

**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:**

**Atención integral y oportuna a pacientes con Infarto agudo de Miocardio en una red de servicios de atención médica en el Estado de Tabasco.**

**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.		
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.		X
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): 1.1. Identificar correctamente a los pacientes.	
	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.	X
	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.	

	<b>B3) Experiencia Satisfactoria</b>	5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	
		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
	<b>B2) Costos Razonables</b>	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	X
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	X
	<b>B1) Acceso Efectivo</b>	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 de Centro</b>	<b>TCSSA016441</b>
<b>Unidades de Primer Nivel de Atención</b>	<b>1 Centro de Salud Urbano de Cárdenas</b>	<b>TCSSA000335</b>
	<b>2 Centro de Salud Urbano de Comalcalco</b>	<b>TCSSA001706</b>
	<b>3 Centro de Salud Urbano de Cunduacán</b>	<b>TCSSA002061</b>
	<b>4 Centro de Salud Urbano Maximiliano Dorantes</b>	<b>TCSSA001245</b>
<b>Unidades de Segundo Nivel de Atención</b>	<b>1 Hospital General de Cunduacán</b>	<b>TCSSA002003</b>
	<b>2 HRAE Dr. Juan Graham Casusus</b>	<b>TCSSA001064</b>

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

A nivel mundial, el infarto agudo del miocardio (IAM) es la principal causa de muerte. Para el año 2012, 7.4 millones de muertes fueron atribuidas a IAM representando el 13.2% de todas las muertes. <sup>1</sup>En México, en el año 2013 la enfermedad isquémica del corazón representó la primera causa de muerte, y en el estado de Tabasco de igual forma, con 1249 muertes en ese año. <sup>2</sup>

Tanto la Angioplastia coronaria percutánea primaria (ACTP) y la terapia fibrinolítica (TF) son los tratamientos reconocidos para el IAM con elevación del segmento ST (IMCEST), y sus beneficios son maximizados cuando el tratamiento ocurre de manera temprana. <sup>3,4</sup>

En los registros mundiales de IMCEST una proporción importante de pacientes no recibe el tratamiento con ACTP (68%) o TF (54%) dentro de los tiempos recomendados por las guías (90 minutos después del arribo a urgencias para ACTP y 30 minutos para fibrinólisis). <sup>3</sup> En Estados Unidos, aproximadamente el 30% de los pacientes con IMCEST no reciben ninguna terapia de reperfusión a pesar de su accesibilidad y la ausencia de contraindicaciones para su uso. Para el año 2005, se publicaron los resultados del Registro Mexicano de síndromes coronarios agudos (RENASICA II), encontrando que, de los pacientes con IMCEST, solo el 37% recibieron TF, y se llevó a cabo ACTP (primaria o facilitada) en el 15% de los pacientes. <sup>6</sup> Estos datos nos hablan acerca de un gran retraso en los tiempos de atención prehospitalaria en población mexicana.

Las causas de retraso prehospitalario son las principales causas en el retraso para un inicio de la terapia de reperfusión. Se dividen en dos grupos: Tiempo del inicio de la sintomatología hasta la decisión del paciente de llegar a un hospital y el tiempo de decidir buscar atención médica y la llegada al hospital. Es estas, la primera es la causa

principal de retraso. El primer contacto médico (PCM) es el punto en que el paciente es inicialmente atendido por un paramédico, médico u otro personal de la salud en un medio prehospitario, o, cuando el paciente llega a el departamento de emergencias médicas por su cuenta. Con lo anterior, podemos definir tres causas de retraso en el inicio de terapia de reperfusión en pacientes con IMCEST: 1) Retraso del paciente: es el retraso entre el inicio del síntoma y el primer contacto médico (PCM). 2) Retraso entre el PCM y el diagnóstico: 3) Retraso entre el PCM y la terapia de reperfusión.

Un estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” en pacientes con infarto de miocardio que ingresaron al hospital en un periodo de 2012 a 2015 evaluó los factores relacionados con retraso en la atención médica. Este estudio identificó que el retraso en la atención del infarto es un factor importante de morbilidad y mortalidad, el arribo al hospital en forma espontánea se da en un 28 %, traslado de otro hospital 70%, referido por médico privado 17 %, datos obtenidos en un estudio realizado en el hospital en el 2014. El mayor porcentaje de pacientes (33%) es referido de Hospitales Generales localizados en la región de la Chontalpa (Cárdenas, Cunduacán, Comalcalco, Huimanguillo y Paraíso). En ese mismo trabajo se plasman los factores de riesgo encontrados los cuales fueron: Tabaquismo 40.6 %, Diabetes Mellitus 60 %, Hipertensión arterial 76 %, Dislipidemias 52%. Con respecto al peso los pacientes presentaban los siguientes grados: Total de sobrepeso 50.4%, Obesidad grado I 24 %, Obesidad grado II 24.4 %, Obesidad grado III 0.8%.

El 63 % de los pacientes no recibieron terapia de reperfusión por haber llegado fuera de tiempo, el retraso en la atención médica es el principal factor y esto se refleja en las tasas de mortalidad. Las causas que originaron el retraso de los pacientes fueron: falta de importancia de los síntomas en 33%, desconocimiento de los síntomas en 22% y retraso por cuestiones médicas (falta de insumos o diagnósticos incorrectos) en 21%, entre otras causas.

Los retrasos en el tratamiento son los índices medibles de más disponibilidad para la medición de la calidad del cuidado en IMCEST; deberían ser registrados en todos los servicios hospitalarios que reciben pacientes con IMCEST y ser monitorizados regularmente, para asegurar que este simple indicador de calidad sea verificado y mantenido durante el tiempo.<sup>7</sup>

**5.- Justificación del proyecto:** Describir por qué se considera oportuno, necesario ó indispensable la realización del proyecto y su factibilidad. Argumentar cómo con su realización se atenderá el problema planteado, cuál será su contribución y a quiénes se pretende beneficiar con su desarrollo.

La enfermedad arterial coronaria y el infarto agudo de miocardio son la principal causa de muerte a nivel mundial y en nuestro medio. En pacientes con IMCEST, restaurar el flujo de la arteria afectada dentro de las primeras 6 horas de inicio de sintomatología, puede disminuir el tamaño del infarto y mejorar el pronóstico de vida de los pacientes. Sin embargo, después de 6 horas, la cantidad de miocardio salvable es pequeña. Durante este periodo, el paciente se encuentra en alto riesgo de presentar muerte súbita.<sup>7 8</sup> Los registros nacionales en México, muestran que existe un gran retraso en los tiempos de atención prehospitaria y hospitalaria en nuestra población. Las guías actuales para el tratamiento del infarto agudo de miocardio recomiendan la terapia de reperfusión en las primeras 12 horas de evolución del infarto. El método ideal es la utilización de Angioplastia primaria en los centros con capacidad para realizar este procedimiento. En los centros que no cuenten con opción de angioplastia, la fibrinólisis temprana es la mejor alternativa terapéutica. En Tabasco, el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús es el único hospital de la secretaria de salud que cuenta con infraestructura y personal médico y paramédico capacitado para la atención del infarto agudo de miocardio. Esto obliga a los hospitales generales a derivar o referir a todos los pacientes con este diagnostico. Lo anterior precisa un retardo en la atención médica de los pacientes de los diferentes municipios y regiones del estado. Este programa permitiría disminuir tiempo de llegada a urgencias y el inicio temprano de la terapeutica médica.

En el año 2010 se publicó el estudio GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) el cual tenía como objetivo identificar el periodo de retraso desde la hospitalización hasta la terapia fibrinolítica, encontrando como los predictores de retraso más importantes la localización geográfica y la transferencia del paciente de un servicio de primer contacto a una unidad con capacidad para realizar terapia de reperfusión. Los individuos más viejos y las mujeres fue menos probable que fueran tratadas dentro de los tiempos recomendados que lo que fueron los pacientes jóvenes y hombres. Los pacientes con un TDP más prolongado tienden a ser de mayor edad, mujeres (Las mujeres tienen menos síntomas típicos de IAM que los hombres, con historia de falla cardíaca y con diabetes mellitus. Así como a presentar síntomas atípicos 4 y carecer de una cobertura adecuada de seguro de enfermedad. El dolor torácico intermitente ha sido asociado con aumento del tiempo a tratamiento. Se ha descrito que el inicio de la sintomatología al anochecer y en las primeras horas de la madrugada, el riesgo de retraso es mayor.

En los pacientes que presentan dolor precordial agudo y que no llaman al servicio de ambulancias tienen más probabilidades de tener un retraso en la terapia de reperfusión, resultando en mayor mortalidad. . Sólo entre el 25% y 42% de los sujetos con IMCEST realizan una llamada a los servicios médicos de emergencia (SME) dentro de la primera hora de la sintomatología. El SME es el modo preferido de cuidados iniciales para pacientes con IMCEST. En algunos estudios se ha relacionado que la pobreza es un factor de riesgo para el retraso en la atención médica. Pacientes con niveles elevados de educación, con historia familiar de enfermedad coronaria tienen menos retraso para llegar al hospital. La experiencia y la interpretación de los síntomas es una fuente importante de retraso para búsqueda de ayuda después del inicio de síntomas de IM. Las razones de un TDP prolongado son, entre otras, la creencia de que los síntomas son de una gravedad insuficiente o podrían ser transitorios, que los síntomas son causados por otra enfermedad o la percepción de una discrepancia entre los síntomas esperados y los experimentados. Desde la perspectiva del paciente, el retraso entre el inicio de los síntomas y la provisión de la terapia de reperfusión, es posiblemente el más importante, dado que refleja el tiempo de isquemia total. Debe ser reducido lo más posible. Dentro de los elementos involucrados en el retraso de los pacientes radica en el manejo seguro de los medicamentos fibrinolíticos ya que existe riesgo de presentar hemorragias en un porcentaje de los pacientes, lo que exige que los recursos humanos tengan una adecuada capacitación para la ministración del mismo.

En el primer nivel de atención no se cuenta con la infraestructura mínima necesaria para la atención oportuna de pacientes con síntomas de infarto. Además, el médico de primer contacto carece de conocimientos para diagnóstico preciso, inicio de tratamiento y derivación del paciente.

Esto muestra la necesidad, prácticamente urgente, de iniciar un programa de atención temprana con REDES de atención y capacitación en los sitios de recepción primaria de pacientes.

## 6.- Objetivo general:

**Garantizar el manejo y tratamiento fibrinolítico en los primeros 90 minutos de atención en pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio a través de una red de servicios, para evitar complicaciones y/o muerte.**

## 7.- Objetivos específicos:

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

**Proporcionar capacitación farmacológica en el manejo seguro de los medicamentos fibrinolíticos al personal médico y paramédico que interviene en la atención del infarto de miocardio en unidades de primer nivel de atención.**

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

**Estandarizar los criterios de atención integral para el manejo y referencia oportuna en el primer nivel de atención que mejore la calidad y seguridad del paciente con infarto agudo de miocardio.**

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

**Favorecer el diagnóstico oportuno de pacientes con dolor torácico agudo mediante la toma del electrocardiograma y valoración médica para reducir los tiempos entre el inicio de los síntomas, diagnóstico apropiado y la referencia oportuna.**

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

**Establecer una red de servicios médicos para la atención de pacientes con signos y síntomas de infarto agudo de miocardio, detectados en el primer nivel de atención y la referencia oportuna a segundo nivel para la administración específica de tratamiento fibrinolítico.**

**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>85 % de personal médico y paramédico capacitado en el manejo farmacológico de la terapia fibrinolítica.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de personal médico de primer nivel que maneja de forma segura los medicamentos fibrinolíticos			
<b>Definición:</b>	Este indicador mide el porcentaje de conocimiento con respecto al manejo seguro de los medicamentos fibrinolíticos en atención del infarto agudo de miocardio tanto en personal médico como paramédico.			
<b>Método de cálculo:</b>	Número de personal capacitado en el manejo seguro de medicamentos fibrinolíticos/ Total del personal involucrado en la atención del infarto agudo de miocardio.			
<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	10%			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	30%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Cronograma de capacitación. Lista de asistencia, evaluaciones pre y post capacitación.			

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

<b>Meta:</b>	<b>90% de pacientes con criterios de atención integral para el manejo y referencia oportuna en el primer nivel de atención que mejore la calidad y seguridad del paciente con infarto agudo de miocardio.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de pacientes con criterios de atención integral para el manejo y referencia oportuna en el primer nivel de atención que mejore la calidad y seguridad del paciente con infarto agudo de miocardio.			
<b>Definición:</b>	Este indicador mide el porcentaje de pacientes criterios de atención integral para el manejo y referencia oportuna en el primer nivel de atención que mejore la calidad y seguridad del paciente con infarto agudo de miocardio.			
<b>Método de cálculo:</b>	Número de pacientes con criterios de atención integral para el manejo y referencia oportuna en el primer nivel de atención que mejore la calidad y seguridad del paciente con infarto agudo de miocardio/Total de pacientes referidos			
<b>Unidad de medida:</b>	porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	33 %			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	30 %	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Expediente clínico, hoja de recolección de datos, hoja de referencia y contrareferencia			

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

<b>Meta:</b>	<b>90% de pacientes con dolor torácico agudo será diagnosticado oportunamente con electrocardiograma.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de pacientes con dolor torácico agudo que se les realiza diagnóstico en base al resultado electrocardiográfico.			
<b>Definición:</b>	Representa el porcentaje de pacientes que reciben diagnóstico en base a las alteraciones en el trazo electrocardiográfico.			
<b>Método de cálculo:</b>	Número de pacientes con dolor torácico reciben diagnóstico oportuno / Total de pacientes con dolor torácico atendidos.			
<b>Unidad de medida:</b>	Porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	17%			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Hoja de recolección de datos, expediente clínico, estudios de gabinete.			

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

<b>Meta:</b>	<b>90% de pacientes atendidos en la red con signos y síntomas de infarto agudo de miocardio recibirán con terapia fibrinolítica durante los primeros 90 minutos.</b>			
<b>Indicador</b>				
<b>Nombre:</b>	Porcentaje de pacientes a los que se les realiza terapia fibrinolítica en los primeros 90 minutos de atención en la red.			
<b>Definición:</b>	Este indicador mide el porcentaje de pacientes a los que se les aplica terapia fibrinolítica durante los primeros 90 minutos			
<b>Método de cálculo:</b>	Este indicador mide el porcentaje de pacientes con terapia fibrinolítica atendidos durante los 90 minutos desde la llegada al servicio médico y la administración del tratamiento de reperfusión (fibrinólisis)			
<b>Unidad de medida:</b>	porcentaje			
<b>Sentido:</b>	Ascendente			
<b>Frecuencia de medición:</b>	Trimestral			
<b>Línea base:</b>	17 %			
<b>Meta</b>	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	25%	50%	75%	100%
<b>Medios de verificación.</b>	Expediente clínico, hoja de referencia, check list de cirugía			

**10.-Metodología:**

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

El proyecto inicia con el censo y capacitación del personal médico y paramédico de todas y cada una de las Unidades de atención primaria, hospitales generales y de tercer nivel incluidos en el proyecto. Se verificara que cada unidad médica cuente con equipamiento e insumos minimos necesarios para la atención primaria de pacientes con infarto: electrocardiografo de 12 derivaciones, monitor para vigilancia continua de signos vitales, carro de reanimación con desfibrilador. Cada centro debe registrar de forma manual o electronica la llegada de pacientes (fecha, hora, minuto) y registro de la toma de ECG. En el caso de confirmarse la sospecha de infarto de miocardio agudo se procederá a la terapia trombolítica para lo cual se debe contrar con fibrinoliticos (alteplase o tenecteplase) y el material para su administración (equipo de venoclisis, bomba de infusión y equipo básico de curación). Además de la terapia fibrinolítica, todos los pacientes deberán recibir tratamiento estandar para infarto (aspirina, clopidogrel, heparina, enoxaparina, estatinas, betabloqueador, etc.) Contar con un medio de transmisión de imágenes (whattsap) de ECG podrá ser enviado al hospital de alta especialidad para la evaluación por parte de especialista (Cardiologo, urgenciologo, etc). La red estará perfectamente equipada y los recursos humanos capacitados para la deteccion de signos y síntomas en dolor toracico, manejo seguro de los medicamentos fibrinoliticos, guias de atencion medico terapeuticas y criterios para la referencia oportuna a la alta especialidad.

La coordinacion entre las 7 unidades de atencion (primaria, generales y de Alta Especialidad) para la atención oportuna del infarto permitirá mediante la toma del electrocardiograma en situ, la evaluación del mismo por red de internet, telefonia u otro metodo a distancia, con el fin de identificar infarto agudo de miocardio e iniciar la terapia trombolitica en el menor tiempo posible o derivar al paciente para ACTP.

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

Este proyecto tiene la finalidad de beneficiar a tres poblaciones de la región de la Chontalpa con aproximadamente 435,200 habitantes, de los cuales, el 37.41 % se encuentra entre los 35 y 60 años de edad, con altos factores de riesgo por los estilos de vida para presentar infarto agudo del miocardio.

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

Se ha tomado una población representativa de la región de la Chontalpa, que incluye cuatro centros de primer nivel y dos de segundo nivel de los municipios de Cardenas, Cunduacan, Comalcalco y Centro, los cuales se sitúan dentro de los de mayor densidad poblacional y dedicados a las actividades económicas como la ganadería, agricultura y comercio lo que predispone al sedentarismo, sobrepeso y obesidad en el 70 % de la población.

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

Febrero a Diciembre 2016

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

Las herramientas utilizadas para la recolección de datos serán el sistema de registro RENASICA a los cuales se agregaron variables de interés en cuanto a retraso en la atención médica. La información vertida podrá ser corroborada en el expediente clínico y registro de cada centro.

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

Habrá un responsable por cada centro. Esta persona será la encargada de llenar correctamente todos los datos de cada paciente con diagnóstico de infarto de miocardio. Todos los datos serán monitorizados por personal responsable y se centrarán los datos de una base de datos general para su análisis descriptivo y estadístico.

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

Los resultados podrán ser difundidos:  
Revista de difusión médica y científica.  
Boletín de la Dirección de Calidad y Educación en Salud.  
Paneles de información de calidad de las Unidades que integran la red  
Página web oficial de la Secretaría de Salud.  
Tripticos.







**12.- Cronograma Financiero:** Deberá mostrar la calendarización en orden cronológico y secuencial del ejercicio del recurso.

NO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	U.M.	CANTIDAD	AÑO	2016																	
					MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC						
					SEMANA																		
1	Equipamiento de unidades de la red	Hospital de alta especialidad			*P																		
					*R																		
2	Abastecimiento de insumos	Hospital de alta especialidad			*P																		
					*R																		
3	Auditoria externa	Equipo evaluador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco			*P																		
					*R																		

\*P = Programado

\*R = Reportado

**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*)**

**85% del personal médico y paramédico de las Unidades de la red Capacitados en el manejo seguro de los medicamentos fibrinolíticos y en el manejo y control del paciente con infarto agudo de miocardio.**

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

**El 90 % de los pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en la red, en base a los criterios para el manejo y referencia oportuna.**

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

**Se realiza Diagnóstico oportuno, en base a las alteraciones en el trazo electrocardiográfico al 90% de los pacientes que acuden a los servicios de la red con dolor toracico agudo.**

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

**El 90% de pacientes reciben terapia fibrinolítica durante los primeros 90 minutos de atención en la red de servicios.**