa por las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

CAUSA POR LO QUE NO UTILIZAN LOS SERVICIOS	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
INADECUADO ESPACIO FÍSICO	10	15%
FALTA DE PRIVACIDAD	17	26%
DÍAS Y HORAS ATENCIÓN	23	35%
OTRAS	16	24%
TOTAL	66	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

GRAFICO XVII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: con los datos obtenidos múltiples son las causas por lo que no lo utilizan, siendo el día y horario la mayor causa por lo que es accesible para el personal.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

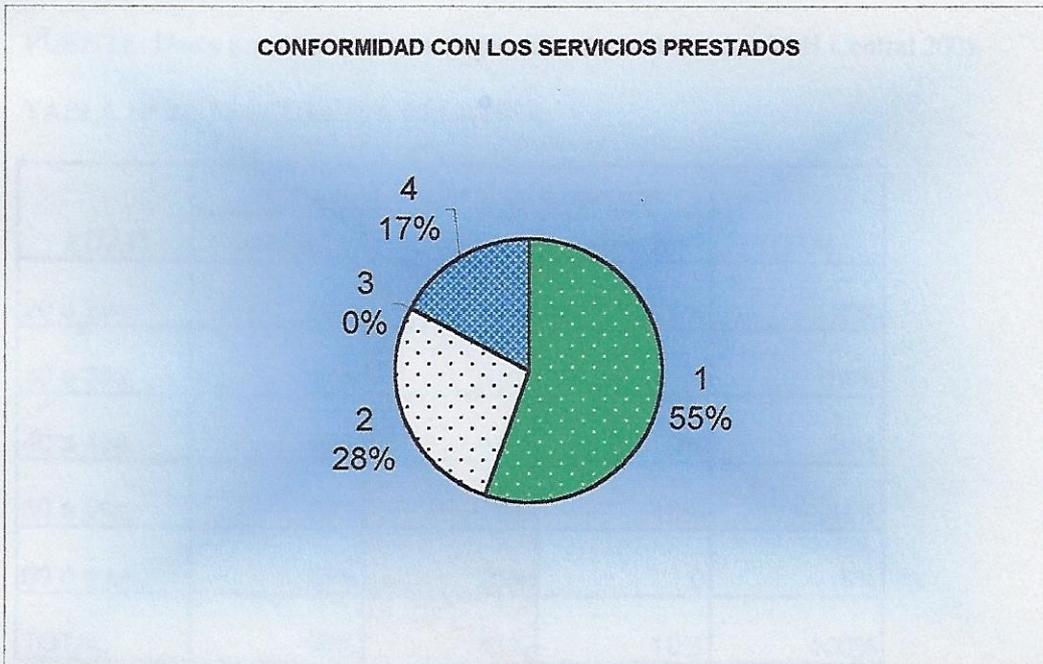
TABLA N° 18

Titulo: conformidad con los servicio prestado por el Programa por las enfermeras del Hospital Central, en relación a la detección precoz de Cáncer Uterino y Mama, durante el periodo 2005.

CONFORMIDAD CON LOS SERVICIOS PRESTADOS	N° DE ENFERMERAS	
	F.A.	F.R.
SATISFACTORIO	16	55%
MEDIANAMENTE SATISFACTORIO	8	28%
NO SATISFACTORIO	5	17%
TOTAL	29	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

GRAFICO XVIII



FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: si la población que es atendida en el consultorio (29 enfermeras) , el 55% es satisfactorio y el resto mediana y no satisfactoria, lo que nos hace deducir que es un servicio adecuado pero poco accesible a la población a la que está dirigida.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

TABLA N° 20: FRECUENCIA ABSOLUTA

Título: Edad de las enfermeras por frecuencia en que se realizan los controles ginecológicos en el Hospital Central, durante el periodo 2005.

EDAD	FRECUENCIA QUE REALIZA EXÁMENES			TOTAL
	ANUAL	BIANUAL	NUNCA	
20 a 29a.	2	3	1	6
30 a 39a.	5	9	0	14
40 a 49a.	16	16	3	35
50 a 59a.	9	17	5	31
60 ó más	3	1	0	4
TOTAL	35	46	9	90

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

TABLA N° 21: FRECUENCIA RELATIVA

EDAD	FRECUENCIA QUE REALIZA EXÁMENES			TOTAL
	ANUAL	BIANUAL	NUNCA	
20 a 29a.	33%	50%	17%	7%
30 a 39a.	36%	64%	0	15%
40 a 49a.	46%	46%	8%	39%
50 a 59a.	29%	55%	16%	34%
60 ó más	75%	25%	0	5%
TOTAL	39%	51%	10%	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: las enfermeras cuyo edad oscila entre 30 a 59 años, donde se centra la población en un alto porcentaje, se realizan los controles ginecológicos de acuerdo a los periodos establecidos, para una detección precoz.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

TABLA N° 22: FRECUENCIA ABSOLUTA

Título: Nivel de Formación de las enfermeras por los controles periódicos ginecológicos, en el Hospital Central, durante el periodo 2005.

NIVEL DE FORMACIÓN	CONTROLES PERIÓDICOS GINECOLÓGICOS			TOTAL
	SI	NO	NO CONTESTA	
Auxiliar de Enfermería	13	11	3	27
Enfermería Profesional	16	11	4	31
Enfermería Universitaria	14	9	2	25
Licenciada en Enfermería	5	2	0	7
TOTAL	48	33	9	90

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

TABLA N° 23: FRECUENCIA RELATIVA

NIVEL DE FORMACIÓN	CONTROLES PERIÓDICOS GINECOLÓGICOS			TOTAL
	SI	NO	NO CONTESTA	
Auxiliar de Enfermería	27%	42%	11%	30%
Enfermería Profesional	52%	35%	13%	34%
Enfermería Universitaria	56%	36%	8%	28%
Licenciada en Enfermería	71%	29%	0	8%
TOTAL	53%	37%	10%	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentero: la tabla nos revela que a mayor formación podemos suponer que las enfermeras tienen más conocimiento del riesgo de padecer la enfermedad y por ende mayores son los controles

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

TABLA N° 24: FRECUENCIA ABSOLUTA

Titulo: Edad de las enfermeras por conocimiento de la existencia del Programa en el Hospital Central, durante el periodo 2005.

ANTIGÜEDAD	CONOC. DE LA EXISTENCIA DEL PROGRAMA			TOTAL
	SI	NO	NO CONTESTA	
5 - 10 A.	13	10	0	23
11 - 15 A.	12	4	1	17
16 - 20 A.	38	9	3	50
TOTAL	63	23	4	90

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

TABLA N° 25: FRECUENCIA RELATIVA

ANTIGÜEDAD	CONOC. DE LA EXISTENCIA DEL PROGRAMA			TOTAL
	SI	NO	NO CONTESTA	
5 - 10 A.	57%	43%	0%	25%
11 - 15 A.	70%	24%	6%	19%
16 - 20 A.	76%	18%	6%	56%
TOTAL	70%	26%	4%	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H.Central 2005

Comentario: el resultado nos revela que del 70% de las enfermeras que contestaron que conocen el programa, la mayoría tiene una antigüedad importante en el hospital.

Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama en las Enfermeras del Hospital Central- 2005

TABLA N° 26: FRECUENCIA ABSOLUTA

Titulo: Condiciones laborales de las enfermeras por consulta al servicio del Programa en el Hospital Central, durante el periodo 2005.

CONDICIÓN LABORAL	CONCURREN AL CONSULTORIO		TOTAL
	SI	NO	
PLANTA PERMANENTE	16	53	69
CONTRATADOS	6	15	21
TOTAL	22	68	90

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

TABLA N° 27: FRECUENCIA RELATIVA

CONDICIÓN LABORAL	CONCURREN AL CONSULTORIO		TOTAL
	SI	NO	
PLANTA PERMANENTE	23%	73%	77%
CONTRATADOS	29%	71%	23%
TOTAL	24%	76%	100%

FUENTE: Datos propios de encuesta aplicada a las enfermeras del H. Central 2005

Comentario: más del 70% de los enfermeros que utiliza los servicios prestados por el programa. En relación a las condiciones de trabajo, observación que el 51% de los contratados si utilizan los servicios, por lo que podría estar relacionado a la falta de cobertura de una obra social.

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos podemos concluir que:

1. El 73% de las enfermeras del Hospital Central tienen entre 40 a 59 años, el 41% están casadas, el 61% tienen de 2 a más hijos, lo que refleja las características personales de las enfermeras.

2. Condiciones laborales:

Del total de la muestra el 62% son enfermeras profesionales y un alto porcentaje de éstas están realizando estudios superiores.

El 77% son personal de planta permanente, de las cuales el 66% trabaja 8 horas diarias.

El 72% tiene un promedio de antigüedad en el hospital de 11 a 20 años.

3. Conocimiento del programa:

Existe un alto porcentaje, 53% de las enfermeras que se realizan controles ginecológicos, pero aún así hay un significativo porcentaje que no se realiza los controles, los más relevantes son el Papanicolau y Colposcopía.

La población más vulnerable por su edad, en un porcentaje elevado, realizan controles anual o bianual.

Se ha podido constatar que la población en estudio, si conoce la existencia del Programa, pero un 70% del personal de planta no lo utiliza, aunque las enfermeras contratadas si utilizan los servicios del programa en el Hospital, el 51% del total de estas. Esto nos hace suponer que las motiva la falta de cobertura de una obra social.

La razón por la que no utilizan los servicios del programa, por múltiples razones, la más relevante es por el día y horarios que esta estipulada para tal fin. (Sábados de 8 a 9 horas).

Algunas enfermeras, se encuentran trabajando, otras saliendo de la guardia a las 7 horas y el resto se encuentran de franco. Razón que impide que puedan acceder a los servicios.

Podemos concluir que con el relevamiento realizado, se ha dado un perfil de la población dado que se han descripto las distintas dimensiones planteadas en la operacionalización de las variables.

Hemos dado respuesta a la pregunta que dió origen al estudio y se han logrado los objetivos.

SUGERENCIAS:

Para lograr que las prestaciones del consultorio Programa C.A. uterino y mama tenga mayor acceso al personal, dado que los datos del presente estudio han revelado que no lo tiene. Los autores sugieren:

- 1) Plantear a los responsables del programa la reorganización de las actividades del Programa, como ampliar los días y horarios para que el personal pueda acceder a éstos.
- 2) Sugerir a las autoridades, el cambio del espacio o ampliación del mismo dado que el que hoy existe no tiene en cuenta la privacidad de la consultante.
- 3) Sugerir al Departamento de enfermería del hospital que capacite al personal de enfermería que atiende el consultorio del Programa.

Estas alternativas permitirán dar respuesta a la problemática presentada, la cual es que el personal femenino no asiste al consultorio.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- ❖ Enfermería Médico Quirúrgica de Brummer y Suddarth. Octava edición, Mc. Graw-Hill Interamericana Editores S.A. Pág. 1248 - 1250 - 1298.
- ❖ Historia de Enfermería. Escuela de Enfermería M.O.S.S. F.C.M. I.D.I.C.S. Mza. 1998. Pag. 30-31-47-51
- ❖ Obstetricia y Ginecología Survey 50 (2): 146-154, Feb. 1995 (traducido) E.E.U.U.
- ❖ Obstetricia y Ginecología Latinoamericas vol. 61 N°3 . Bs As, Argentina, Año 2003 Pag. 132.
- ❖ Programa Provincial de Prevención de Cáncer de Útero y Mama. Centro de Medicina Preventivo "Dr. Emilio Ramón Coni"
- ❖ Revista Actualidad Obstétrico ginecológica. Redacción y Administración c/Gamonal 5-5 Planta N°9. Madrid. Junio 1998.

Ejercicio para el relevamiento del personal de enfermería que debe aplicar al programa de prevención de I. A. feroces

La siguiente es para optar el grado de Licenciada en Enfermería, es por eso que agradeceré su colaboración al completar la siguiente encuesta

- 1. Edad
- 1) 20-29
- 2) 30-39
- 3) 40-49
- 4) 50-59
- 5) 60 y +

- 2. Estado Civil
- 1) Soltera
- 2) Casada
- 3) Pareja
- 4) Viuda
- 5) Separada/divorciada

- 3. Tiene hijos
- 1) Si
- 2) No

- 4. Cuántos hijos tiene
- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3 y +

ANEXOS

Encuesta para el relevamiento del personal de enfermería que debe acudir al programa de prevención de C.A. femenino

La misma es para optar el grado de Licenciada en Enfermería, es por eso que agradecemos su colaboración al contestar la siguiente encuesta:

1- Edad

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59
- 60 y +

2- Estado Civil

- soltera
- casada
- pareja
- viuda
- separada/divorciada

3- Tiene hijos: Si No

4- Cantidad de hijos:

- 1
- 2
- 3 y +

5- Nivel de instrucción:

- Primaria completa
- Secundaria completa
- Terciaria completa
- Universitaria completa

6- Nivel de formación en enfermería

- Auxiliar de enfermería
- Enfermería profesional
- Enfermería universitaria
- Lic. en Enfermería

7- ¿ Cuantas horas trabaja por día?

- 8 hs
- 12 hs
- 16 hs
- + de 16 hs

8- Personal de:

- Planta
- Contratado

9- Antigüedad

- 5 a 10
- 10 a 15
- 16 a 20

10- ¿Realiza controles periódicos Ginecológicos?

- Si
- No
- No contesta

11- Estos controles los realiza:

- Por propia iniciativa
- Por exigencia laboral
- Por solicitud médica
- Por otras causas

12- ¿Se realizó algunos de estos controles? Cuales ?

- Colposcopia
- Papanicolau
- Mamografía
- Palpación
- Inspección
- Radiografía
- Ecografía

13-¿ Con que frecuencia los realiza ?

- Una vez por año
- Cada dos años
- Nunca

14- ¿Cuáles son las posibles causas que limitan la realización de estos controles?

- Falta de tiempo
- Temor
- Vergüenza
- Desconocimiento del riesgo del no control

15- ¿Conoce la existencia del programa de prevención de C.A. femenino, en el Hospital Central ?

- Si
- No
- No contesta

16- Si responde si:

- Por información de las autoridades
- Por información de otras colegas
- otros

17- ¿Utiliza los servicios que le brinda este programa? Si No

18- Si responde No ¿Por qué?

- Por inadecuado espacio físico
- Por falta de privacidad
- Por días y horarios de atención inadecuado e insuficientes
- Otras causas

19- Si responde Si:

¿Esta conforme con la atención que le brinda el personal?

- Satisfactorio
- Medianamente satisfactorio
- No satisfactorio

20- Sugerencias para que el programa se conozca más y pueda ser utilizado mejor.