

DEPENDENCIA	Dirección General De Programa Integrado De Salud (DGPRIS) - SiProSa	
PROGRAMA	RED DE INFARTO MEDIANTE LA COORDINACIÓN CON DISPOSITIVOS MÓVILES (mHealth) PARA EL DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y MANEJO ADECUADO DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. SIPROSA - PROVINCIA DE TUCUMÁN	
RESPONSABLE	Dr. LlempénIbañez Eduardo Esteban	
FECHA		
Lineamientos Estratégicos	Antecedentes Y Justificación	<p>Los Síndromes coronarios agudos son una patología prevalente que supone una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo.</p> <p>En nuestro país no disponemos de registros que nos permitan “inferir” cuántos infartos agudos de miocardio (IAM) se internan anualmente. Si existen estudios en distintas localidades que permiten realizar “estimaciones”. Un estudio de once años de trabajo realizado en la localidad de Coronel Suarez en la Provincia de Buenos Aires permitió estimar una incidencia anual de 9 IAM/ 10.000 habitantes, y con 9% de mortalidad hospitalaria. En el 2017 se publicó el estudio REGIBAR realizado en Ciudad de San Carlos de Bariloche que registro IAM fatales y no fatales hospitalarios y pre hospitalarios, mostrándonos otras estadísticas con una incidencia anual 128 IAM/ 100.000 habitantes, más del 40% de los casos no llegaron a ingresar a un centro de salud, elevando la mortalidad global por IAM a 46.2%, de los cuales el 91% pertenecían a casos no hospitalizados.</p> <p>En una tarea conjunta entre la Sociedad Argentina de Cardiología, la Federación Argentina de Cardiología y el Ministerio de Salud de la Nación, se crea el Registro Nacional Permanente de Enfermedades Cardiovasculares para el Monitoreo de Políticas Públicas comenzando por el Estudio del Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (ARGEN-IAM-ST) que se orienta a estimar el número de infartos y las características globales de su atención. En el año 2016 se publican resultados de este registro mostrando que un 20% de total de IAM captados por el sistema de</p>

<p>Lineamientos Estratégicos</p>	<p>Antecedentes Y Justificación</p>	<p>salud no recibe ningún tipo de terapia de reperfusión. Menos de la mitad de las angioplastias primarias se realizan en tiempos adecuados, y solo el 25% de las trombolisis se realizan en tiempos menores a los 30 minutos.</p> <p>En el año 2019 se publican resultados de registro de grupo StentSave a Life Argentina, mostrando que la mortalidad es menor cuanto más rápido se actúa en recanalizar la arteria culpable del infarto, siendo de 3.7% cuando se realiza angioplastia primaria durante las tres (3) primeras horas de inicio de síntomas, y mayor al 20% de mortalidad si no recibe ningún tipo de terapia de reperfusión. Un dato importante de este registro es la mortalidad similar de 3.3% en la estrategia fármaco-invasiva con respecto a la angioplastia primaria.</p> <p>En Tucumán, según datos de la Dirección de Epidemiología del SIPROSA, en el año 2016 el porcentaje de mortalidad de causa cardiovascular fue del 23.14%, y dentro de ellas el 21.9% debido a cardiopatía isquémica.</p> <p>Las guías 2013 del American College of Cardiology/American Heart Association enfatizan que el factor <i>tiempo</i> entre el evento el inicio de síntomas y la recanalización del vaso involucrado, es determinante para reducir la morbimortalidad del paciente con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST (IAMCEST).</p> <p>Hay varios componentes de “tiempo” en el proceso de atención de un paciente que consulta por dolor de pecho. Los retrasos en el tratamiento son un índice de calidad de la atención, deben registrarse y ser revisados regularmente, para asegurar que se cumplan y mantengan los estándares de calidad a lo largo del tiempo, según recomendaciones de las guías 2017 Sociedad Europea de Cardiología(ESC) para el manejo del paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.</p> <p>Para identificar los distintos componentes del tiempo: “T1 inicio de síntomas- primer contacto medico; T2: primer contacto médico – realización ECG; T3: diagnóstico inicial – ingreso a centro de referencia; T4: ingreso – recanalización de vaso; por ultimo TT: tiempo total desde el inicio de síntomas hasta la recanalización del vaso.</p>
----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lineamientos Estratégicos

Se aconseja describirlos e informar sus retrasos tal como se muestra en la figura 1.

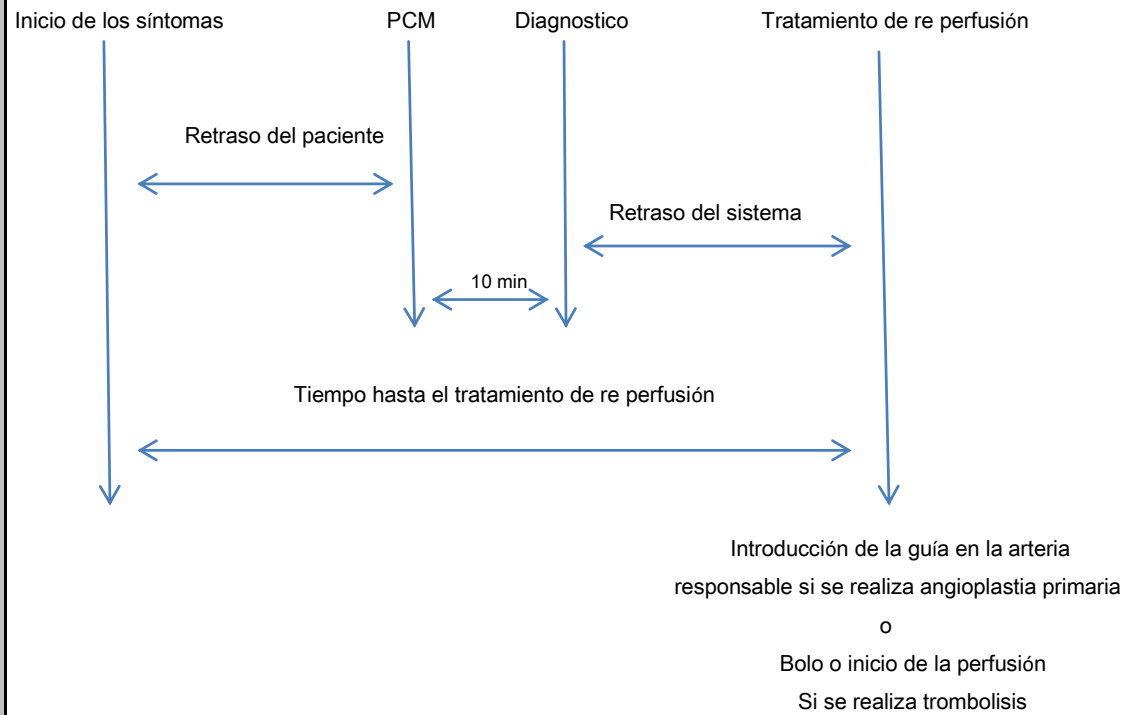


Figura 1. Componentes del retraso en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST e intervalos ideales para la intervención.

PCM: primer contacto médico. Todos los retrasos están relacionados con el primer contacto médico.

Los registros en distintas partes del mundo nos muestran tiempos subóptimos en comparación a lo establecido por las guías Americana 2013, Sociedad Europea de Cardiología 2017 y de los Consensos de la Sociedad Argentina de Cardiología 2020 y Federación Argentina de Cardiología 2017, siendo en la actualidad un problema a resolver. Todo ello genera una continua producción de trabajos de investigación en búsqueda de intervenciones y estrategias de reperfusión que mejoren los tiempos.

El consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología recomienda a cada región establecer su propia estrategia de reperfusión, en base al análisis de ciertas características, como ser el área geográfica de responsabilidad sanitaria, la infraestructura y equipamiento de la red de salud, disponibilidad de recursos humanos capacitados y presencia de protocolo para activar el código infarto. Desde una mirada comunitaria, el tratamiento óptimo del IAMCEST debería basarse en la conformación de redes entre hospitales de diferentes niveles de complejidad conectados por un servicio eficiente de ambulancias. El objetivo de estas redes es proporcionar una atención médica óptima y reducir los retrasos con la finalidad de mejorar los resultados clínicos.

Una estrategia para reducir las demoras en los tiempos de reperfusión es el empleo de la Telemedicina, a través de la transmisión prehospitalaria del electrocardiograma (ECG) como primer paso para el diagnóstico.

En 2005 Terkelsen y colaboradores, demostraron que el diagnóstico prehospitalario y la selección in situ para el traslado directo a un centro de angioplastia primaria era beneficioso para los pacientes con IAMCEST. Este estudio muestra que el tiempo puerta balón para los pacientes con diagnóstico prehospitalario se redujo significativamente respecto al de los diagnosticados en el hospital (34 frente a 97 minutos; $p < 0,001$). Para los pacientes con diagnóstico prehospitalario y selección in situ, el tiempo transcurrido desde el primer contacto médico hasta la aplicación del balón fue una mediana de 81 minutos menos que para los pacientes diagnosticados en el hospital. En el año 2017 la publicación en el International Journal of

Cardiology de un metaanálisis sobre once (11) estudios con un total de 7522 pacientes, confirmaron los beneficios de la telemedicina.

En Argentina, en el Hospital El Cruce, se realizó un programa en red en el ámbito público para la reperfusión del infarto con telemedicina. Este programa se asoció con un incremento en la proporción de reperfusión del 28,5% y una reducción significativa de los tiempos en la implementación.

Actualmente la penetración de las tecnologías móviles en la vida diaria introdujo el concepto de Salud Móvil (mHealth) que permite ampliar el servicio médico especializado utilizando la red celular para la transmisión de datos móviles como herramienta de ampliación de cobertura y estrategia para mejorar la eficiencia de los servicios de salud optimizando los recursos.

En el Sistema de Salud Público de la Provincia de Tucumán, en base a registro de los tiempos durante los años 2016 y 2017, se observó que el retraso al diagnóstico y a la terapia de reperfusión se debían fundamentalmente a la falta de articulación y coordinación entre los distintos escenarios de la red de salud, lo que llevó a un trabajo de investigación multicéntrico, cuasi experimental entre los años 2017 y 2018 con la implementación de una estrategia con la coordinación a través de dispositivos celulares, observando reducción significativa en los tiempos al diagnóstico y puerta balón, disminuyendo una mediana de 20 minutos y 34 minutos respectivamente, en comparación con un grupo control histórico sin la intervención. Este trabajo fue publicado en la Revista Argentina de Cardiología en el año 2019 *Rev Argent Cardiol* 2019; 87:314-318.

		<p>RED DE INFARTO MEDIANTE LA COORDINACIÓN CON DISPOSITIVOS MÓVILES (mHealth) PARA EL DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST</p> <p><u>MISION:</u>realizar un Diagnóstico rápido y el tratamiento más adecuado de los pacientes con IAM con elevación del segmento ST, a través de la coordinación con dispositivos móviles (mHealth) en la red de salud pública de la provincia de Tucumán, con el objetivo de disminuir la mortalidad de causa cardiovascular.</p> <p><u>VISION:</u>Lograr implementar una estrategia local e innovadora para el manejo de pacientes con IAM con elevación del segmento ST, que mejora la calidad de atención, con impacto en la reducción de la morbimortalidad.</p>
	Población Objetivo	Todos los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación del Segmento ST (IAMCEST) que son asistidos en la Red de Salud Pública de la provincia de Tucumán.
	Marco Normativo	<p>Actualmente el Sistema Provincial de Salud Pública cuenta con una red de servicios de atención cardiológica. Está conformada por centros de primer nivel de atención, Hospitales de segundo nivel con internación de unidad coronaria pero sin laboratorio de Hemodinamia, y un Hospital de tercer nivel equipada con laboratorio de Hemodinamia con guardias las 24 horas (24/7), para el tratamiento del vaso culpable del evento.</p> <p>Una Dirección de Emergencias Sanitarias con médico coordinador y con ambulancias medicalizadas distribuidas estratégicamente en red, que responden a las urgencias de toda la provincia, en particular a las resultantes de los accidentes</p>

		<p>de tránsito. Con este programa se intenta dar prioridad a la atención de pacientes con enfermedad cardiovascular.</p>
	<p>Objetivos (generales y específicos)</p>	<p><u>Objetivo Estratégico:</u> Mejorar el diagnóstico en el primer contacto médico y asegurar un manejo adecuado del paciente con Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST a través de la conformación de una red de atención mediante dispositivos móviles (mHealth), en el Sistema Público de salud de la provincia de Tucumán.</p>
	<p>Objetivos (generales y específicos)</p>	<p><u>Objetivos Específicos:</u> Formalizar un PROTOCOLO de atención para el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en toda la red de atención pública de salud.</p> <p>MEJORAR los tiempos de atención de los pacientes con dolor de pecho y diagnóstico de IAMCEST</p> <p>Realizar CAPACITACIÓN para el personal médico y de enfermería de guardia de emergencias en los distintos niveles de atención y ambulancias de la red de salud pública de Tucumán.</p> <p>COORDINAR la atención de los pacientes con médicos cardiólogos, a través del uso de dispositivos móviles.</p> <p>Promover la creación de una APLICACIÓN CELULAR destinado al personal de salud que hará la tele consulta al cardiólogo coordinador, de gran importancia</p>

		<p>asistencial para el diagnóstico rápido y la resolución de la cobertura social para coordinar el destino y recepción rápida en centro público o privado. También con fines de registro de datos en centros derivadores de difícil obtención.</p> <p>Creación de FICHA ELECTRONICA que se incluirá en el sistema de gestión hospitalaria para el registro de los casos, con fines estadísticos y evaluación del programa a través de los indicadores de calidad de atención.</p> <p>Mejorar la tasa de reperusión de pacientes con IAMCEST.</p> <p>Definir INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN, en base a registro de los tiempos de demora y mortalidad hospitalaria de los pacientes con IAM con elevación del segmento ST que ingresan a la red pública de salud.</p>
	<p>Resultados Esperados</p>	<p>Protocolo de atención de IAMCEST implementado y Red de atención de IAM funcionando.</p> <p>Sistema de mHealth en funcionamiento.</p> <p>Equipo de salud del Primer y segundo nivel de atención capacitado en manejo de dolor precordial, manejo inicial de IAM, uso del electrocardiógrafo, interpretación del supradesnivel del segmento ST, y Protocolo de Trabajo del Programa.</p> <p>Incrementar la tasa de re perfusión (trombolíticos o angioplastia primaria) de pacientes atendidos en el sistema público. Meta estimada: 70% de pacientes con diagnóstico de IAMCEST.</p>

		<p>Mejorar la Tasa de reperfusión por angioplastia primaria. Meta estimada: 60% de los pacientes con IAMCEST en la red de salud pública tratados con angioplastia.</p> <p>Mortalidad intrahospitalaria menor al 10% por IAMCEST</p>
	Estrategias Generales	<p>Se conformará un equipo de trabajo para la redacción del PROTOCOLO.</p> <p>Se definirán Centros Derivadores en las distintas Áreas Programáticas (CAPS, Policlínicas, Hospitales de segundo nivel de atención), distribuidos de forma estratégica, que contarán con el recurso humano y equipamiento necesario (electrocardiógrafo) para poder realizar el Protocolo de Trabajo y la teleconsulta al cardiólogo coordinador.</p> <p>De forma provisoria se utilizara un GOOGLE FORM para el envío de datos de interés del paciente y FOTO del electrocardiograma que se transmitirá vía whatsapp, a cargo de personal médico o enfermería de guardia de los Centros de primer y segundo nivel de atención y de las ambulancias del 107, hacia un cardiólogo coordinador con base en la Dirección de Emergencias Sanitaria.</p> <p>El cardiólogo coordinador será el encargado de confirmar el diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST, e iniciara la activación simultánea del Sistema de Emergencias Médicas para el traslado rápido, y del Centro de Referencia para la recepción adecuada en servicio de Unidad Coronaria sin pasar por guardia, así como también la preparación del equipo de Hemodinamia. Figura 2.</p>

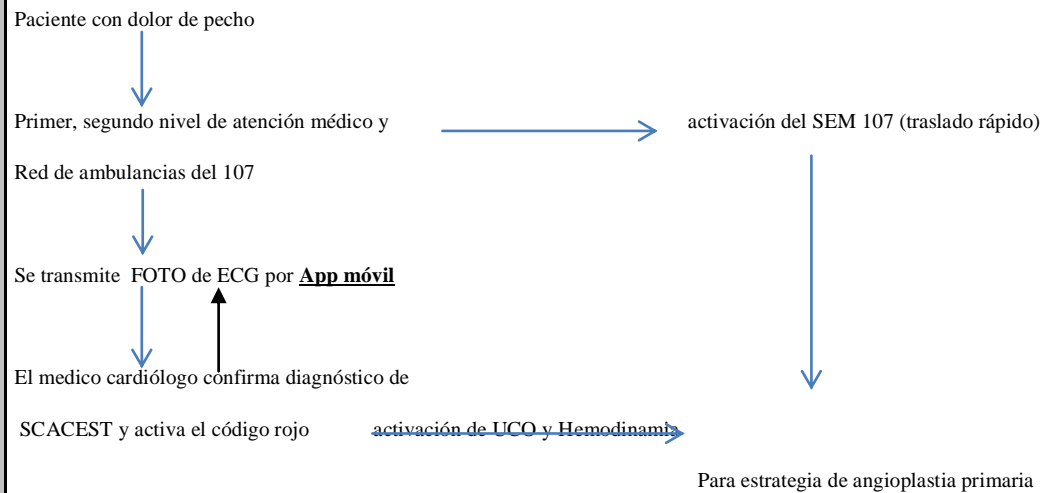


Figura 2. Flujograma del paciente con dolor de pecho que ingresa a la red de Salud móvil (mHealth) en el sistema público de salud.

Posteriormente se creará una **APLICACIÓN CELULAR** que facilitara el proceso de atención, permitirá al cardiólogo coordinador tener en tiempo real los datos de interés y la foto del electrocardiograma para el diagnóstico y activación rápida del

código rojo de IAM. También la resolución inmediata de datos de cobertura social, para optimizar el traslado rápido y recepción adecuada al centro cardiológico público o privado según ausencia o presencia de obra social respectivamente. Por último, la App celular nos permitirá recolectar datos de interés de centros derivadores y traslado del paciente de difícil obtención en el pre hospital para la atención de IAM en el SIPROSA. Los datos de la App celular serán registrados en el sistema informático de la Dirección de Emergencias Sanitarias.

Se creará una **FICHA ELECTRONICA** para el registro de datos de interés de los pacientes tratados en los Hospitales de Referencia. Esta se incluirá en el sistema informático de gestión hospitalario. El llenado de esta ficha estará a cargo del médico cardiólogo de Unidad Coronaria al alta del paciente.

Se podrá vincular los datos del sistema de la Dirección de Emergencias Sanitarias con el Sistema de Gestión Hospitalaria, y así obtener un registro completo de la atención de los casos, con datos robustos y en tiempo real, con disminución de sesgos en la recolección de datos. Datos controlados por el Departamento de Informática y al alcance de todos los interesados.

Se realizará **CAPACITACIÓN(teórica y práctica)** de todo el personal de guardia de emergencias, médicos y enfermeros, de centros asistenciales de primer y segundo

nivel de atención (CAPS, Policlínica, Hospitales de segundo nivel), así como personal médico y enfermería que trabaja en las ambulancias de la Dirección de Emergencias Sanitarias. Las mismas serán presenciales y también, a través de CAMPUS VIRTUAL y con el apoyo del Departamento de Capacitación del SIPROSA.

Los temas de capacitación serán: manejo del paciente con dolor de pecho en guardia, uso del electrocardiógrafo, interpretación del supradesnivel del segmento ST, manejo inicial del IAMCEST, protocolo de trabajo del Programa de Infarto. La CAPACITACIÓN PRÁCTICA se realizara en el centro de capacitación del 107 a cargo de los cardiólogos del programa.

El ingreso al campus virtual, y la realización de la capacitación será luego un requisito obligatorio para poder tener acceso a la App celular.

Se creará una **coordinación** para el manejo del síndrome coronario agudo con base en la Dirección de Emergencias Sanitarias del 107, a través de la incorporación de siete (7) médicos cardiólogos y un coordinador general. Su función consistirá en atender todas las consultas enviadas a través de la red de telefonía móvil, con sospecha clínica de síndrome coronario agudo, realizar diagnóstico rápido y activar el protocolo infarto con activación simultánea del SEM y Hospital de referencia para

el traslado rápido y el ingreso directo a servicio de Unidad Coronaria sin pasar por guardia mayor, activación pre hospitalaria del servicio de Hemodinamia, guiar el tratamiento inicial del paciente en el primer contacto médico y seguimiento hasta la llegada a hospital de referencia para guiar conducta ante posibles complicaciones.

Estrategias de Reperusión:

Los Hospitales **Centro de Salud Zenón Santillán y Ángel C. Padilla** serán los centros de referencia para la recepción de pacientes con diagnóstico de IAM con supradesnivel del segmento ST. Deberán contar con servicio de Hemodinamia con guardia las 24 horas los 7 días a la semana (24/7), y tener disponibilidad de banco de stent coronario, cama en el servicio de Hemodinamia y Unidad Coronaria.

A estos centros serán derivados los pacientes captados en los centros asistenciales de la red pública, correspondientes a las Áreas Programáticas Centro, Este y Oeste con excepción de los Valles Calchaquíes. La estrategia de re perfusión de elección será en la medida de lo posible, la **angioplastia primaria**, sin importar la cobertura social del paciente. En caso de poseer obra social y que por diversos motivos no se haya podido derivar al sector privado durante la urgencia, se realizara las gestiones correspondientes por gerencia hospitalaria para el recupero de costo, según el caso.

Los pacientes que posean obra social serán derivados desde el primer contacto medico al sector privado con capacidad de Unidad Coronaria y Hemodinamia.

Los **Hospitales de Monteros y Concepción** serán considerados centros de referencia para la recepción de pacientes con diagnóstico de IAM con supradesnivel del segmento ST, que sean derivados de las Áreas Programáticas Sur y Oeste correspondiente a los Valles Calchaquíes. La estrategia de elección en estos centros, será el **tratamiento con fibrinolíticos**. En caso que el resultado terapéutico sea con éxito, el paciente será derivado a Centro con capacidad de Hemodinamia para la realización de cinecoronariografía dentro de las 24 horas del tratamiento de reperfusión. En caso que el resultado terapéutico sea sin éxito, el paciente será derivado de inmediato a Centro con Hemodinamia para la realización de angioplastia de rescate.

En el futuro se trabajara para lograr un **convenio con las obras sociales y los Centros Privados** con disponibilidad de Hemodinamia, de 24 horas - 7 días de la semana, para el tratamiento del infarto agudo con elevación del segmento ST, que es captado por el Programa, con el objetivo de garantizar la recepción de los pacientes con obra social. Los temas a tratar serán: autorización de recepción con la confirmación electrónica de la obra social; coseguro. La importancia de este

		<p>convenio está dado no tan solo por mejorar la calidad de atención en los pacientes con obra social, sino también en la optimización de recursos con reducción significativa del gasto público.</p>
	<p>Indicadores</p>	<p>Numero de IAMCEST / Número de consultas por dolor precordial anual x 100</p> <p>Numero de IAMCEST con diagnostico en una mediana menor a 20 minutos.</p> <p><u>Tiempo al diagnóstico:</u> es el tiempo transcurrido desde el primer contacto médico y hasta la realización del primer electrocardiograma, medido en minutos y expresadas en <i>mediana con su rango intercuartil</i>. Fuente: Ficha Electronica.</p> <p><u>Tiempo del SEM:</u>es el tiempo transcurrido desde el electrocardiograma diagnóstico y hasta la llegada a la Hospital de referencia, medido en minutos. Fuente: registro informático de la Dirección de Emergencias Sanitarias.</p> <p><u>Tiempo del Traslado:</u> es el tiempo transcurrido desde la salida del Centro Derivador y hasta la llegada al Centro de Referencia, medido en minutos. Fuente: registro informático de la Dirección de Emergencias Sanitarias.</p> <p><u>Tiempo puerta-balón:</u> es el tiempo transcurrido desde el ingreso a Hospital de referencia y hasta el inflado del balón en laboratorio de hemodinamia, medido en</p>

minutos. Fuente: Ficha Electrónica.

Tiempo puerta-aguja: es el tiempo transcurrido desde el ingreso a Hospital de referencia y hasta el inicio del tratamiento con fibrinolítico, medido en minutos. Fuente: Ficha Electrónica.

Porcentaje de pacientes que recibieron terapia de reperfusión: $\text{Pacientes con IAMCEST que recibieron reperfusión} / \text{Número total de pacientes con IAMCEST} \times 100$.

Porcentaje de pacientes que recibieron angioplastia primaria: $\text{Número de pacientes con IAMCEST con angioplastia} / \text{Número total de pacientes reperfundidos} \times 100$

Porcentaje de pacientes que recibieron fibrinolítico: $\text{Número de pacientes con IAMCEST con tratamiento trombolítico} / \text{Número total de pacientes reperfundidos} \times 100$

Mortalidad hospitalaria por cualquier causa, en pacientes internados con diagnóstico de IAMCEST.

Recursos	Recursos Humanos	<p>1 coordinador general (Medico de Planta del SiProSa)</p> <p>7 médicos cardiólogos (con Extensión Horaria de 30 horas para Cardiólogos con cargo en elSiProSa).</p> <p>1 ingeniero en informática (de la División Informática)</p> <p>1 epidemiólogo (de la Dirección de Epidemiología)</p> <p>1 oficina para el armado de base en Telemedicina para las urgencias cardiológicas.</p> <p>1 secretaria</p>
	Recursos Materiales	<p>Electrocardiógrafos en los centros derivadores y de referencia</p> <p>Celulares corporativos con línea de internet para el armado de la red móvil.</p> <p>Equipamiento informático (computadora e impresora).</p> <p>Afiches para protocolo y folletería para la comunidad</p> <p>Ambulancias disponibles con personal entrenado y equipadas con electrocardiógrafos y cardiodesfibriladores de la Dirección de Emergencias Sanitarias (107).</p> <p>Medicación inicial prehospitalario: Aspirina 300 mg y Clopidogrel 300 mg, disponibles en el primer contacto médico y ambulancias del 107 para su tratamiento previo traslado a Centro de Referencia.</p> <p>Banco de Stent para proveer a los Servicios de Hemodinamia de los Hospitales Centro</p>

		<p>de Salud y Padilla:</p> <p>Desde DGPRIS se realizara la provisión de los insumos necesarios para la atención de los pacientes. De acuerdo al consumo histórico más un incremento según la implementación progresiva del Programa. Estimando un 60% de uso de stentfarmacológicos. Se calcula la colocación de 1,5 a 2 stent por paciente por intervención.</p> <p>Material descartable específico y medicamentos de alto costo para ambos servicios de Hemodinamia, según demanda.</p> <p>Requerimiento del Servicio de Unidad Coronaria Hospital de Monteros:</p> <p>1 equipo de electrocardiograma marca FUKUDA</p> <p>1 monitor multiparametrico para el sector de guardia cardiológica</p> <p>1 tensiómetro digital OMRON de brazo</p> <p>1 cardiodesfibrilador con registro en papel.</p> <p>Servicio de Terapia Intensiva de Hospital de Concepción:</p> <p>Ampliación del servicio para la creación de una unidad con todos los insumos que ello implica (cama, monitor, bomba de infusión, etc.) para disponibilidad exclusiva para la recepción y la atención de paciente con infarto agudo con supradesnivel del ST con terapia trombolítica.</p>		
Cronograma (anual)	1er Año	Actividades	Octubre-noviembre 2018	Febrero-Marzo 2021
		Crear Protocolo de Trabajo		
		Crear App Celular y Ficha Electrónica		

	Años Subsiguientes	Actividades	Marzo 2019	Abril-Mayo 2019	Junio-Julio 2019	Agosto 2019 – Abril 2020
		Presentación de Programa Formalización de Protocolo	■			
		Capacitación y entrega de materiales		■		
		Implementación Incorporación de 15 Centros Derivadores, ambulancias del 107 y Hospitales de Referencia		■	■	
		Monitoreo				■

		Actividades	Mayo 2020	Junio-Julio 2020	Agosto 2020-Febrero 2021	Marzo 2021
		Incorporación de nuevos Centros Derivadores				
		Capacitación y entrega de materiales				
		Monitoreo				
		Convenio con Centros Privados y obras sociales				

Actividades por grupos de población y niveles de atención.		Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Grupos de población (podrá desagregarse según genero cuando corresponda)	Perinatal	-	-	-
	Niños	-	-	-
	Adolescentes	-	-	-
	Adultos	SI	SI	SI
	Adultos Mayores	SI	SI	SI
Nodos especializados en la red de atención pública y/o privada		SI	SI	SI