

## FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE GESTIÓN EN RED 2016

**ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO A LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.**

**1.- Título del Proyecto:**

**Red de atención integral, para la prevención, detección y manejo de riesgos del embarazo en adolescentes.**

**2.- Tema prioritario que abordará y componentes por medio de los cuales se desarrollará el Proyecto de Gestión en Red:**

**A) TEMAS PRIORITARIOS.**

**B) COMPONENTES.**

**C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.-**

A) TEMAS PRIORITARIOS			Marcar con una X el tema prioritario seleccionado	
Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.			x	
Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico.				
Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer cérvico uterino.				
Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer de mama.				
Mejora de la calidad en la atención de la salud mental.				
Mejora de la calidad en la atención de tumores de la infancia y la adolescencia.				
Mejora de la calidad en la atención de infarto agudo al miocardio y sus complicaciones.				
B) COMPONENTES			Marcar con una X al menos un tema de cada uno de los cuatro componente y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto	
D) Salud en la población	C) Modelo de Gestión de Calidad en Salud	B4) Organizaciones confiables y seguras	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de Joint Commission): <i>1.1. Identificar correctamente a los pacientes.</i>	
			<i>1.2. Mejorar la comunicación efectiva.</i>	x
			<i>1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.</i> 1.3.1 Uso racional de medicamentos. 1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. 1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos. 1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación.	
			<i>1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.</i>	
			<i>1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.</i> 1.5.1 Bacteriemia Cero: Reducción de infecciones asociadas a catéter. 1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador. 1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias. 1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica.	
			1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	
			2.- Gestión de Riesgos.	
			3.- Medicina basada en la evidencia a través de las Guías de Práctica Clínica.	x
			4.- Planes de Cuidados de Enfermería. <i>4.1 Clínica de heridas y ostomías.</i>	
			5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	

B3) Experiencia Satisfactoria	6.- Participación Ciudadana: Aval Ciudadano.	
	7.- Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación a los usuarios de los Servicios de Salud.	
	8.- Cultura de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Atención Médica.	x
B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	
	10.- Prevención primaria y/o secundaria.	x
	11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	
B1) Acceso Efectivo	12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	x
	13.- Redes de Atención.	x
	14.- Red de Urgencias.	
	15.- Apoyo a la Acreditación.	
	16.- Cuidados Paliativos.	

### 3.- Unidades que conforman la RED:

<b>Jurisdicción/Región/Delegación/etc:</b>	<b>1 Jurisdicción Sanitaria Huimanguillo</b>
<b>Unidades de Primer Nivel de Atención</b>	<b>1 Centro de Salud Villa Chontalpa</b>
	<b>2 Centro de salud Poblado C-40</b>
	<b>3 Centro de Salud Caobanal 1ª</b>
	<b>4 Centro de Salud el Desecho 1ª</b>
<b>Unidades de Segundo Nivel de Atención</b>	<b>1 Hospital General de Huimanguillo</b>
<b>Unidades de Tercer Nivel de Atención</b>	<b>1 Hospital Regional de Alta Especialidad De la Mujer</b>

### 4.- Identificación y análisis del problema:

En México, las adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva (SSyR) a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) las colocan en cierta situación de vulnerabilidad. De acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), el grupo etario de 12-19 representa el 15.6% de la población total existente. En el país, la amplia heterogeneidad en normas y oportunidades existentes ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, para este grupo poblacional.

La exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes. Como parte de los determinantes sociales, en México, a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.

También, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada. En los indicadores de salud de los adolescentes se observan las consecuencias de su insuficiencia. **“El Embarazo en el Adolescente”, es un problema de salud pública que en los últimos 10 años, ha estado condicionado por un factor común como lo es la disfunción familiar, lo que ha generado la interrupción de su preparación académica, incrementado las tasas de morbilidad materna, interrupción del embarazo, la transmisión de**

**enfermedades sexuales, el desempleo, impactando aún más en la economía familiar de la que provienen, si es que la joven es acogida en sus redes de apoyo, de lo contrario sale a la calle con subempleos mal pagados por la escases de los mismos y su falta de preparación.**

En México, existe una gran población joven, con una proporción de mujeres adolescentes, que en la actualidad ha presentado una tasa de fecundidad de 70 nacimientos por 1,000.

- 18 de cada 100 mujeres se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años.
- 2 de cada 10 adolescentes de 10 a 19 años han iniciado vida sexual.
- 1 de cada 2 adolescentes de 12 a 19 años se embarazan
- El 17% del total de nacimientos corresponde a adolescentes de 10 a 19 años.
- 4 de cada 10 embarazos del adolescentes no son planeados o deseados.
- 2 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años han estado embarazadas en mas de una ocasión.
- 1 de cada 10 muertes maternas en el país, ocurre en mujeres de 10 a 18 años.

En Tabasco (2012) residían cerca de 634 mil jóvenes de 15 a 29 años, cifra que representa 27.4% de la población total. Las adolescentes menores de 16 años tienen 4 veces más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años. Asimismo, el riesgo no sólo se expresa en la tasa de mortalidad de la joven, sino además en la tasa de mortalidad del neonato, cuyo riesgo de muerte es un 50% más que en mujeres de entre 20 y 30 años- El 16.1% de los nacimientos ocurridos en la entidad, corresponden a madres que tienen entre 15 y 19 años de edad. Las mujeres tabasqueñas para 2008, iniciaban vida sexual activa en promedio a los 17 años, mientras que en la actualidad la inician a los 13 años de edad, que aunado con la baja prevalencia de métodos anticonceptivos en adolescentes y la deficiente información en salud reproductiva, genera embarazos no planeados.

La Jurisdicción Sanitaria de Huimanguillo reportó 1180 adolescentes embarazadas en 2014, ocupando el 2º lugar a nivel estatal y para el 2015 se situó en la misma posición con 1250 adolescentes embarazadas. De las cuales refirió al Hospital de Alta Especialidad de la Mujer 1,028, lo que representa un 27.6% de población adolescente atendidas por embarazo en dicho hospital. Estación Chontalpa, tiene una población de 10-14 años de 400 y de 15 a 19 años 608, Poblado C-40, con una población de 10 a 14 años 185 y de 15 a 19 años 182, El Desecho 1ª. Cuenta con una población de 10 a 14 años 113 y de 15 a 19 126, Caobanal 1ª tiene distribuida la población de 10 a 14 años 110 y 15 a 19 años 143. Sin embargo ya se tienen reportadas para el primer trimestre del 2016, a 50 pacientes embarazadas, lo que nos representaría un incremento del 300% para el reporte del fenómeno denominado en expansión.

Sólo 32.7% de los adolescentes que usan condones señalaron que los han recibido en forma gratuita y sin acompañamiento de plática de educación. Entre las adolescentes de 15 a 19 años que son sexualmente activas, sólo el 54.6 % utiliza algún método anticonceptivo para regular su fecundidad, por lo cual 45.4% está expuesta a un embarazo y/o a una Infección de transmisión sexual. Entre las usuarias adolescentes de este grupo de edad, 39.1% usa el condón; 23.2% el dispositivo intrauterino (DIU); 10.4% los hormonales orales, 10.4% las inyecciones; 5.7% el implante subdérmico; el 7.7% métodos tradicionales y el 3.6% restante, algún otro método. Llama la atención que el 0.8% usa la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo. Las adolescentes usuarias de algún método de anticoncepción (DIU, implante subdérmico, u hormonales inyectables) obtienen el método principalmente en el sector público.

## 5.- Justificación del proyecto:

En México la fecundidad de todas las mujeres ha disminuido a lo largo del tiempo (de 3.3 hijos entre 1989-1991 a 2.2 en 2006-2008), en adolescentes esta continúa siendo elevada. La tasa de fecundidad en mujeres de 35-39 años es de 41 hijos/1,000 mujeres, mientras que entre adolescentes (15-19) esta es de 70. En 2009, los nacimientos en madres menores de 20 años representaron el 18.8%. Las adolescentes sin escolaridad muestran la tasa más alta de fecundidad (180/1,000 mujeres), en tanto que, entre las que tienen una escolaridad de secundaria o más, esta tasa es de 60/1,000 mujeres.

Se ha documentado que el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento. En estratos sociales desfavorecidos el embarazo temprano es una práctica prevalente. Esto puede deberse a que el embarazo es considerado como la única opción viable entre las posibilidades al alcance de las adolescentes, o bien a que, en contextos de precariedad socioeconómica (comunidades indígenas, rurales o marginadas), las posibilidades de libertad y desarrollo para las mujeres son restringidas.

En general, se sabe que el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es muy reducido. La ENADID (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica) 2009 muestra que solo 38% de las mujeres adolescentes usó algún método anticonceptivo y que la edad mediana para el uso del primer método en mujeres en edad fértil es de 21.7 años, mientras que la edad mediana al primer hijo nacido vivo es de 20.5 años. De acuerdo con la demanda insatisfecha de anticonceptivos (ya sea para espaciar y/o limitar la fecundidad), las adolescentes y jóvenes unidas son el grupo de mujeres más expuesto a un embarazo al no usar métodos anticonceptivos, a pesar de manifestar el deseo de no tener hijos por un tiempo o nunca más. Al respecto, en 2009 se identificó que, mientras que en las mujeres unidas de 15-49 años de edad un 9.8% no deseaba tener más hijos pero no se protegían, entre las adolescentes unidas de 15-19 años de edad, este porcentaje es del 24.6%. Esta demanda insatisfecha varía si se consideran diferentes características sociodemográficas.

La antropometría estandarizada de madres adolescentes contiene indicadores de riesgo perinatal, ciertos defectos congénitos se presentan con más frecuencia en hijos de adolescentes, los principales son gastroquisis, onfalocele, labio hendido y anencefalia; las tasas anuales del síndrome de Down se incrementan gradualmente con menor edad (el riesgo a los 15 años es similar a los 30 años). La frecuencia de preeclampsia es diferente para cada población, sin embargo en la población tabasqueña existe evidencia de la prevalencia de esta enfermedad, los programas integrales de control prenatal dirigidos a adolescentes reducen en 41% la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo. La colonización genital por clamidia en adolescentes embarazadas tiende a incrementarse en casi el doble Riesgo relativo=RR, al parecer por falta de uso del condón; si sus parejas son de edad mayor ( $\geq 2$  años) tienen más frecuencia de colonización y más probabilidad de que sus parejas tengan relaciones con otra(s) mujer(es). Esta colonización por clamidia se asocia con endometritis y fiebre neonatal, con evidencia favorable a la intervención terapéutica. En adolescentes embarazadas se registra una colonización genital por mycoplasmas del 81 al 90%; no está claro su significado clínico.

La razón de muerte materna a nivel nacional es de 34.6 % y la razón de muerte materna estatal es de 40% del año 2007 al 2015, lo que nos indica que nuestro Estado se encuentra dentro de las diez entidades del país, con mayor índice de embarazos no deseados en niñas de entre 10 a 14 años, **la situación es lamentable porque es el único que se ubica por arriba de la media nacional con el 15.5%.**

La Jurisdicción Sanitaria de Huimanguillo Las tasas de mortalidad materna tuvieron un alarmante repunte para 2014 y 2015, a pesar de contar con las unidades de salud de primero y segundo nivel, así como diversos programas prioritarios de salud encaminados a la atención de la mujer embarazada. Si bien las políticas de salud se **orientan hacia la prevención del embarazo en la adolescente**, ha resultado insuficiente una vez que ésta se embaraza, ya que existe una diferencia en el entorno biológico y social de la adolescente.

Una adolescente embarazada enfrenta serios problemas para su propio desarrollo biológico y psicoactivo, incrementando 4 veces las posibilidades de muerte en adolescentes menores de 16 años, así como hasta un 50% de muerte en el neonato, con represión en los ámbitos familiar y social, generando daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, trastornos nutricios maternos, infecciones genitourinarias, prematuridad, bajo peso al nacer y defectos congénitos, lo que la convierte en **EMBARAZADA DE ALTO RIESGO**.

Una adecuada valoración del adolescente, sus relaciones con el entorno y su condición bio-psico-social no es tarea sencilla. Requiere tiempo, formación especializada y una visión integral del adolescente y su circunstancia.

Esta realidad, demanda diseñar acciones de mejora específicas durante su control prenatal encaminado a minimizar errores por órdenes y resultados que se dan de manera verbal (**Seguridad del Paciente: Metas Internacionales modificado de Joint Commission**), implementando una estrategia que permita evidenciar la consulta y registro de indicaciones de atención multidisciplinaria, fundamentadas en las Guías de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana 047, a fortalecer los procesos de atención integral, para el mejoramiento del sistema de competencias y educación del personal, que permita rediseñar los procesos basados en las necesidades y expectativas que monitoriza el sistema unificado de gestión para la orientación de usuarios de los servicios de salud, tanto en calidad técnica como en calidad percibida, a mejorar procesos de prevención primaria y secundaria al tener disponibilidad de equipos para realizar, detección de riesgos en adolescentes con vida sexual activa y /o embarazadas, a elaborar diagnósticos oportunos, a consolidar la estrategia de educación sexual y promoción de la salud en la población adolescente, a protocolizar la referencia y la contrarreferencia oportuna de la embarazada adolescente y abastecer de equipos e insumos médicos y de diagnóstico, primordialmente antihipertensivos, anticonceptivos y reactivos de laboratorios.

**La RED de servicios mejorará el manejo integral de la adolescente embarazada**, mediante instrumentos clínicos que permitan calificar y cuantificar los riesgos maternos, perinatales e infantiles, identificar posibles causas condicionantes en el medio tabasqueño: psico-social y culturales que permitan diseñar estrategias que puedan prevenir y abatir este creciente índice de morbimortalidad, proporcionar asesoría médica y psicológica necesaria para obtener herramientas que le ayuden a proveerse de una mejor calidad de vida y que permita que el equipo de salud, tutelen los derechos en corresponsabilidad de sus progenitores y/o pareja; con la finalidad de reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal, implementar un programa de planificación familiar que evite un segundo embarazo y propicie un desarrollo infantil óptimo.

## 6.- Objetivo general:

Garantizar la atención integral en adolescentes embarazadas en una red de servicios para diagnóstico y control de factores de riesgo con el fin de disminuir la morbimortalidad del binomio.

## 7.- Objetivos específicos:

### Objetivo específico 1 (vinculado al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Implantar un protocolo de atención con enfoque de riesgo del embarazo en adolescentes con estricto apego a las guías de práctica clínica y a la NOM 047- SSA2- 2015 que disminuya los riesgos materno perinatales.

### Objetivo específico 2 (vinculado al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Fortalecer las buenas prácticas de Seguridad del Paciente en las unidades de la red para garantizar la atención integral.

**Objetivo específico 3 (vinculado al componente de *Costos Razonables*)**

Aumentar el porcentaje de adolescentes con método de planificación familiar post - evento obstétrico, para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

**Objetivo específico 4 (vinculado al componente de *Acceso Efectivo*)**

Garantizar que la red de servicios sea oportuna en la detección del embarazo en la adolescente desde el primer trimestre de gestación y control prenatal, para calificar y cuantificar los riesgos que permita decidir el nivel de atención.

**8 y 9.- Metas e Indicadores.-**

**Meta e Indicador 1 (vinculado al objetivo 1 y al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)**

<b>Meta:</b>	<b>95% de embarazadas adolescentes atendidas con estricto apego a la Guía de Práctica Clínica y a la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de adolescentes embarazadas atendidas con estricto apego a las guías de práctica clínica y Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015.			
<b>Definición:</b>	El indicador mide el porcentaje de embarazadas adolescentes atendidas con estricto apego a la Guía de Práctica Clínica y a la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015.			
<b>Método de cálculo:</b>	$\frac{\text{Número de embarazadas adolescentes atendidas con estricto apego a la Guía de Práctica Clínica y a la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015}}{\text{Total de adolescentes embarazadas atendidas en la red.}} \times 100$			
<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	7.35%			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	20%	50%	80%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Expediente clínico			

**Meta e Indicador 2 (vinculado al objetivo 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)**

<b>Meta:</b>	<b>100% de las unidades de la red con buenas practicas de Seguridad del Paciente</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de unidades de la red con buenas practicas de Seguridad del Paciente			
<b>Definición:</b>	El indicador mide el porcentaje unidades de la red con buenas practicas de Seguridad del Paciente			
<b>Método de cálculo:</b>	$\frac{\text{Número de unidades de la red con buenas practicas de Seguridad del Paciente}}{\text{Total de unidades que integran la red.}} \times 100$			

<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	30%			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Cédula para Identificar las Buenas prácticas de Seguridad del Paciente en unidades médicas.			

**Meta e Indicador 3 (vinculado al objetivo 3 y al componente de *Costos Razonables*)**

<b>Meta:</b>	<b>90% de adolescentes con metodo de planificacion familiar pos-evento obstetrico</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de adolescentes con método de planificación familiar pos-evento obstétrico			
<b>Definición:</b>	El indicador permite identificar el porcentaje de adolescentes con método de planificación familiar pos-evento obstétrico			
<b>Método de cálculo:</b>	$\frac{\text{Número de adolescentes con método de planificación familiar pos-evento obstétrico}}{\text{Total de embarazadas adolescentes atendidas en la red de servicios}} \times 100$			
<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	45%			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	20%	50%	80%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Sistema automatizado de egreso hospitalario			

**Meta e Indicador 4 (vinculado al objetivo 4 y al componente de *Acceso Efectivo*)**

<b>Meta:</b>	<b>90% de adolescentes embarazadas detectadas en el primer trimestre de gestación en base al tamizaje de riesgos que permita decidir el nivel de atención.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de adolescentes embarazadas detectadas en el primer trimestre de gestación a las que se les calificó y cuantificó factores de riesgo materno perinatal.			
<b>Definición:</b>	El indicador mide el porcentaje de adolescentes embarazadas detectadas en el primer trimestre de gestación a las cuales se les cuantificó y calificó factores de riesgos maternos perinatales.			
<b>Método de cálculo:</b>	$\frac{\text{Número de adolescentes embarazadas detectadas en el primer trimestre de gestación con factores de riesgos cuantificados}}{\text{Total de adolescentes embarazadas atendidas en la red de servicios.}} \times 100$			
<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			

<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	0			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	20%	50%	80%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Tamiz de riesgo obstétrico			

**10.-Metodología:**

Describir el funcionamiento de la Red, así como su interrelación para el logro de los objetivos y metas.

**La Jurisdicción Sanitaria de Huimanguillo** será la unidad jurídico administrativa que regule las políticas de salud en el ámbito municipal **El Centro de Salud Rural Estación Villa Chontalpa**, cuenta con 4 núcleos básicos, 1 médico responsable de la unidad, 4 médicos generales, 1 enfermera responsable del servicio, 4 enfermeras para cada núcleo básico, 1 enfermera responsable de inmunizaciones, 1 promotor de salud (OPORTUNIDADES), 1 odontólogo, 1 psicóloga, quienes laboran de lunes a viernes en el turno matutino. Para los fines de semana se cuenta con 1 médico familiar responsable de urgencias, 1 médico responsable del módulo de detección de riesgos, 1 enfermera; **El Centro de Salud C-40** formado por 2 núcleos básicos, 1 médico general responsable de la unidad, 1 médico pasante en servicio en social, 1 enfermera, 1 enfermera en servicio social, 1 odontólogo, serán los responsables de aplicar el instrumento clínico para calificar y cuantificar los riesgos materno perinatales. **El Centro de Salud Caobanal** compuesto por 1 médico, 1 enfermera, 1 odontólogo, dando servicio en el turno matutino. **El Centro de Salud El Desecho**, formado por 1 médico, 1 enfermera y 1 odontólogo. **El módulo detección de riesgos del Hospital General de Huimanguillo** con 2 médicos generales y 2 enfermeras, que cubren turno matutino y vespertino. **La Clínica del adolescente embarazada del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer** (1 ginecoobstetra, 1 nutrióloga, 1 psicóloga, 1 trabajadora social, 1 enfermera, 1 secretaria).

**El funcionamiento de la red estará dado por el tamizaje de detección de la embarazada adolescente en el 1er nivel de atención, quienes a su vez referirán al módulo mater para protocolizar la atención.**

- Formulario básico de Historia clínica completa del adolescente embarazada
- Formulario de llenado rápido para el registro de la evolución.
- Valoración psicológica y nutricional
- Valoración socioeconómica
- Evaluar esquema de vacunación
- Evaluar antecedentes de riesgo sexual
- Llenado de la cartilla del adolescente
- Solicitud de usg y estudios de laboratorio (Bh, Qs, ego, VDRL, HIV y citología)
- Integración del expediente clínico con apego a la guías de práctica clínica y a las Normas Oficiales Mexicanas 004 y 047.
- Hoja de referencia a la Clínica del adolescente del Hospital de la Mujer

En el Hospital de la Mujer la paciente ingresa con protocolo de referencia basado principalmente en la HISTORIA CLÍNICA DEL ADOLESCENTE, CARTILLA DEL ADOLESCENTE, LABORATORIO BÁSICOS INCLUYENDO VDRL Y HIV, ULTRASONIDO de 1er. Nivel y papanicolaou donde será captada por trabajo social y enviada directamente a la CLÍNICA DEL ADOLESCENTE EMBARAZADA, misma que deberá estar integrada por el gineco-obstetra, psicólogo, nutrióloga, enfermera, trabajadora social, así como de los servicios interconsultantes como sería MATERNOFETAL, medicina interna, genética, integración al grupo de adolescentes en entrenamiento de parto psicoprofiláctico, clínica de lactancia materna, planificación familiar, primordialmente, se complementarán estudios de laboratorio como cultivos vaginales, detección de otras enfermedades, a través de exámenes específicos para cada caso; así como llegar a las

metas propuestas de método de planificación familiar pos-evento obstétrico; reintegrándose a ler. Nivel de atención para vigilancia y seguimiento de haber concluido su manejo por los diferentes servicios involucrados en cada caso. En los casos específicos de menores de 15 años embarazadas, búsqueda intencionada de abuso sexual o violencia sexual, vinculando a la clínica de violencia, como a los diferentes organismos gubernamentales que tengan co-responsabilidad en ello.

- **Describir las características de la población a la que va dirigido el proyecto, es decir las características de la población beneficiada.**

Siendo las adolescentes **de 10 a 19 años** un grupo vulnerable dentro de la sociedad y específicamente en las comunidades de Estación Chontalpa, Poblado C-40, Coabanal y El Desecho de Huimanguillo, tenemos un total de adolescentes de 1867 de las cuales el **15%** se encuentra embarazada, es evidente que su condición de inmadurez biológica, les limita el área cognitiva capaz de tomar decisiones de reproducción acertada y congruente, convirtiéndolas en un blanco fácil para enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados e incluso no deseados (violencia sexual).

- **Describir el espacio geográfico o local en el que tendrá lugar el desarrollo del proyecto.**

Los municipios de Huimanguillo y Centro en el estado de Tabasco están considerados en el marco de la Cruzada Nacional contra el Hambre. La participación en el desarrollo de este proyecto lleva implícito el propósito de búsqueda de mayor eficiencia y eficacia en las tareas de salud pública, que se orienten a modificar el enfoque tradicional de beneficiarios hacia los derechohabientes sociales ya que se asume a la pobreza urbana como un reto especial en el diseño de acciones que minimicen los riesgos, puesto que la población adolescente y en pobreza constituye un problema apremiante de salud pública y no son simplemente estadísticas. La territorialidad adquiere así un sentido diferente, que haga más efectivas la participación y la inclusión social, así como las sinergias de las acciones institucionales para poder recuperar capacidades productivas asociadas al entorno.

Por lo que se incluye en la red de servicios a 4 unidades de 1er nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria de Huimanguillo: Estación Villa Chontalpa, Pob. C-40, Coabanal 1ra sección y El Desecho 1era sección; el módulo de detección de riesgo del Hospital General de Huimanguillo y la Clínica de la Adolescente Embarazada del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer.

- **Describir el período en el que se desarrollará el proyecto.**

**Febrero – Diciembre 2016**

- **Describir las herramientas de análisis, medición, validación, etc que serán utilizadas.**

La propuesta de red plantea la necesidad de auditar los procesos y resultados en cada una de sus intervenciones, Para fines de análisis medición y validación se implementa un sistema de auditoría, que identifica los resultados con respecto a la detección oportuna de la embarazada adolescente, el ingreso oportuno a la red de atención, la identificación de riesgos, el proceso de educación de salud reproductiva, el apego de la atención a las guías de práctica clínica.

1.- La detección de riesgos se realiza con una encuesta (formulario básico de historia clínica del adolescente) aplicada en las comunidades de Estación Chontalpa, C-40, Coabanal 1era. Sección y El Desecho 1era. Sección; los resultados

permiten el registro de datos demográficos de embarazadas por grupos de edad, mes de gestación y la valoración de situaciones de riesgo. Los resultados de la encuesta serán capturados en una base de datos con vinculación a paquetes estadísticos que permiten tener cuadros de salida para seguimiento de esta etapa del proyecto.

2.-Se audita el expediente clínico (cédula de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad) de la embarazadas para verificar el registro de datos con apego a la norma técnica de atención del embarazo parto y puerperio así como la guía de práctica clínica, los resultados son utilizados por el equipo de la red para reorientar las estrategias y resultados de evaluación.

3.-Para evaluar los procesos de educación de salud reproductiva se aplica una evaluación inicial antes de cada curso de capacitación así como una evaluación terminal y seguimiento de aplicación del conocimiento adquirido en la práctica profesional del trabajador capacitado (check list).

4.-La medición de la estancia hospitalaria (sistema automatizado de egresos hospitalarios) se realiza utilizando el estándar de días cama para la atención de eventos obstétricos referidos por la jurisdicción de Huimanguillo y sus respectivas unidades de primer nivel de atención.

5.-El análisis de resultados se realiza en reuniones conjuntas jurisdicción sanitaria, responsables de centros de salud rurales, responsable del módulo mater y responsable de la Clínica del adolescente, así como los administradores de cada una de las unidades participantes de la red.

6.-Se audita el cumplimiento de metas e indicadores, mediante una institución externa que emite los resultados de la auditoría con fines de avalar el nivel de cumplimiento y logro de los objetivos.

- **Describir cómo será la recolección, organización, análisis, interpretación y presentación de datos.**

- Los datos serán organizados en bitácoras de avances y supervisión
- Analizados e interpretados FODA, Ishikawa y Pareto
- Presentados en gráficas de pastel y de barra
- Se realizará informe de avances técnicos y financieros de manera trimestral

- **Describir cómo será la difusión/divulgación de resultados/logros.**

- Paneles de información de procesos de calidad para que usuarios beneficiadas y prestadores de servicios de la red, conozcan los avances y el logro de objetivos diseñados en el proyecto.
- Foros estatales y nacionales de calidad
- Lonas de publicidad en las fachadas principales de las unidades que conforman la red de servicios.
- Boletín informativo de la Dirección de Calidad de Educación en Salud









**13.- Resultados comprometidos:**

**Resultado 1 (vinculado al objetivo específico 1 y al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)**

**95% de embarazadas adolescentes atendidas con estricto apego a la Guía de Práctica Clínica y a la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2015.**

**Resultado 2 (vinculado al objetivo específico 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)**

**100% de las unidades de la red con buenas practicas de Seguridad del Paciente**

**Resultado 3 (vinculado al objetivo específico 3 y al componente de *Costos Razonables*)**

**90% de adolescentes con metodo de planificacion familiar pos-evento obstetrico**

**Resultado 4 (vinculado al objetivo específico 4 y al componente de *Acceso Efectivo*)**

**90% de adolescentes embarazadas detectadas en el primer trimestre de gestación en base al tamizaje de riesgos que permita decidir el nivel de atención.**