

Código
PR-DOP-SME-04 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano

ÍNDICE

| | Página |
|---|---------------|
| I. OBJETIVO | 2 |
| II. ALCANCE | 2 |
| III. FUNDAMENTO LEGAL | 2 |
| IV. DEFINICIONES | 2 |
| V. RESPONSABILIDADES | 3 |
| VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO | 4 |
| VII. INDICADOR | 5 |
| VIII. ANEXOS | 5 |
| IX. CONTROL DE CAMBIOS | 6 |
| X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO | 6 |



Código
PR-DOP-SME-04 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano

I. OBJETIVO

Brindar atención médica de primer nivel en el programa "salud de la mujer", con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las beneficiarias.

II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al Departamento de Servicios Médicos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

Título Tercero, Capítulo I, Artículo 23, 24 fracción I, II, III; 32, 33, fracción I, II, III, IV; Capítulo IV, Artículos 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3, 58, fracción I, III, IV, V, VI, VII; Título Cuarto, Capítulo I, Artículo 79; Capítulo II, Artículo 87, 88; Título Noveno, Capítulo I, Artículo 167, 168, fracción I, VII; de la Ley General de Salud (última reforma pública DOF12-07-2018).

Artículo 2 y 3; de la Ley de Asistencia Social (última reforma publicada DOF 08-06-2012).

Capítulo I, Artículo 1, 2 fracción VI, VII, XII, XXIV, XXVI; del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DO 11-05-2016).

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Ámbito Estatal

Artículo 4 fracción VIII; 9, fracción I, III; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán (última reforma D018-07-1994)(Ultimo acuerdo 01-2018).

IV. DEFINICIONES

CACU: Cáncer cérvico uterino.

Citología vaginal: Muestra de obtención de células del cuello uterino.

Consulta: Entrevista y exploración física o mental de un usuario.

CURP: Clave única de registro de la población.

| Código | Fecha de emisión | Fecha de actualización |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| PR-DOP-SME-04 R00 | 30/01/2020 | No aplica |
| Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano | | |

DOCMA: Detección oportuna de cáncer mamario.

Documento: Escrito en papel o soporte donde se describa una actividad.

INE: Instituto Nacional Electoral.

Jornada: Periodo de tiempo donde se realizan las acciones de salud.

Padrón de Beneficiarios: Relación de pacientes que sean atendidos en algún programa.

Papanicolaou: Estudio para detectar oportunamente el cáncer cérvico uterino.

Referencias: Envío del usuario a otro nivel de atención.

Responsable del Área de Salud en la Mujer: Enfermera.

Salud: Es el equilibrio de bienestar físico, mental y social del individuo y no solo la ausencia de la enfermedad.

Signos vitales: Constantes vitales (pulso, frecuencia cardiaca tensión arterial, temperatura corporal).

SIGO: Sistema integrado de información gerencial operativa.

Situación Gineco-obstétrico: Antecedentes médicos en relación de la salud de la mujer.

Transparencia: Sistema electrónico de acceso a la información pública.

Usuario: Persona que está recibiendo algún servicio de los programas.

V. RESPONSABILIDADES

1. Responsable del Área de Salud en la Mujer.
 - 1.1 Coordinar a los enfermeros y pasantes de enfermería adscritos al departamento y Centros de Desarrollo Familiar Urbano (CDFU).
 - 1.2 Capturar los padrones de beneficiarios para la información de Transparencia, SIGO.

Handwritten signature and initials in blue ink.

Código
PR-DOP-SME-04 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano

- 1.3 Llevar a cabo las acciones del programa de salud en la mujer en coordinación con la Secretaria de Salud de Yucatán.
2. Enfermero(a)
 - 2.1 Brindar atención a los usuarios en la jornada de salud, centro de desarrollo familiar urbano (CDFU) y en el departamento.
 - 2.2 Realizar acciones de detección de cáncer cervico uterino y mamario.
 - 2.3 Brindar pláticas sobre medicina preventiva.

VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable del Área de Salud en la Mujer/Enfermero(a)

1. Promociona e informa sobre los servicios de Detección oportuna de cáncer de mama y cérvico-uterino durante la Jornada de salud comunitaria o en los Centros de Desarrollo Familiar Urbano.
2. Entrevista a la usuaria para conocer si cumple con los requisitos ginecológicos para poder realizar las Detecciones correspondientes.
3. ¿La usuaria cumple con los requisitos ginecológicos?
 - Si: Continúa a la actividad 4
 - No: Regresa a la actividad 1
4. Solicita la documentación correspondiente y llena los formatos F-PR-BAP-01 "Formato Hoja de Acciones de Salud de la Mujer" y F-PR-BAP-02 "Formato Carta de Consentimiento Informado".

Nota: La documentación solicita es: Identificación oficial (INE), Clave Única de Registro de Población (CURP), número de afiliación de la derechohabencia correspondiente y/o copia de la póliza del seguro popular.

5. ¿La usuaria presenta los documentos solicitados?
 - Si: Continúa a la actividad 6
 - No: Regresa a la actividad 1
6. Entrevista a la usuaria para conocer su situación gineco-obstétrica y llena los formatos PCR, Exploración Clínica de Mama, Citología Vaginal, según corresponda.
7. Realiza la prueba de acuerdo a la edad de la usuaria.

Nota: Papanicolaou. Inicio de relaciones sexuales a 34 años o con histerectomía y de 65 a 69 años; Reacción de cadena de polimerasa. 35 a 64 años; Exploración clínica de mama. Toda usuaria que no se encuentre lactando; Canalización a mastografía. 40 a 69 años, afiliada al seguro popular vigente; Canalización de USG Mamario. Menor de 40 años con sintomatología afiliada al seguro popular vigente.
8. Brinda orientación de acuerdo al servicio otorgado.

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Código PR-DOP-SME-04 R00 | Fecha de emisión 30/01/2020 | Fecha de actualización No aplica |
| Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano | | |

9. Entrega comprobante de cita tramitada e informa el tiempo de espera del resultado de estudio.
10. Notifica y entrega cita con fecha asignada para la realización del estudio y/o resultado de la prueba de Papanicolaou o reacción de cadena de polimerasa según sea el caso.
11. ¿El resultado de la prueba de citología vaginal se encuentra dentro de los parámetros normales?
 - Si: Continúa a la actividad 13
 - No: Continúa a la actividad 12
12. Refiere a la Clínica de Displasia para seguimiento de tratamiento médico.
Fin del Procedimiento
13. Informa la fecha para la realización de su próximo estudio.
Fin del procedimiento.

VII. INDICADOR

| Indicador | Fórmula | Unidad de medida | Periodicidad | Meta |
|---|---|------------------|--------------|------|
| Promedio de Consultas Diarias por Médico en el Programa "Salud de la Mujer" | $\text{Promedio} = \frac{((\text{Beneficiarios del año actual} + \text{Beneficiarios del año anterior}) / \text{Beneficiarios del año anterior}) * 100}{100}$ | Consultas | Trimestral | 500 |

VIII. ANEXOS

| Código | Nombre del anexo | Ubicación | AT* | AC* | PTC* | Disposición final |
|-----------|--|-----------|------------|-------|-------|-------------------|
| No aplica | Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud | SME | Indefinido | 1 año | 1 año | Eliminar |

CGF
e

Código
PR-DOP-SME-04 R00

Fecha de emisión
30/01/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano

| | | | | | | |
|-------------|--|-----|---|---|--------|----------|
| | Comunitaria y Desarrollo Familiar Urbano | | | | | |
| F-PR-BAP-01 | Hoja de Acciones de Salud de la Mujer | SME | 3 | 3 | 6 años | Eliminar |
| F-PR-BAP-02 | Carta de Consentimiento o Informado | SME | 3 | 3 | 6 años | Eliminar |
| No aplica | Formato de PCR | SME | 3 | 3 | 6 años | Eliminar |
| No aplica | Exploración Clínica de Mama | SME | 3 | 3 | 6 años | Eliminar |
| No aplica | Citología Vaginal | SME | 3 | 3 | 6 años | Eliminar |

*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

IX. CONTROL DE CAMBIOS

| Fecha | Número de revisión | Actividad |
|------------|--------------------|---------------------------|
| 30/01/2020 | 00 | Generación del documento. |

X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

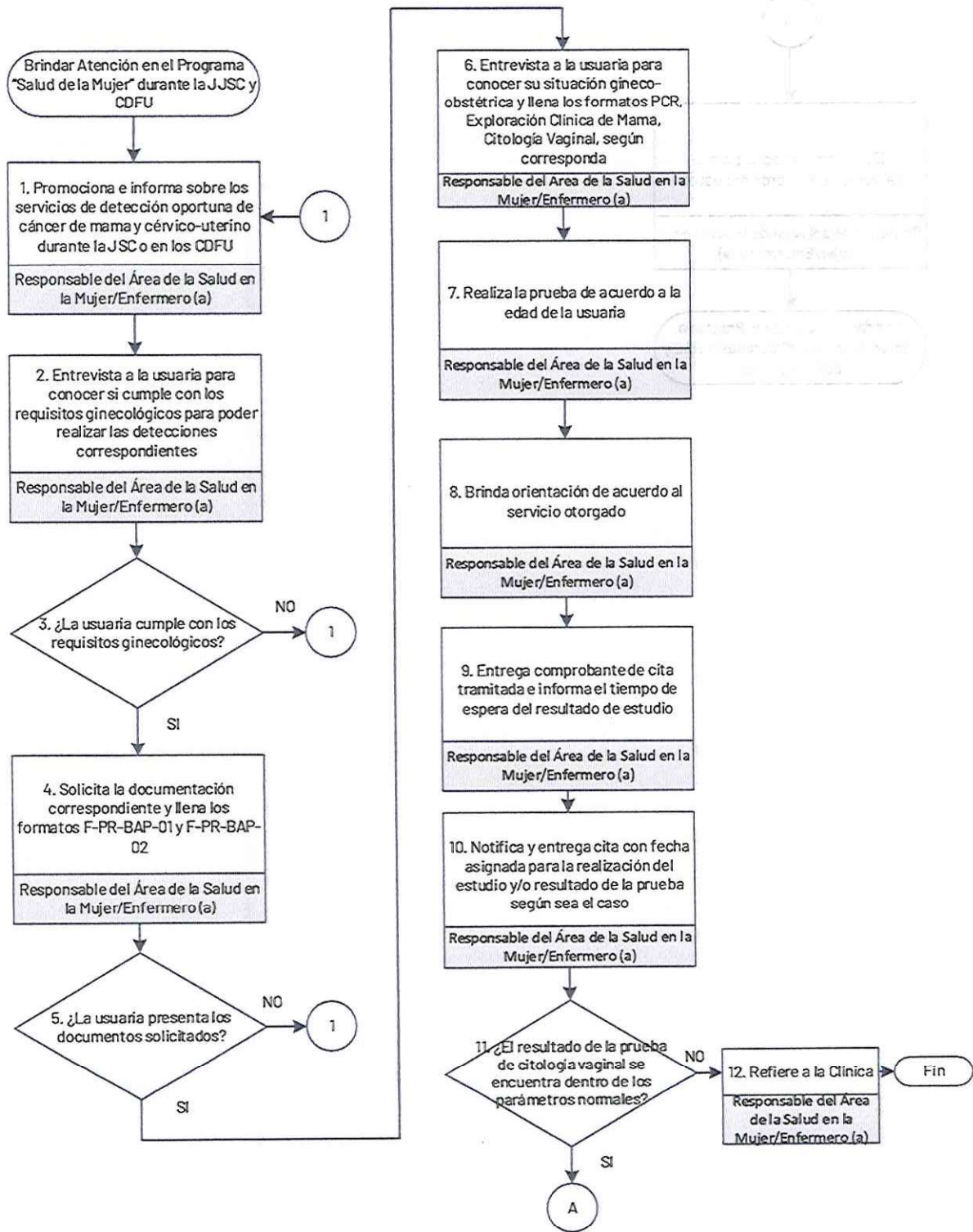
Autorizó



Lic. Mariana Gaber Fernández-Montilla
Directora Operativa del Sistema para el Desarrollo
Integral de la Familia en Yucatán

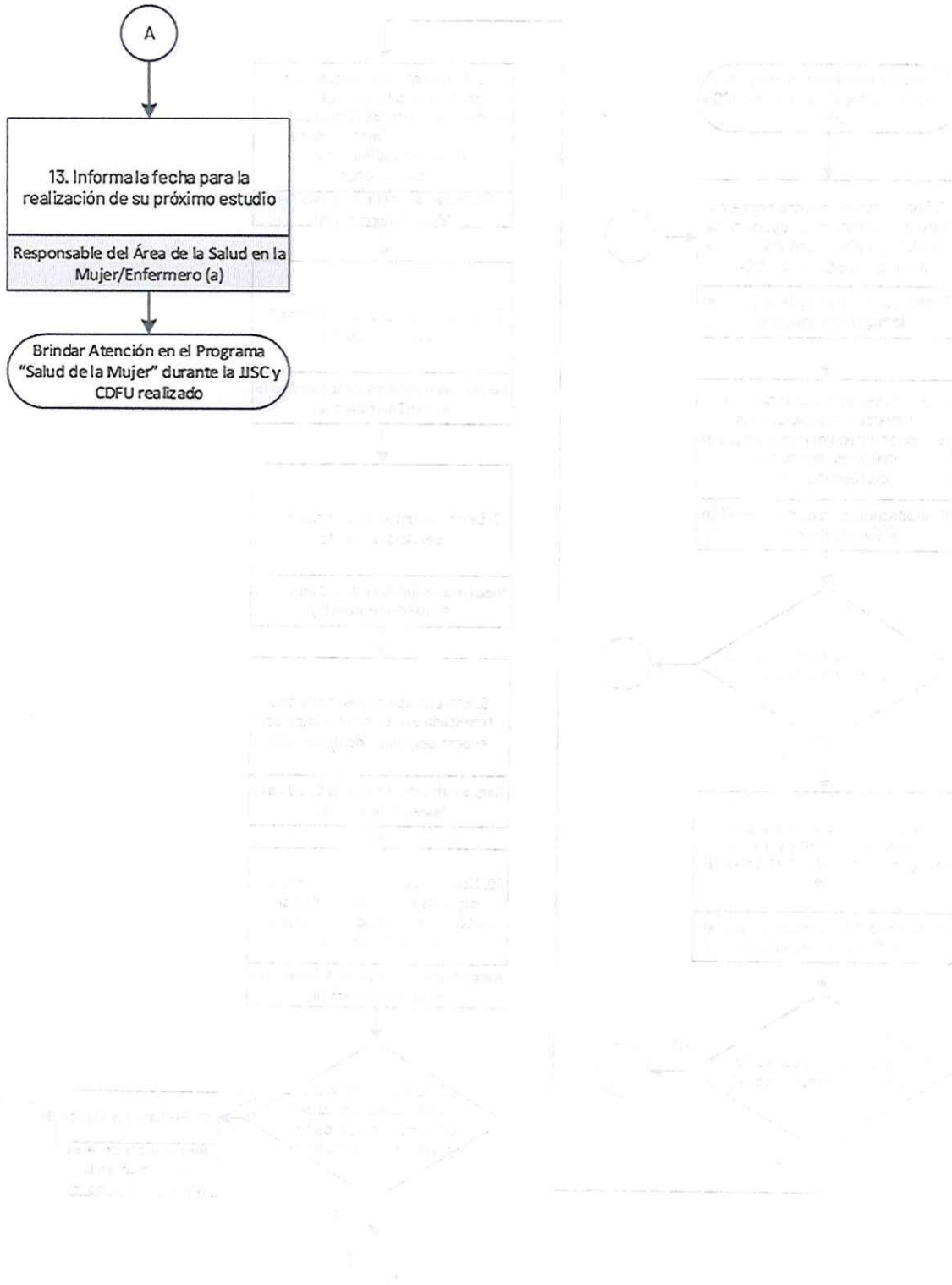


Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano



Handwritten signature and initials in blue ink.

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Brindar Atención en el Programa "Salud de la Mujer" durante la Jornada de Salud Comunitaria y Centro de Desarrollo Familiar Urbano





Hoja de Acciones de Salud de la Mujer

MUNICIPIO: _____

FECHA: _____

| N° | NOMBRE PACIENTE | EXPLORACION MAMARIA | | | PAPANICOLAOU | PCR |
|-----|-----------------|---------------------|----------------|-------------|--------------|-----|
| | | EXPLORACION S/T | USG MAMARIO | MASTOGRAFIA | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |
| 11. | | | | | | |
| 12. | | | | | | |
| 13. | | | | | | |
| 14. | | | | | | |
| 15. | | | | | | |

ACCIONES:

TOTAL DE EXPLORACIONES:
 TOTAL DE SECRECION DE PEZON:
 TOTAL DE TRAMITE DE USG MAMARIO:
 TOTAL DE TRÁMITE DE MASTOGRAFIA:
 TOTAL DE PAPANICOLAOU:

ENFERMERA RESPONABLE DE BASE: _____
 PASANTE DE ENFERMERIA: _____

FGO
e

Carta de Consentimiento Informado

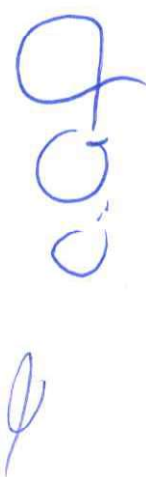
CDFU ó Municipio: _____ **Fecha:** _____

Por medio de la presente manifiesto haber sido informada sobre el tipo de procedimientos que se realizarán a mi persona de sus beneficios, riesgos y complicaciones; en cuanto a la Detección oportuna de Cáncer de Mama (DOCMA) sea: exploración mamaria, canalización de mastografía o usg mamario según corresponda a mis necesidades y la Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino (CACU) sea: Papanicolaou o Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) conforme a mi rango de edad, ésta será realizada por el personal responsable del Programa de Salud en la Mujer que labora en el DIF Yucatán, de igual manera me comprometo a recoger mis resultados y citas tramitadas en el tiempo determinado, teniendo en cuenta que no habrá retrámite alguno ante la inasistencia a la fecha asignada.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Familiar Responsable

- () Exploración Mamaria (Mujer Sana)
- () Mastografía: (>40 años c/s Signos)
- () USG Mamario: (<40 años c/s Signos)
- () Secreción de Pezón
- () Papanicolaou: (<34 y >65 años)
- () PCR: (35 a 64 años)



Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Programa de Detección de Cáncer de Mamma
EXPLORACIÓN CLÍNICA Versión 4.0

No. Folio: _____

I. Identificación de la unidad

1. Institución _____ 2. Entidad / Delegación _____ 3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____ 5. Unidad médica _____ 6. CLUES _____

II. Identificación de la paciente

7. Nombre _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
8. Entidad de nacimiento _____ 8.1 Municipio de nacimiento _____
9. CURP _____ 10. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ 11. Edad en años _____
DD MM AAAA

12. Residencia habitual _____
Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio/Delegación _____
C.P. _____ Entidad Federativa _____ Jurisdicción _____ Teléfono _____

13. Otro domicilio _____
Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio/Delegación _____

14. Otro teléfono _____ 15. Correo electrónico _____

16. Tiempo de residencia actual _____ 1. Menos de un año _____ 2. De 1 a 5 años _____ 3. Más de 5 años _____

17. Afiliación _____ 0. Ninguna _____ 1. IMSS _____ 2. ISSSTE _____ 3. SEDENA _____ 4. IMSS PROSPERA _____ 5. SEMAR _____ 6. PEMEX _____ 7. Estatal _____ 8. Municipal _____ 9. Privada _____ 10. CNPSS _____ 11. Otra _____ 12. No aplica _____ 13. No especificado _____ 14. Señora _____

17.1 No. de afiliación o póliza _____

III. Datos biológicos

18. Fecha de atención Día _____ Mes _____ Año _____
DD MM AAAA

19. Edad de presentación de la menarca _____ años 20. En que familiares tiene antecedentes de cáncer mamario _____
1. Madre _____ 2. Hija _____ 3. 1 y 2 _____ 4. 3 y 4 _____ 5. 1 y 3 _____ 6. 2 y 3 _____ 7. Otro _____ 8. Ninguno _____

21. Edad de presentación de la menopausia _____ años 22. Otros factores de riesgo _____

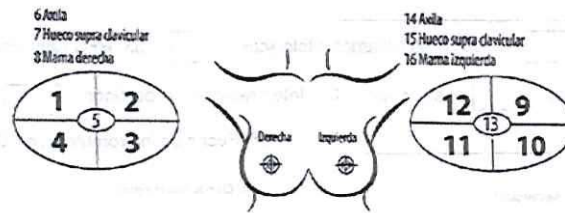
IV. Datos clínicos

23. Signos clínicos

- 1. Nódulos sólidos, irregulares de consistencia dura fija a planos profundos
- 2. Cambios cutáneos evidentes (piel de naranja), retracción de la piel, lesión areolar que no cicatriza a pesar del tratamiento
- 3. Zona de sistematización en el tejido glandular focalizado a una sola mama y región
- 4. Secreción serosanguinolenta
- 5. Crecimiento ganglionar axilar o supraclavicular
- 6. Retracción o fijación del pezón
- 7. Ninguno

24. Fecha de inicio del primer síntoma o signo Día _____ Mes _____ Año _____
DD MM AAAA

25. Localización



26. RFC del responsable de la exploración clínica _____

V. Referencia

27. Conducta a seguir 1. Detección de rutina en un año _____ 2. Mastografía de tamizaje _____ 3. Referencia a evaluación con imagen complementaria (Masto. diagnóstica o USG) _____

28. Motivo de la referencia 1. Tumoración palpable _____ 2. Signos sugestivos _____ 3. Mastografía anormal _____ 4. Factores de riesgo _____

29. Fecha de referencia Día _____ Mes _____ Año _____
DD MM AAAA



**Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino**



SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

No. Folio: _____

I. Identificación de la Unidad

1. Institución _____ 2. Entidad / Delegación _____ 3. Jurisdicción _____
4. Municipio _____ 5. Unidad médica _____ 6. CLUES _____

II. Identificación de la paciente

7. Nombre _____
 8. Entidad de nacimiento _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
 9. CURP _____
 10. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ 11. Edad en años _____
 12. Residencia habitual Calle y número _____ Colonia _____ Localidad / Municipio / Delegación _____
 C.P. _____ Entidad Federativa _____ Jurisdicción _____ Teléfono _____
 13. Otro domicilio Calle y número _____ Colonia _____ Localidad / Municipio / Delegación _____
 14. Otro teléfono _____ 15. Correo electrónico _____
 16. Afiliación 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SEMAR 7. IMSS PROSPERA 8. Ninguna 9. Otro 16.1 Número de afiliación o póliza _____

III. Antecedentes

17. Citología 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente 4. Complementaria a resultado positivo de VPH
 18. Situación Ginecoobstétrica
 1. Puerperio o Postaborto 2. Postmenopausia 3. Uso hormonales 4. DIU 5. Histerectomía 6. Tratamiento farmacológico 7. Embarazo actual 8. Tratamiento colposcópico previo 9. Ninguno de los anteriores
 19. Inicio de vida sexual 1. Si 2. No 19.1 Edad años _____ 20. Antecedentes de vacunación VPH 1. Si 2. No 20.1 Edad años _____
 20.2 No. de dosis 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Completo 21. Fecha de última regla Día _____ Mes _____ Año _____
 22. A la exploración se observa 1. Cuello aparentemente sano 2. Cuello anormal 3. Lesión del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observa cuello
 23. Utensilio con el que tomó la muestra 1. Espátula de Ayre modificada 2. Citobrush 3. Hisopo 4. Otro especifique _____
 24. RFC del responsable de la toma de citología _____
 25. Fecha de toma de la muestra Día _____ Mes _____ Año _____
 26. Factores de riesgo 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años 2. Múltiples parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno
 27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1. Si 2. No
 28. Muestra repetida 1. Si 2. No 28.1 Número citológico anterior _____

IV. Resultado de citología cervical

29. Fecha de interpretación Día _____ Mes _____ Año _____ 30. Número citológico _____ 31. Laboratorio _____
 32. Características de la muestra 1. Adecuada 2. Inadecuada
 33. Diagnóstico citológico
A. Categoría general del diagnóstico citológico (Bethesda)
 1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
 2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
 4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC 1)
 5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in Situ, NIC 2, NIC 3)
 6. Carcinoma epidermoide
 7. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)
 8. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)
 9. Células glandulares atípicas (AGC)
 10. Adenocarcinoma endocervical in situ
 11. Adenocarcinoma (endocervical, endometrial o extrauterino)
B. Otros hallazgos
 1. Trichomonas vaginalis
 2. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con candida sp
 3. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana
 4. Micro-organismos morfológicamente compatibles con actinomyces sp
 5. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple
 6. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus
 7. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratolíticos
 8. Cambios asociados al embarazo
 9. Inflamación (incluye reparación atípica)
 10. Atrofia
 11. Radioterapia
 12. Dispositivo intrauterino
 13. Células glandulares post- histerectomía
 14. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más
 34. Repetir estudio 1. Si 2. No 34.1 Motivo 1. Artificios, hemorragia, inflamación y/o 2. Laminilla rota 3. Frotis grueso 4. Muestra mal fijada 5. Otros. Especifique _____
 35. Cédula profesional del citotecnólogo (a) _____
 36. La muestra fue revisada por el patólogo (a) 1. Si 2. No 36.1. Diagnóstico del patólogo (a) (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 31) _____
 36.2. Diagnóstico del patólogo (a) otros hallazgos (De acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33 B) _____
 37. Cédula profesional del patólogo (a) _____

Handwritten signature

Handwritten signature