

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE GESTIÓN EN RED 2016

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central del proyecto relacionado con uno de los siete temas prioritarios señalados en la convocatoria, ser congruente con el objetivo general, así como describirse de forma clara y precisa. (Deberá ser idéntico al registrado en el Sistema en línea).

Plan integral de atención a las adolescentes embarazadas mediante la detección de factores de riesgo en el primer nivel de atención y la referencia oportuna al tercer nivel de atención.

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

A) TEMAS PRIORITARIOS. Deberá seleccionar el tema prioritario sobre el que trata el proyecto.

B) COMPONENTES. Posteriormente elija por lo menos un tema de cada uno de los cuatro componentes (B1, B2, B3 y B4) y describa cómo por medio de los mismos se abordará el tema prioritario, para obtener resultados de valor y contribuir a la mejora de la calidad.

C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.- Estos apartados son transversales, por lo que se consideran parte integral del proyecto.

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 componentes y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto
D) Salud en la	C) Modelo de	Gestión de Calidad	X
B4)	Organizaciones	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de JointCommission): 1.1. Identificar correctamente a los pacientes.	Durante la primera consulta de ingreso a control prenatal de la paciente adolescente embarazada, se identificarán los factores de embarazo de alto riesgo mediante una exploración física completa y elaboración de la historia clínica



			prenatal en base a la utilización de las Guías de Práctica Clínica.
		1.2. Mejorar la comunicación efectiva.	
		1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos. 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.	
		1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	
		1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. 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.	
		4.- Planes de Cuidados de Enfermería. 4.1 Clínica de heridas y ostomías.	
		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 Elaborar un plan de manejo integral en el primer nivel de atención en el cual se incluya: Información a la adolescente embarazada y a su familiar los factores de riesgo, diagnóstico y la ubicación del centro de salud del primer nivel con ginecoobstetra. Elaborar la hoja de referencia con los datos Ginecoobstetricos completos al tercer nivel (Hospital Materno Infantil) que incluya resultados de análisis de laboratorio y/o gabinete.

	B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	X Toda adolescente que refiera durante el interrogatorio, algún retraso en su fecha de última regla, se le solicitara prueba rápida de embarazo para confirmar el diagnóstico.
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	X Vigilar que la paciente adolescente embarazada acuda a sus citas de control prenatal; en caso de no acudir realizar visita domiciliaria o realizar llamada telefónica para agendar nueva cita.
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	X Enviar a toda la adolescente embarazada de alto riesgo obstétrico a la interconsulta al centro de salud del primer nivel con el servicio ginecoobstetricia para establecer el criterio de manejo en cada caso.
	B1) Acceso Efectivo	13.- Redes de Atención.	X El hospital Materno Infantil realizara la contrarreferencia y la enviara al Centro de Salud de Origen.
		14.- Red de Urgencias.	
		15.- Apoyo a la Acreditación.	
16.- Cuidados Paliativos.			

3.- Unidades que conforman la RED:

Jurisdicción/Región/Delegación/etc:	1 Jurisdicción Sanitaria No. 1/ Mérida,/Yucatán/
Unidades de Primer Nivel de Atención	1 Centro de Salud Urbano de Mérida
	2 Centro de Salud Urbano de Kanasín
	3 Centro de Salud Urbano de Umán
	4 Centro de Salud de Hunucma
Unidades de Tercer nivel de Atención	1 Hospital Materno Infantil
Unidades de Tercer Nivel de Atención	

4.- Identificación y análisis del problema:

Cifras manejadas de la ENADID 2014 (elaborada por INEGI) destaca que en el país ocurren 77 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, mientras que en la ENADID 2009 ocurrieron 70.9.

La fecundidad adolescente es un tema relevante en la agenda pública del país, ya que la maternidad a temprana edad se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantil, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres al tiempo que se producen dificultades objetivas para hacer compatible el embarazo y la crianza de los hijos con la educación y la inserción laboral

La ENADID 2009 reveló que entre las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo o una hija, el 27.4% reportó no haber planeado su embarazo y el 12.9% no haberlo deseado, lo que indica la necesidad de reforzar las acciones de información orientadas a la prevención de embarazos en adolescentes.

Por otra parte, de acuerdo con la ENSANUT 2012, del total de las adolescentes de 12 a 19 años de edad que habían tenido relaciones sexuales, el 51.9% mencionó que alguna vez en su vida ha estado embarazada.

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

En el Estado de Yucatán durante el 2015 los Servicios de Salud registraron en egresos hospitalarios según el tipo de atención de las adolescentes embarazadas en los siguientes hospitales: Hospitales General O´horan, Hospital Materno Infantil, Hospital General de Valladolid y el Hospital General de San Carlos. Se dio atención a 119 partos y abortos de adolescentes entre la edad de 10 a 14 años. En el rango de edad de 15 a 19 años lograron atender 3762 partos y 347 abortos .Tabla 1

Tabla 1

TIPO DE ATENCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LOS HOSPITALES DE SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN EN EL 2015

EDAD	ABORTO	PARTO	Total general
10		2	2
12		1	1
13	1	19	20
14	8	97	105
15	34	310	344
16	43	596	639
17	60	772	832
18	95	982	1077
19	115	1102	1217
TOTAL	356	3881	4237

FUENTE: SUBSISTEMA DE EGRESOS HOSPITALARIOS (SAEH) 2015

En el 2015 las unidades medicas participantes en el presente proyecto de Gestion en red se encuentro un elevado número de embrazo en adolescentes. El total de mujeres embarazadas de primera vez en las cuatro unidades médicas del primer nivel fue de 1541; y 76% fueron adolescentes embarazadas de 10 – 19 años de edad (1174 casos nuevos). tabla 2

Tabla 2

Unidas de Primer Nivel	N° de Embarazos Totales de 1ª Vez 2015	N° de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años en 2015
C.S. URBANO DE MERIDA	1115	844 (76%)
C.S .URBANO DE KANASÍN	390	174 (93%)
C.S.URBANO DE UMAN	272	102 (79 %)
C.S. DE HUNUCMA	210	54 (54 %)
TOTAL	1541	1174 (76 %)

Fuente: SIS-SS-CE-H 2015

Del los 1174 de adolescentes embazaradas de primera en el 2015 el 6% fueron adolescentes enbarazadas menores de 15 años y el 94 % fueron adolescentes embarazdas de 15 a 19 años de edad. Tabla 3

Durante el año del 2015 el área de responsabilidad del Centro de Salud de Mérida registro dos casos de muerte materna ambos en mujeres de 14 años con antecedentes muy parecidos. Se ignoraba que estuvieran embarazadas, acudieron al centro de salud en una sola ocasión y ambas fallecieron por hemorragia post parto.

Tabla 3

Unidas de Primer Nivel	Total de Adolescentes Embarazos de 1ª Vez 2015	N° de embarazos en adolescentes de <15 años en 2015	N° de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en 2015
C.S.URBANO DE MÉRIDA	844	53 (6%)	791 (71%)
C.S. URBANO DE KANASÍN	174	12 (7%)	162 (93%)
C.S. URBANO DE UMÁN	102	7(7%)	95 (93%)
C.S. DE HUNUCMA	54	2 (4%)	52 (93%)
TOTAL	1174	74 (6%)	1100 (94%)

Fuente: SIS-SS-CE-H 2015

5.- Justificación del proyecto

Las adolescentes embarazadas se han convertido en un problema de salud pública; debido a los factores socioculturales. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajos recursos.

El embarazo en la adolescencia disminuye la oportunidad en la mujer de su crecimiento personal y profesionales, además que por su edad no está preparada mental, física y económicamente para ser responsable de una nueva vida, durante esta etapa de la vida la mujer busca un espacio en la sociedad, por lo que en esa búsqueda es más vulnerable a eventos como la drogadicción, el alcohol, el tabaco, en ocasiones desde temprana edad sufren de violencia, por lo que es necesario prevenir el embarazo y en el caso de que ya estén embarazadas prevenir comorbilidades, invitándolas a acudir a sus consultas prenatales desde antes de la semana 12 de la gestación.

Es una causa frecuente de consulta en los centros de salud y hospitales.

El contacto sexual a temprana edad de las niñas aumenta el potencial de riesgo a quedar embarazada. Así como la falta de educación sexual y el desconocimiento de métodos de control de la natalidad.

Las adolescentes embarazadas tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Se considera que el embarazo en edades tempranas lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro del recién nacido (OMS)

Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

En los centros de salud del primer nivel de atención se pretende el ingreso en etapas tempranas del embarazo mediante una detección oportuna (prueba rápida) de la adolescente embarazada con el fin de llevar un control prenatal con el número de atenciones que le correspondan por trimestre; al igual que se mejorara la calidad de los expedientes clínicos en su uso y contenido. De igual forma para poder realizar una atención integral de una adolescente embarazada es fundamental el apego a las Guías de Práctica Clínica a fin de lograr la disminución de las complicaciones durante su embarazo.

Se elaborará un plan de seguridad para cada adolescente embarazada en el primer nivel de atención, iniciando con la educación en los cuidados del embarazo, parto y factores de riesgo. Se solicitará las citas de manera inmediata o programada a la interconsulta ginecobstetricia en las unidades médicas del primer nivel de atención con este servicio. Los ginecólogos del primer nivel estarán en comunicación directa con los médicos del primer nivel de atención para guiar las referencias en las adolescentes embarazadas de alto riesgo al tercer nivel de atención.

Se integrará la atención odontológica en las adolescentes embarazadas para prevenir las pérdidas dentales, los documentos a realizar son los siguientes historia clínica odontológica, odontograma y las notas de atención en el expediente clínico de la adolescente embarazada.

6.- Objetivo general: Describir el propósito general que se pretende alcanzar, el cual deberá estar vinculado con el tema prioritario que abordará el proyecto. Debe ser específico, medible, orientado a una acción, realista y con un tiempo limitado.

Mejorar la calidad de la atención integral de las adolescentes embarazadas mediante la detección de factores de riesgo en el primer nivel de atención y fortaleciendo la referencia oportuna al tercer nivel de atención, en el periodo del 1° de Junio del 2016 al 31 de Mayo del 2017.

7.- Objetivos específicos:

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

Identificar oportunamente los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas en el primer nivel de atención con apego a las Guías de Práctica Clínica.

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

Elaborar un plan de seguridad para la adolescente embarazada con factores de riesgo en el primer nivel de atención para garantizar su atención oportuna al tercer nivel de atención.

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

Realizar una prueba rápida a toda adolescente que refiera amenorrea o sospecha de embarazo para ingresarla oportunamente al control prenatal en el primer nivel de atención.

Garantizar que las adolescentes embarazadas reciban como mínimo 5 consultas de control prenatal en el primer nivel de atención.

Otorgar la interconsulta de Ginecobstetricia en las unidades del primer nivel que cuentan con este servicio; mediante una cita programada de las adolescentes embarazadas de alto riesgo

Objetivo específico 4 (vinculado al componente de Acceso Efectivo)

Asegurar que la contrarreferencia del tercer nivel de atención llegue a las unidades del primer nivel ya sea en forma física o por vía electrónica.

8 y 9.- Metas e Indicadores.-Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento trimestral al avance en la implementación del proyecto, conforme a lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y vinculados con los componentes seleccionados. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros.

Indicadores. Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto.

El número de metas e indicadores definidos deberán estar estrictamente vinculado con el número de objetivos específicos establecidos y los componentes seleccionados. Esta información deberá registrarse en la tabla correspondiente para cada indicador tomando como base el siguiente ejemplo:

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

Meta:	Identificar en el 100% de las adolescentes embarazadas que ingresaron al control prenatal los factores de riesgo en el primer nivel de atención.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de detecciones de factores de riesgo en adolescentes embarazadas que ingresan al control parental en el primer nivel de atención.			
Definición:	El indicador permite identificar a las adolescente embarazada con factores de riesgo al ingresar al control prenatal en el primer nivel de atención			
Método de cálculo:	No. de adolescentes embarazadas que le realizaron la detección de los factores de riesgo obstétrico/ total de adolescentes embarazadas que ingresaron a control prenatal X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100
Medios de verificación.	Hoja de riesgo obstétrico			



	Expediente clínico
--	--------------------

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

Meta:	Elaborar un plan de seguridad al 100% de las adolescentes embarazadas con factores de riesgo en el primer nivel de atención.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de planes realizados en las adolescentes embarazadas con factores de riesgo en el primer nivel de atención			
Definición:	El indicador permite identificar los planes de seguridad realizados a las adolescente embarazada con factores de riesgo en el primer nivel de atención			
Método de cálculo:	No. Planeas de seguridad realizados en las adolescentes embarazadas con factores de riesgo/ Total de adolescente embarazada con factores de riesgo en el primer nivel de atención X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	50	100
Medios de verificación.	Expediente clínico			

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

Meta:	Realizar al 100% de adolescentes que refieran amenorrea y/o sospecha de embarazo una prueba rápida para confirmar el embarazo en el primer nivel de atención.
Indicador	
Nombre:	Porcentaje de pruebas rápidas de embarazo realizadas en las adolescentes que refirieron amenorrea y/o sospecha de embarazo en el nivel primer de atención.
Definición:	El indicador permite medir el número de pruebas rápidas realizadas a las adolescentes que refirieron amenorrea y/o sospecha de embarazo en el primer nivel de atención.

Método de cálculo:	No. De pruebas rápidas realizadas a las adolescentes que refirieron amenorrea y/o sospecha de embarazo / Total de adolescentes que refirieron amenorrea y/o sospecha de embarazo X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta con ella			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100
Medios de verificación.	Expediente clínico			

Meta:	Otomar al 100% de las adolescentes embarazadas mínimo 5 consultas de control prenatal en el primer nivel de atención.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de adolescentes embarazadas con 5 consultas como mínimo durante el control prenatal en el nivel primer de atención.			
Definición:	El indicador permite identificar el número de adolescentes embarazadas con 5 consultas como mínimo en el control prenatal del primer nivel de atención.			
Método de cálculo:	No. De adolescentes embarazadas con 5 o más durante el control prenatal/Total de adolescentes embarazadas de 1a. Vez y subsecuentes en el año x 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta con ella			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100%
Medios de verificación.	Expediente clínico			

Meta:	Dar atención al 100% de las interconsultas programadas por citas, a las adolescentes embarazadas de alto riesgo en el primer nivel de atención			
Indicador				

Nombre:	Porcentaje de interconsultas de ginecología y obstetricia atendidas en las adolescentes embarazadas de alto riesgo que fueron programadas en el primer nivel de atención.			
Definición:	El indicador permite medir el número de interconsultas de ginecología y obstetricia que fueron atendidas en el primer nivel de atención.			
Método de cálculo:	No. De interconsultas de ginecología y obstetricia realizadas/no. De interconsultas de ginecología y obstetricia programadas X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta con ella			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100
Medios de verificación.	Expediente clínico			

Meta:	Que el 80% de las adolescentes embarazadas con alto riesgo obstétrico que acuden oportunamente al control prenatal sea referido con los diagnósticos de riesgo obstétrico y/o emergencia obstétrica inmediatamente al tercer nivel de atención.			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de referencias realizadas en las adolescentes embarazadas de alto riesgo obstétrico y/o emergencia obstétrica en el primer nivel de atención.			
Definición:	El indicador permite medir de referencias que se realizaron en las adolescentes embarazadas de alto riesgo obstétrico y/o emergencia obstétrica en el primer nivel de atención			
Método de cálculo:	No. De referencias realizadas a las adolescentes embarazadas con alto riesgo obstétrico y/o emergencia obstétrica/ total de adolescente embarazadas atendidas por riesgo obstétrico y/ emergencia obstétrica en el primer nivel de atención X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:				
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100%
Medios de verificación.	Expediente clínico Concentrado de referencia y contrareferencias			



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

Meta:	El 100 % de las contrareferencias sean por vía física o electrónica			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de seguimiento de las adolescentes embarazadas de alto riesgo atendida en el tercer nivel de atención			
Definición:	Permite medir el porcentaje de seguimiento de las adolescentes embarazadas de alto riesgo obstétrico atendida en el tercer nivel de atención			
Método de cálculo:	No. De contrareferencias realizadas de las adolescentes embarazadas de alto riesgo/no. De referencias recibidas de las adolescente embarazada de alto riesgo obstétrico del primer nivel X 100			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	No se cuenta con ella			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25	50%	75	100%
Medios de verificación.	Registro de referencia y contrareferencias			

10.-Metodología: Se describirá de manera precisa ordenada sistemática y coherente la intervención a realizar; para el proceso metodológico deberá considerar en la descripción la siguiente información:

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

Las adolescentes que acudan a los centros de salud de la red del primer nivel de atención con amenorrea o sospecha de embarazo, se le realizaran inmediatamente una prueba rápida para descartar o confirmar el diagnóstico de embarazo.

Todo embarazo confirmado o embarazo sin control ingresará a control prenatal elaborándose la historia clínica, las acciones de línea de vida, solicitud a de estudios de laboratorio y gabinete. Utilizará las herramientas establecidas en el control prenatal (historia obstétrica, calendario obstétrico y la tarjeta de control prenatal) con apego a las Guías de Práctica Clínica a fin de lograr la disminución de las complicaciones durante su embarazo.

Se otorgará como mínimo 5 consultas de control prenatal en el primer nivel de atención.

Todas adolescentes embarazadas tendrán interconsultas en las siguientes disciplinas nutrición, odontología, psicología y vacunación en el primer nivel de atención de la red.

La atención odontológica realizara historia clínica odontológica, odontograma y las notas de atención en el expediente clínico de la adolescente embarazada.

Se elaborará un plan de seguridad en cada adolescente embarazada en el primer nivel de atención, iniciando con la educación en los cuidados del embarazo, parto y factores de riesgo.

Se solicitará las citas de manera inmediata o programada a la interconsulta de ginecobstetricia en las unidades médicas del primer nivel de atención con este servicio. (Centro de salud de Kanasín y centro de salud de Umán) como valoración de embarazo de alto riesgo.

Los ginecólogos del primer nivel estarán en comunicación directa con los médicos del primer nivel de atención para guiar las referencias en las adolescentes embarazadas de alto riesgo al tercer nivel de atención según el caso.

Se otorgará un mapa en físico con la descripción de la ruta desde la unidad médica del primer nivel que tiene el control prenatal hasta la unidad médica con la interconsulta de ginecoobstetricia del primer nivel de atención o al tercer nivel de atención junto con su referencia.

El servicio de Ginecoobstetricia del primer nivel de atención elaborara la referencia al hospital materno infantil de todas las adolescentes embarazada conforme a la normatividad.

El Hospital Materno Infantil realizará un curso a los ginecólogos y médicos generales del primer nivel de atención. Con apego a las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Prácticas Clínicas de embarazo en adolescentes, factores de riesgos.

El Hospital Materno Infantil emitirá la contrarreferencia por vía física y/o electrónica de todas las pacientes para continuar el manejo en las unidades médicas del primer nivel de atención.

La unidad médica del primer nivel de atención que reciba la contrarreferencia deberá de imprimir la hoja electrónica e ingresarla al expediente clínico.

En caso de que la adolescente embarazada presente situaciones de emergencia obstétrica la ruta de envío será el hospital general.

Se formara un chat (por telefonía personal) con los siguientes integrantes: directores, gestores de calidad y ginecólogos de las unidades médicas del primer nivel, la directora del hospital materno infantil y su gestora de calidad; la coordinadora de planeación y gestión de la calidad jurisdiccional y la responsable de salud reproductiva jurisdiccional. Para estar comunicados con la red.

El responsable del programa de Salud reproductiva jurisdiccional dara el soporte normativo del programa en la atención del embarazo en las adolescentes, así como el apego a las guías de prácticas clínicas.

La Coordinación de Planeación y Gestión de la Calidad realizará la vigilancia de las unidades médicas de la red, con los Gestores de Calidad con apego al MECIC instrumento evaluador de los expedientes clínicos, los reportes del INDICAS, la calidad en las notas médicas, el análisis de los procesos y el análisis de los resultados.

Participara en la elaboración del plan de seguridad de las adolescentes embarazadas.

La red se reunirá trimestralmente para el análisis y evaluación del proyecto y establecer los planes de mejora.

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

Se incluirán adolescentes que se encuentren dentro del rango etareo de 10 a 19 años, que acudan a solicitar consulta medica a las unidades de primer nivel del presente proyecto en red, que refieran amenorrea, sospecha de embrazo y con embarazo sin control prenatal .

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

Del estado de Yucatan participaran los municipios Mérida, Umán y Kanasin que corresponden a centros de Salud Urbanos, y el Municipio de Hunucma de correspondencia rural. El Hospital Materno Infantil ubicado en el centro del municipio de Merida, sera la unidad de referencia, localizado a 10 minutos del Centro de Salud de Merida, a 45 minutos del Centro de Salud de Uman, a 30 minutos del Centro de Salud de Kanasín y a 90 minutos del Centro de Salud de Hunucma aproximadamente. Asi mismo participara la jurisdiccion sanitaria N°1 como apoyo normativo, vigilancia, supervision y evaluacion del plan de seguridad de la adolescente embarazada con la participacion del programa de salud materno perinatal y Calidad.

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

El presente proyecto sera realizado durante el periodo Junio 2016 a Mayo 2017

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

Hoja diaria medica, expediente clínico, SIS-SS-CE-H (informe mensual de actividades realizadas en la unidad medica), SUISSY (Sistema Unico de Informacion de los Servicios de Salud de Yucatan), Bítacora del surtimiento de pruebas rapidas de embarazo; MECIC, INDICAS, calendario obstetrico, control de referencia y contrareferencia.

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

El gestor de calidad de cada unidad realizara la evaluacion de los expedientes mediante el MECIC (Modelo del Expediente Clinico Integrado y de Calidad) y mediante el INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud). El analisis, interpretacion y presentacion de datos sera mediante graficos de barra, graficas en pastel y tablas de excel.



Coordinación de planeación y gestión de la calidad de la jurisdicción no. 1 emitirá los análisis de los resultados a todos los niveles.

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

Cada unidad médica incluida en el presente proyecto hará una presentación en Power Point dirigido a todo el personal de salud para dar a conocer los resultados de forma trimestral. De igual forma serán difundidos los resultados mediante el mural de calidad.

La Coordinación de Planeación y gestión de la calidad de la jurisdicción no. 1 realizará el envío de la información a las unidades médicas del primer y tercer nivel de atención nivel jurisdiccional y estatal.

13.-Resultados comprometidos: Deberán ser logros concretos, observables, evaluables y medibles, con los que se demuestre que se han alcanzado los objetivos definidos en el proyecto.

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

Se esperan 1100 o más expedientes clínicos integrales de las adolescentes embarazadas, y todas estarán registradas en el calendario obstétrico de riesgo (para poder medir y conocer los factores de riesgo específicos por cada adolescente).

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

La 1200 o más adolescente embarazada y su familia recibirá un plan de seguridad, que le permitiera identificar los signos de alarma del embarazo en su domicilio para que acudan inmediatamente a su clínica del primer nivel de atención (llamar al número de su unidad médica inmediatamente). El primer nivel dará la atención médica con la detección de factores de riesgo y establecerá la interconsulta al ginecoobstetra, a las disciplinas como nutrición, psicología, salud bucal, promoción de la salud, trabajo social, vacunación, laboratorios, entre otros, así como rutas de acceso al tercer nivel en caso de ameritarlo.

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

En la hoja diaria de enfermería se realizarán los registros de las pruebas rápidas realizadas a adolescentes con sospecha de embarazo o amenorrea.
En el expediente clínico se hará el registro de los resultados de las pruebas rápidas sean positivas o negativas.
En el expediente clínico, en el carnet perinatal y la historia perinatal se tendrá el registro de atenciones obstétricas realizadas en el primer nivel de atención.
Se vigilará en sus consultas subsecuentes que deberán ser como mínimo 5 en el primer nivel de atención.
Al 100% de las adolescentes embarazadas a las que se le identificaron factores de riesgo, inmediatamente serán enviadas a la interconsulta del ginecoobstetra para disminuir la probabilidad de mayores complicaciones y comorbilidades en el embarazo.

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

Las unidades médicas del primer nivel llevarán una bitácora de referencia y contrarreferencia. La cual permitirá identificar oportunamente a las adolescentes que no han tenido su contrarreferencia del tercer nivel de atención.
Los gestores de calidad de la red estarán en contacto continuo por vía electrónica para mantener actualizada las bitácoras de referencia y contrarreferencia de las unidades médicas.
La hoja de referencia y contrarreferencia estará integrada en el expediente clínico.