

Estándares de los Servicios de Medicina Interna 2026

Revisión del Documento "Estándares de Organización y Funcionamiento
para un Servicio de Medicina Interna Orientado hacia el Paciente" (2016)

Comités del proyecto

Comité director del proyecto

Montserrat Chimeno Viñas. Presidenta de la SEMI

José M. Porcel Pérez. Vicepresidente primero de la SEMI

Pablo Pérez Martínez. Vicepresidente segundo de la SEMI

José Luis Bianchi Llave. Tesorero de la SEMI

Javier Moreno Díaz. Secretario de la SEMI

Comité ampliado

Raquel Barba Martín. Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid), coordinadora del grupo de gestión clínica

Cristina Barbagelata López. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Presidenta de la Sociedad Gallega de Medicina Interna

Jesús Canora Lebrato. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

Pilar Cubo Romano. Hospital Infanta Cristina (Parla, Madrid). Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cronicidad y Pluripatología

Antonio Fernández Moyano. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe, Sevilla)

Gema Flox Benítez. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid)

Alicia Conde Martel. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)

Jesús Díez Manglano. Hospital Royo Vilanova (Zaragoza)

María José Forner Giner. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Presidenta de la Sociedad de Medicina Interna de la Comunidad Valenciana

Javier García Alegría. Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga)

Salvador García Morillo. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

Samuel García Rubio. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica

Jorge Francisco Gómez Cerezo. Hospital Universitario Infanta Sofía y Coordinador del Grupo de Enfermedades Minoritarias

Miguel Martín Asenjo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedad Tromboembólica (ETV)

Rafael Monte Secades. Área Sanitaria Lugo, A Mariña y Monforte (Lugo)

Eduardo Montero Ruiz. Coordinador del grupo de asistencia compartida y medicina consultiva de la SEMI

Gemma Ortiz Llauradó. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona, coordinadora del grupo de formación.

José Pérez Silvestre. Director de Investigación y Docencia del Hospital General de Valencia

Ramon Puchades Rincón de Arellano. Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia). Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Digital

Antonio Ramos Martínez. Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas

Mónica Rodríguez Carballeira. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Interna

María Ruiz Castellano. Hospital Universitario de Navarra

Javier Trujillo Santos. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia). Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

José Luis Zambrana García. Hospital de Montilla (Jaén). Presidente Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Antonio Zapatero Gaviria. Hospital de Fuenlabrada (Madrid)

Directores Técnicos

Emilio Casariego Vales. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (A Coruña)

Francisco Javier Elola Somoza. Director de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS)

Índice

1. Aspectos generales	9
1.1. Introducción. Antecedentes	10
1.2. Objetivos del proyecto	10
1.3. Metodología	11
1.4. Definiciones	13
1.5. La Medicina Interna en la sanidad del siglo XXI	15
1.6. El "Hospital del Futuro"	16
1.7. El papel de la Medicina Interna en el hospital general	17
1.8. Complejidad hospitalaria y organización del servicio de Medicina Interna	18
1.9. Implementación de los estándares	20
2. Modalidades asistenciales y procesos	21
2.1. Objetivo del informe que se presenta	22
2.2. Primer bloque de procesos. Asistencia al paciente grave y agudamente enfermo. Hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional	22
2.2.1. Paciente grave y agudamente enfermo ingresado en el hospital	23
2.2.1.1. Paciente grave y agudamente enfermo ingresado en hospitalización convencional dependiendo directamente del SMI	23
2.2.1.2. Asistencia compartida	24
2.2.2. Interconsulta hospitalaria	24
2.2.3. Hospitalización a domicilio	24
2.2.4. Modalidades y procesos asistenciales "clave" de los SMI relacionados con la continuidad y calidad asistencial del paciente grave y agudamente enfermo	25
2.3. Segundo bloque de procesos. Medicina ambulatoria	25
2.3.1. Actividad presencial con el paciente()	25
2.3.1.1. Consulta presencial	25
2.3.2. Medicina ambulatoria sin presencia del paciente. Telemedicina	26
2.3.3. Modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con los procesos ambulatorios	28
2.4. Tercer bloque. Proceso asistencial del paciente con condiciones crónicas complejas	28
2.4.1. Programas de atención al paciente con condiciones crónicas complejas	29
2.4.2. Unidades multidisciplinarias de atención al paciente crónico con condiciones complejas	29
2.4.3. Unidad de cuidados paliativos	29
2.4.4. Modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con la asistencia integral al paciente con condiciones crónicas complejas	30
2.5. Mapa de procesos de los SMI	30

3. Estándares, indicadores y cargas de trabajo por procesos “clave” de los SMI	32
3.1. Primer bloque de procesos. Asistencia al paciente grave y agudamente enfermo.	
Hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional	33
3.1.1. Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI	34
3.1.1.1. Estándares de estructura	35
3.1.1.2. Estándares de proceso	36
3.1.1.3. Indicadores de resultado	39
3.1.1.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista	42
3.1.2. Asistencia compartida	42
3.1.2.1. Estándares de estructura	43
3.1.2.2. Estándares de proceso	43
3.1.2.3. Indicadores de resultado	44
3.1.2.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista	45
3.1.3. Interconsulta hospitalaria	46
3.1.3.1. Estándares de estructura	46
3.1.3.2. Estándares de proceso	47
3.1.3.3. Indicadores de proceso	47
3.1.3.4. Registro de la actividad	48
3.1.3.5. Estimación de cargas de trabajo para el internista	48
3.1.4. Hospitalización a domicilio	48
3.1.4.1. Estándares de estructura	49
3.1.4.2. Estándares de proceso	50
3.1.4.3. Indicadores de resultado	51
3.1.4.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista	52
3.2. Segundo bloque de procesos. Medicina ambulatoria	53
3.2.1. Hospital de día	53
3.2.1.1. Estándares de estructura	54
3.2.1.2. Estándares de proceso	54
3.2.1.3. Estimación de cargas de trabajo para el internista	54
3.2.2. Consulta ambulatoria (general o monográfica)	55
3.2.2.1. Estándares de proceso	56
3.2.2.2. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	57
3.2.3. Unidades de diagnóstico rápido. Consultas de atención inmediata	57
3.2.3.1. Estándares de estructura	57
3.2.3.2. Estándares de proceso	57
3.2.3.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	58
3.2.4. Prehabilitación quirúrgica. Consulta preoperatoria	58
3.2.4.1. Estándares de estructura	59
3.2.3.2. Estándares de proceso	59
3.2.4.3. Estimación de cargas de trabajo para el internista	59

3.2.5. E-consulta	60
3.2.5.1. Estándares de estructura	60
3.2.5.2. Estándares de proceso	61
3.2.5.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	61
3.2.5.4. E-consulta como puerta de entrada a la interconsulta desde AP y hospitalaria en Medicina Interna	61
3.2.6. Teleconsulta	62
3.2.6.1. Estándares de estructura	63
3.2.6.2. Estándares de proceso (teleconsulta síncrona)	64
3.2.6.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	64
3.3. Tercer bloque. Proceso asistencial del paciente crónico con condiciones complejas	65
3.3.1. Programa de atención al PCCC	65
3.3.1.1. Estándares de estructura	66
3.3.1.2. Estándares de proceso	68
3.3.1.3. Indicadores de resultado	69
3.3.1.4. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	69
3.3.2. Unidades multidisciplinarias	70
3.3.2.1. Estándares de estructura	70
3.3.2.2. Estándares de proceso	71
3.3.2.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	71
3.3.3. Unidad de cuidados paliativos	72
3.3.3.1. Estándares de estructura	72
3.3.3.2. Estándares de proceso	73
3.3.3.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista	74
4. Estándares estratégicos	75
4.1. Estructura organizativa y gestión	76
4.2. Formación	78
4.2.1. Formación continuada	78
4.2.2. Formación de postgrado	78
4.2.3. Formación de grado	80
4.3. Investigación	80
4.4. Asistencia centrada en la persona	81
Anexo 1 Definiciones	82
Anexo 2 Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado.	
Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna113	86
Anexo 3. Requisitos y recomendaciones de los informes de alta hospitalaria de los Servicios de Medicina Interna	89

Anexo 4. Criterios orientativos de inclusión y exclusión en el programa de pacientes con condiciones crónicas complejas	91
Anexo 5 Cargas de trabajo de los internistas por modalidad asistencial	93
Anexo 6 Cuadros de Mando de los servicios de Medicina Interna	95
Anexo 7 Niveles de recomendación	101
Referencias.....	121

Figuras

Figura 1. Esquema de Mapa de Procesos	14
Figura 2. Mapa de procesos “clave” y modalidades asistenciales. PCCC: Paciente con condiciones crónicas complejas	31
Figura 3. Esquema de relación entre procesos “transversales” y “asistenciales”	31
Figura 4. Etapas del proceso de hospitalización convencional	34
Figura 5. Etapas del proceso de interconsulta hospitalaria	46
Figura 6. Etapas del proceso asistencial de hospitalización a domicilio.....	49
Figura 7. Etapas del proceso de hospital de día	54
Figura 8. Etapas del proceso de consulta general.....	55
Figura 9. Etapas del proceso de prehabilitación quirúrgica	58
Figura 10. Etapas del proceso de e-consulta	60
Figura 11. Proceso de interconsulta hospitalaria y con atención primaria mediante e-consulta	62
Figura 12. Etapas del proceso de teleconsulta.....	62
Figura 13. Proceso de atención al paciente con condiciones crónicas complejas.....	65
Figura 14. Proceso de paciente crónico con necesidades complejas. Búsqueda activa.....	66

Tablas

Tabla 1. Organización de los servicios de medicina interna y complejidad hospitalaria.....	19
Tabla 2. Consultas monográficas mínimas recomendadas de los servicios de medicina interna dependiendo de la complejidad del hospital.....	20
Tabla 3. Cribado sistemático de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna	39
Anexo 6. Tabla 1. Datos e indicadores de hospitalización convencional.....	97
Anexo 6. Tabla 2. Datos e indicadores de asistencia compartida	98
Anexo 6. Tabla 3. Datos e indicadores de hospitalización a domicilio	99
Anexo 6. Tabla 4. Datos e indicadores de “otras actividades”	100
Anexo 7. Tabla 1. Estándares relativos a la organización y gestión del servicio de Medicina Interna	103
Anexo 7. Tabla 2. Estándares relativos al proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI.....	104
Anexo 7. Tabla 3. Estándares relativos al proceso asistencial “asistencia compartida”	107
Anexo 7.4. Estándares relativos al proceso asistencial “interconsulta hospitalaria”.....	108
Anexo 7. Tabla 5. Estándares relativos al proceso asistencial “hospitalización a domicilio”	109
Anexo 7. Tabla 6. Estándares relativos al proceso asistencial “hospital de día”	111
Anexo 7. Tabla 7. Estándares relativos al proceso asistencial “consulta ambulatoria”	111
Anexo 7. Tabla 8. Estándares relativos al proceso asistencial “consulta de atención inmediata”	112
Anexo 7. Tabla 9. Estándares relativos al proceso asistencial “prehabilitación quirúrgica”.....	112
Anexo 7. Tabla 10. Estándares relativos al proceso asistencial “e-consulta”	113
Anexo 7. Tabla 11. Estándares relativos al proceso asistencial “teleconsulta”	114
Anexo 7. Tabla 12. Estándares relativos al proceso asistencial “Programa de atención al Paciente con Condiciones Crónicas Complejas”	115
Anexo 7. Tabla 13. Estándares relativos al proceso asistencial de “atención en unidades multidisciplinarias”	117
Anexo 7. Tabla 14. Estándares relativos al proceso asistencial de “atención en unidades de cuidados paliativos”	118
Anexo 7. Tabla 15. Estándares relativos a la actividad de formación en el servicio de Medicina Interna.....	119
Anexo 7. Tabla 16. Estándares relativos a la actividad de investigación en el servicio de Medicina Interna.....	120
Anexo 7. Tabla 17. Estándares relativos a la asistencia centrada en la persona en el servicio de Medicina Interna	120

1.

Aspectos generales

1.1. Introducción. Antecedentes

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) elaboró los “estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente” en 2016¹. En 2017 la SEMI desarrolló el proyecto SEMI-Excelente, certificando servicios de Medicina Interna (SMI) para acreditar el cumplimiento de los estándares elaborados. A partir de 2018 se han acreditado 32 SMI en el programa SEMI-Excelente, habiéndose recertificado once de ellos. Asimismo la SEMI ha elaborado estándares para las unidades funcionales de asistencia compartida, enfermedades autoinmunes, ecografía clínica, enfermedad tromboembólica, enfermedades minoritarias, insuficiencia cardíaca, riesgo vascular y programa de pacientes pluripatológicos.

Desde 2016 a la actualidad la SEMI ha seguido avanzando en sus propuestas estratégicas: “*Por una Medicina Interna de Alto Valor*”² y “*El Hospital del Futuro*”³ y actualizando bianualmente la información sobre recursos, actividad y resultados a través del proyecto RECALMIN⁴ (Recursos y Calidad en Medicina Interna). Además, en 2025 se publicó la Reflexión Estratégica de la Sociedad Española de Medicina Interna para el período 2024-2028⁵.

En los últimos años se han producido importantes cambios en la sanidad española. La pandemia del SARS-CoV-2 puso de manifiesto algunas de las debilidades del Sistema Nacional de Salud, así como la aportación de valor de la Medicina Interna (MI) en esa crisis⁶. Impulsadas por la pandemia, la e-consulta y la telemedicina se han incorporado decididamente al funcionamiento de los SMI. Por otra parte, los programas de atención al paciente pluripatológico, la asistencia compartida y la hospitalización a domicilio son actividades que, habiendo mostrado su calidad, eficiencia y seguridad, se deberían incorporar más decididamente a la cartera de los SMI.

La Reflexión Estratégica de la SEMI prevé la necesidad de revisar y actualizar los estándares de los SMI como instrumento para mejorar la calidad de la asistencia prestada, necesidad derivada de los importantes cambios mencionados, siendo éste el objetivo del proyecto.

1.2. Objetivos del proyecto

El objetivo del proyecto es actualizar los estándares de los SMI elaborados en 2016, incorporando cuando sea pertinente las propuestas estratégicas de la SEMI, así como la última evidencia disponible sobre las distintas modalidades asistenciales que integran la cartera de servicios de los SMI. El proyecto se centrará en las modalidades asistenciales y los procesos “clave” vinculados a éstas; así como los procesos “estratégicos” relacionados con la estructura, organización y funcionamiento de los SMI. Excluye, por tanto, procesos específicos de las distintas patologías que son atendidas por los SMI (insuficiencia cardíaca; sepsis; etc.), así como los procesos de “soporte”.

Como resultado de este abordaje se pretende como objetivos del proyecto:

- + Analizar las funciones de los SMI.
- + Establecer estándares de estructura, procesos y -en la medida de lo posible- indicadores de resultados para las modalidades asistenciales y procesos de los SMI.
- + Estimar las cargas de trabajo de internista para cada modalidad asistencial / proceso.

No se han considerado en la elaboración de los estándares de los SMI los requisitos de dotación y equipamiento que deberían tener las instalaciones donde desarrollan su actividad los SMI (salas de hospitalización; hospital de día, local de consulta, etc.), refiriéndose para estos aspectos a las guías publicadas por el Ministerio de Sanidad y algunos Servicios de Salud de Comunidades Autónomas.

Para establecer un marco general consensuado sobre las funciones que deben desempeñar los SMI en los hospitales generales de agudos del Sistema Nacional de Salud, se hará una breve referencia en esta primera parte al papel de la MI en la sanidad actual; a las recomendaciones del informe de la SEMI sobre el "Hospital del Futuro"; y a las líneas de actuación que para la MI y los SMI se identificaron en la "Reflexión Estratégica de la SEMI".

Asimismo, se realiza un apunte sobre la organización de los SMI en relación con la complejidad del hospital donde estén ubicados. Los aspectos abordados en este primer apartado no establecen requisitos o recomendaciones para los estándares de los SMI, pues la aplicación y desarrollo de las propuestas en él contenidas depende tanto de los criterios organizativos y de gestión de los responsables de los SMI como de las administraciones de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

1.3. Metodología

La SEMI constituyó un Comité Director y un Comité Ampliado para supervisar y tomar las decisiones estratégicas del proyecto. La dirección técnica del proyecto se responsabilizó de elaborar los borradores/propuesta de estándares, que han sido revisados y modificados por los miembros de los comités del proyecto, así como en base a las observaciones recibidas de los grupos de trabajo de la SEMI.

La propuesta de estándares se ha basado en una revisión de la bibliografía disponible para cada proceso, así como en las siguientes fuentes:

- + El documento de la SEMI *“Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente”*¹.
- + El informe de la SEMI *“Por una Medicina Interna de Alto Valor”*².
- + El informe de la SEMI *“El Hospital del Futuro”*³.
- + El proyecto RECALMIN. Recursos y calidad en los SMI ⁴.
- + Los estándares elaborados por los respectivos grupos de trabajo de la SEMI.
- + Estándares y recomendaciones de las unidades de hospitalización convencional (Ministerio de Sanidad)⁷.
- + Estándares y recomendaciones de las unidades de pacientes pluripatológicos (Ministerio de Sanidad)⁸.
- + Estándares y recomendaciones del hospital de día (Ministerio de Sanidad)⁹.
- + Estándares y recomendaciones de las unidades de cuidados críticos (Ministerio de Sanidad)¹⁰.
- + Estándares y recomendaciones de las unidades de urgencias hospitalarias (Ministerio de Sanidad)¹¹.
- + *Consultant physicians working with patients. Acute internal medicine and general internal medicine*¹².
- + Las aportaciones bibliográficas realizadas por los miembros de los comités del proyecto y los coordinadores de los grupos de trabajo de la SEMI.

Asimismo, para recabar criterios y referencias bibliográficas se solicitó a los grupos de trabajo de la SEMI sus propuestas para la elaboración de los estándares para cada proceso y modalidad asistencial.

Se han realizado tres encuestas Delphi a los miembros del Comité Director y Comité Ampliado. La primera analiza los aspectos más generales, conceptuales y metodológicos del proyecto; la segunda versa sobre aspectos relativos a la organización y funciones de los SMI; y la tercera está referida a las cargas de trabajo de los internistas.

La propuesta de estándares de los SMI se remitirá a los jefes de SMI para observaciones y mejoras del informe.

Como fase final del proceso de elaboración de los estándares de los SMI se revisarán los criterios de certificación de los SMI en el programa SEMI-Excelente. Los criterios para la certificación se clasificarán en obligatorios (requisitos imprescindibles), recomendables (el SMI puede ser certificado aunque no los cumpla) y sugerencias.

Por último, se debe señalar este informe pretende ser un referente dinámico para prestar una atención de calidad en los SMI (página web con actualización continua), debiendo actualizarse en función del desarrollo de nuevas modalidades asistenciales, las nuevas evidencias y la experiencia de los SMI. La información generada en los SMI permitirá evaluar la calidad y la eficiencia de las modalidades asistenciales y procesos, así como de las distintas configuraciones organizativas, siendo esta información necesaria para ir adaptando los estándares al sistema sanitario español y a la diversidad de los SMI y organizativas de los hospitales.

1.4. Definiciones

En el Anexo 1 se recogen las definiciones de los conceptos que se utilizan en este informe. El mapa de procesos de los SMI estaría configurado por:

+ Procesos clave

Son los procesos operativos, relacionados con las funciones específicas que desempeñan los SMI. La identificación de estos procesos es esencial para la actualización de los estándares de los SMI. Los bloques de procesos “clave” son superponibles a los de la anterior edición de los estándares, actualizando su definición e incorporando, como se ha señalado en la introducción, las modalidades asistenciales que han mostrado su eficacia y calidad.

+ Procesos estratégicos

Dentro de este grupo se encuentran aquellos relacionados con la orientación y gestión del SMI (planificación estratégica; dirección participativa por objetivos; control de gestión, etc.), así como los vinculados con la gestión del conocimiento.

La gestión de personal (competencias, perfiles, evaluación del desempeño) debe estar vinculada a la gestión del conocimiento, por lo que se propone considerarse dentro de los procesos estratégicos de los SMI.

Un aspecto relevante de la orientación estratégica del SMI es la asistencia centrada en la persona, que implica que los internistas deben considerar los objetivos que los pacientes prefieren, siguiendo un principio de orientación por objetivos¹³, las decisiones compartidas y la elaboración de estándares e indicadores de experiencia del paciente, debiendo incorporar procesos que contribuyan al logro de estos objetivos.

+ **Procesos de soporte**

Gestión de las compras y suministros (fármacos, dispositivos, equipamientos); mantenimiento...; relación con otros proveedores clínicos (laboratorio, imagen, esterilización, etc.) o de servicios auxiliares (limpieza, movilidad, restauración, etc.). Estos procesos no son objeto del proyecto, al estar en gran medida fuera del alcance de la gestión directa de los SMI.

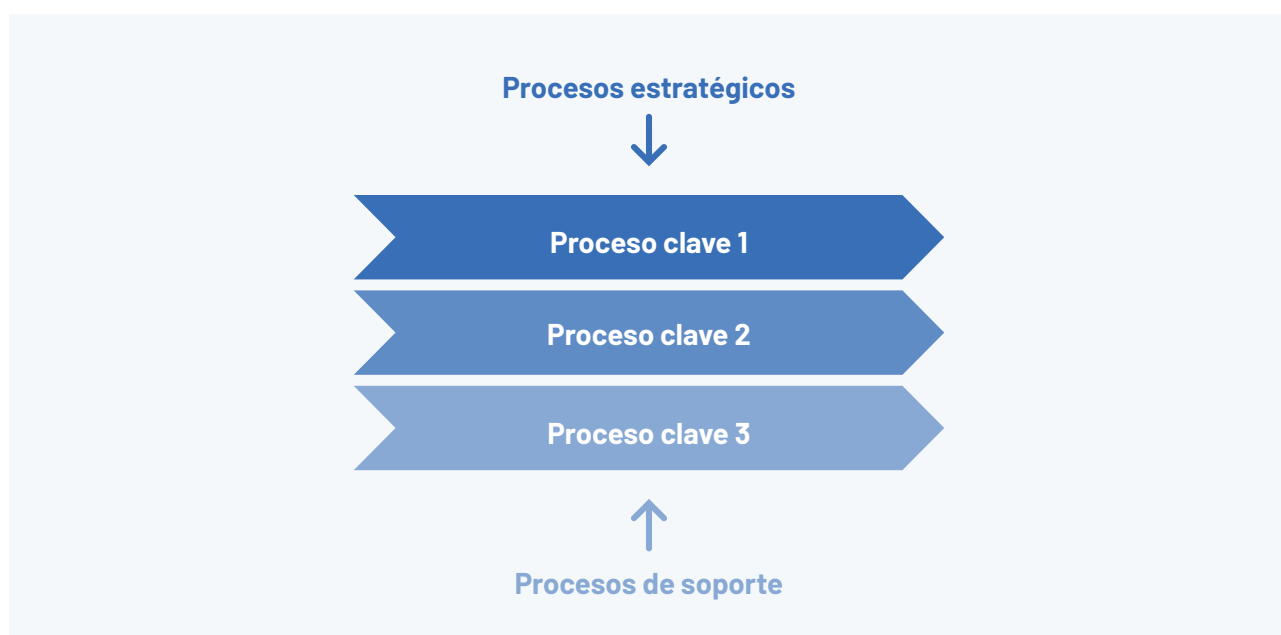


Figura 1. Esquema de Mapa de Procesos

1.5. La Medicina Interna en la sanidad del siglo XXI

Desde la formulación por Osler (1849-1918)¹⁵ del concepto de “Medicina Interna” (MI) el conocimiento científico-médico ha aumentado exponencialmente¹⁶. Las poblaciones y las sociedades del siglo XXI son muy distintas a las de los albores del s. XX con un notable aumento de la esperanza de vida al nacer, mayor bienestar material y nivel educativo¹⁷. Asimismo, se han desarrollado sistemas sanitarios financiados públicamente que tienden a garantizar una cobertura universal¹⁸⁻¹⁹. En la actualidad se dispone de un importante arsenal de tecnología biomédica, así como de tecnología relacionada con la “digitalización”. Por otro lado, la inteligencia artificial generativa puede estar alumbrando una nueva era²⁰⁻²².

El aumento del conocimiento científico y de la innovación tecnológica han impulsado una progresiva subespecialización de la medicina²³. El desarrollo de las subespecialidades ha incrementado el conocimiento científico centrado en determinadas condiciones clínicas y áreas de la medicina, e impulsado un muy importante desarrollo de técnicas y procedimientos, contribuyendo ambos a mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos¹⁶. Los sistemas sanitarios han mimetizado la estructura de las especialidades médicas organizándose, especialmente los hospitales generales, en base a “servicios clínicos” focalizados en el manejo de un determinado conjunto de condiciones de salud, lo que en cierta medida ha tendido a desplazar a la MI de su nuclear posición inicial²⁴. No obstante, en numerosos países, como en España, no sólo se ha mantenido sino que ha aumentado la frecuencia hospitalaria de los SMI⁴.

Los sistemas sanitarios organizados en relación con las subespecialidades proporcionan una medicina generalmente de buena calidad para los procesos agudos. Sin embargo, la fragmentación asistencial que generan compromete su eficacia en aquellos pacientes en los que la agudización de procesos crónicos coexiste con otras condiciones mórbidas y en numerosas ocasiones con situaciones de dependencia, discapacidad y fragilidad, siendo precisamente estos pacientes los que representan la mayor carga asistencial en países con economías avanzadas^{25,26}. La fragmentación del sistema sanitario –y los problemas de continuidad asistencial que genera– comprometen la calidad de la asistencia²⁷⁻³⁰, así como la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios al incrementar el número de interconsultas y prolongar la estancia en los hospitales. El informe de la Future Hospital Commission en el Reino Unido³¹ y la emergencia del “hospitalismo” en Estados Unidos^{32,33} –entre otras iniciativas– han sido respuestas a estos problemas adaptadas a las características de sus respectivos sistemas sanitarios, siendo común a ambas un regreso al “generalismo”, la asistencia integral de la persona enferma que Osler propugnaba³⁴.

La necesidad de los sistemas sanitarios de prestar una asistencia sanitaria integral; continuada, centrada en la persona^{24,36,37} y acorde con los principios del profesionalismo médico, requiere de una especialidad médica cuyo foco de interés es la persona enferma, especialmente para aquellos pacientes con patología indiferenciada, compleja o con múltiples comorbilidades. La MI debe, por tanto, ocupar un papel central en el sistema sanitario para mejorar su eficacia y posibilitar su sostenibilidad, especialmente en relación con la asistencia hospitalaria (“medicina hospitalista”).

La definición de “hospital” ha evolucionado desde la concepción de “institución cerrada” al hospital que se proyecta más allá de sus fronteras físicas para desarrollar nuevas modalidades asistenciales que no precisan ingreso en el centro, incluyendo la hospitalización a domicilio^{31,39-43}. El concepto de “hospitalista”³² se extiende, en el ámbito de actividad del internista, más allá de los propios SMI para garantizar la atención continuada y la calidad asistencial en todo el hospital mediante las actividades de asistencia compartida⁴⁵⁻⁴⁹, interconsulta y asistencia continuada las 24 horas, contribuyendo a la implantación de estándares de calidad en la asistencia al paciente ingresado^{31,50,51}. Por otra parte, para garantizar una asistencia integral y la continuidad asistencial el “hospital” debe establecer vínculos con la atención primaria (AP) y comunitaria, desdibujando la interfaz entre estos dos ámbitos³¹. Para alcanzar este objetivo, la MI tiene un relevante papel estableciendo vínculos con los equipos de AP.

1.6. El “Hospital del Futuro”

El informe de la SEMI sobre el “Hospital del Futuro”³ resumía sus conclusiones y propuestas en 10 puntos³⁹:

- + El hospital se configurará como una plataforma (hub) de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales.
- + El hospital se organizará por procesos asistenciales y deberá modificar su organización.
- + La intensidad tecnológica y de cuidados aumentará, la duración de la estancia disminuirá y el hospital deberá asegurar la calidad 24 horas del día los 365 días del año.
- + La atención sistemática al paciente crónico complejo desdibujará las barreras entre atención especializada, atención primaria y los servicios sociales.
- + El paciente dejará de ser un sujeto pasivo, integrándose activamente en el equipo de salud.
- + Las áreas y unidades asistenciales sustituirán a la actual estructura en servicios y especialidades de los hospitales.
- + La digitalización modificará radicalmente la organización y la prestación de servicios, dentro y fuera del hospital, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria.
- + La gobernanza de los hospitales establecerá un equilibrio entre gestores y clínicos, incorporará a los pacientes a través de sus organizaciones y transferir capacidad de gestión a las redes y unidades asistenciales.

- + Variabilidad organizativa, homogeneidad en calidad y organizaciones duales.
- + La MI y el internista: agentes clave de «El Hospital del Futuro».

La pandemia producida por el SARS-CoV-2 en 2020 impulsó, con una notable participación de los SMI, importantes cambios en la organización de los hospitales en las direcciones propuestas por el “Hospital del Futuro”⁵, pero los cambios se han ido atenuando volviendo a la organización piramidal y divisionaria por servicios, con la excepción de las tendencias hacia la teleasistencia (especialmente teleconsulta) y a la “ambulatorización” de procesos⁴.

1.7. El papel de la Medicina Interna en el hospital general

La “Reflexión Estratégica de la SEMI”⁶ ha supuesto un notable esfuerzo en la identificación de las funciones a desarrollar por la MI y los SMI en la sanidad actual. Como líneas relevantes de actuación para los SMI, se mencionaban los siguientes:

- + Establecer como línea estratégica la **asistencia integral y la continuidad asistencial**, como la principal aportación de la MI al sistema sanitario.
- + Promover el desarrollo de la **asistencia compartida y la hospitalización a domicilio** por los SMI, así como la implantación de las propuestas del “hospital del futuro” (coordinación de la asistencia del paciente no programado ingresado en el hospital; **atención sistemática al paciente crónico complejo y al paciente ingresado en el hospital**).
- + Promover la implantación y desarrollo en los SMI de las **unidades de respuesta rápida**.
- + Establecer / actualizar estándares para estas modalidades asistenciales y evaluar su coste/ efectividad.
- + Promover la colaboración de MI con la AP en el ámbito comunitario para el paciente crónico complejo/pluripatológico. Establecer **alianzas con las subespecialidades para abordar un manejo conjunto de los pacientes con condiciones crónicas complejas (PCCC)** (unidades integradas; integración de los internistas en los comités de tumores/unidades multidisciplinarias de cáncer, etc.).

1.8. Complejidad hospitalaria y organización del servicio de Medicina Interna

El informe del “Hospital del Futuro” de la SEMI señalaba que las formas organizativas y de gestión no pueden ser las mismas en un hospital de elevado volumen asistencial y alta complejidad que en un hospital local⁽¹⁾, mientras que los estándares de calidad de la asistencia se deben mantener. La necesidad de adecuar la organización y gestión al tipo de hospital aplica a la organización de los SMI y su relación con el resto de las especialidades hospitalarias, especialmente subespecialidades médicas⁽²⁾.

Los hospitales menos complejos (hospitales “locales”) y, en consecuencia, los SMI en esos hospitales, se enfrentan a varios problemas en parte derivados de la difícil cobertura de plazas y la alta rotación de profesionales. Una propuesta para paliar estos problemas sería integrar a estos centros en redes asistenciales con plantillas vinculadas con los hospitales de “área de salud” correspondiente. El SMI de la red garantizaría el mantenimiento de las consultas monográficas que se recomiendan para los hospitales menos complejos.

La reflexión estratégica de la SMI señalaba el problema que confrontan los “hospitales locales” en relación con las subespecialidades médicas, pues en estos hospitales los subespecialistas no tienen un volumen asistencial suficiente como para mantener las competencias específicas de su especialidad; generalmente están aislados, lo que tampoco contribuye a esta cuestión; y se deben integrar en las guardias médicas generales, a veces sin las competencias y sin la predisposición para hacerlo. Como alternativa, la reflexión estratégica de la SEMI propone que las plantillas de los SMI de los hospitales “locales” estén integradas por internistas con formación avanzada en subespecialidades y habilidades complementarias con el apoyo de los subespecialistas del hospital de área de salud de referencia. Dentro de las habilidades complementarias se debería contemplar la capacitación avanzada en procedimientos ecoguiados (toracocentesis, paracentesis, accesos vasculares, biopsias básicas, etc.)⁵².

En las tablas 1 y 2 se aborda esquemáticamente la adaptación de la organización de los SMI dependiendo de la complejidad del hospital, entendiéndose estos esquemas se deben adaptar a cada hospital y Servicio de Salud, por lo que no deben interpretarse como estándares. A los efectos de la tipificación de hospitales por su complejidad, se ha adoptado por clasificarlos en tres grupos: <200; 200-499; y ≥ 500 camas), lo que no deja de ser una convención utilizando un proxy de complejidad que no captura toda la diversidad posible. La tabla 1 muestra la complejidad como un continuo desde los hospitales “locales” a hospitales de “Área de Salud” que pueden tener un número variable de servicios de referencia regional e, incluso, nacional (Centros y Servicios de Referencia del Sistema Nacional de Salud -CSUR-).

1 Hospitales de 200 camas o menos, que atienden a poblaciones de unos 100.000 habitantes o menos, en numerosas ocasiones en ámbitos geográficos con una amplia dispersión poblacional)

2 Se utiliza el término de “subespecialidad” para referirse a las especialidades médicas derivadas de la medicina interna: cardiología, digestivo, neumología, neurología, etc.

Tabla 1. Organización de los servicios de medicina interna y complejidad hospitalaria

	Hospitales locales (< 200 camas y ≤ 100.000 habitantes)	Hospitales de Área de Salud
Organización del servicio de Medicina Interna	Creación de redes asistenciales de los SMI de “área de salud” con los SMI de los hospitales “locales”	
	Internistas con formación avanzada en las distintas subespecialidades con el apoyo de los subespecialistas del hospital de área de salud de referencia ⁽³⁾	Servicio de Medicina Interna y servicios diferenciados de subespecialidades médicas
Paciente grave y agudamente enfermo ingresado en el hospital. Asistencia directa por el SMI	Asistencia directa por el SMI	Asistencia directa por el SMI y por los servicios de subespecialidades
Paciente enfermo ingresado en el hospital. Asistencia compartida	Con servicios quirúrgicos	Con servicios quirúrgicos y potencialmente con servicios de subespecialidades médicas (por ejemplo, oncología)
Interconsulta hospitalaria	Marginal (asistencia compartida como norma)	Con aquellos servicios donde no esté establecida la asistencia compartida
Hospitalización de día	Hospital de día médico (general)	Puestos de hospital de día en plantas de los SMI
Hospitalización a domicilio	Gestionada por el SMI	Importante desarrollo de la HaD por el SMI, potencialmente otros servicios pueden tener HaD
Programa de atención al PCCC	Todos los SMI deben desarrollarlo	
Unidades multidisciplinarias	Alguna unidad monográfica del SMI (UMIPIC)	Unidades multidisciplinarias (insuficiencia cardiaca; unidades multidisciplinarias de cáncer; etc.) con incorporación de internistas del SMI
Prehabilitación quirúrgica	Implantación progresiva, especialmente con los servicios con asistencia compartida	
Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos	No diferenciada (camas en sala de MI)	Diferenciada dentro del SMI
Consulta ambulatoria general	Todos los SMI (referente principal para los médicos de AP)	
Consulta ambulatoria monográfica	Tabla 2. Consultas Monográficas	
Consulta de atención inmediata	Todos los SMI deben desarrollarla	
Teleconsulta (paciente-internista)	Todos los SMI deben desarrollarla (indicaciones del grupo de nuevas tecnologías de la SMI)	
E-consulta (médico AP-internista)	Cribado de derivaciones desde AP	

³ Puede ser problemático porque algunas experiencias no son buenas. Debe garantizar el compromiso de los servicios de subespecialidad del hospital de área de salud con la calidad y equidad de la cobertura del servicio en los hospitales locales

Tabla 2. Consultas monográficas mínimas recomendadas de los servicios de medicina interna dependiendo de la complejidad del hospital

Consultas/Unidades Monográficas	Baja complejidad	Alta complejidad
Enfermedades Sistémicas		X
Enfermedades Minoritarias		X
Enfermedades Infecciosas	X	X
Enfermedad Tromboembólica		X
Riesgo Vascular		X
Insuficiencia cardiaca	X	X
Consulta ambulatoria de diagnóstico rápido	X	X
Cuidados Paliativos		X

Fuente: Comité director y ampliado. Consultas monográficas cuya presencia en hospitales por su complejidad obtuvieron un porcentaje de respuestas positivas superior al 70% (sombreadas)

1.9. Implementación de los estándares

La implementación de los estándares está fuera del alcance de este informe. La experiencia con SEMI-Excelente señala que se debería facilitar su implementación con herramientas digitales (cuadros de mando, autoevaluación online, etc.), así como mediante formación para los jefes de servicio y equipos clínicos.

2.

Modalidades asistenciales y procesos

2.1. Objetivo del informe que se presenta

Dentro de los objetivos señalados para el proyecto, esta parte del informe tiene como misión elaborar una primera propuesta de estándares de los procesos clave que facilite su análisis y debate por los comités del proyecto (director y ampliado), así como por los respectivos grupos de trabajo de la SEMI. Para elaborar el mapa de procesos clave se han agrupado los procesos asistenciales vinculados a las modalidades asistenciales en los tres grandes bloques de procesos identificados en los estándares de 2016, ligeramente modificados para incorporar las modalidades asistenciales alternativas a las más clásicas:

1. Asistencia al paciente grave y agudamente enfermo. Hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional.
2. Medicina ambulatoria.
3. Proceso asistencial del paciente crónico con necesidades asistenciales complejas. En este informe se adopta la terminología de “paciente con condiciones crónicas complejas” (PCCC), definido como paciente con una o más enfermedades crónicas mayores y condiciones que hacen su asistencia más compleja; engloba los conceptos de “paciente crónico complejo” y “paciente pluripatológico”⁵³.

2.2. Primer bloque de procesos. Asistencia al paciente grave y agudamente enfermo. Hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional

Paciente “grave y agudamente enfermo” se define como la persona con un problema agudo (pacientes previamente asintomáticos con un problema agudo o crónicos descompensados) que por su gravedad puede tener indicación de ingreso hospitalario⁽⁴⁾. El “Hospital del Futuro” señalaba los problemas de continuidad asistencial dentro del hospital y llamaba a la MI a “liderar el desarrollo de la coordinación de la asistencia aguda”.

El “Hospital del Futuro” proponía crear una estructura de coordinación de la asistencia al paciente ingresado no programado que, con un enfoque clínico de mejora de calidad asistencial, garantice óptimos estándares no solamente en las plantas de MI sino en las de todo el centro. La coordinación de la asistencia al paciente ingresado en el hospital debería reducir la mortalidad hospitalaria, así como la incidencia de complicaciones y eventos adversos, reducir los riesgos de empeoramiento de la condición de salud (dependencia, discapacidad, fragilidad), menor estancia hospitalaria, una transición segura a la comunidad y disminuir los reingresos o las asistencias en el servicio de urgencias.

4 Puede aplicar a pacientes con ingreso programado que sufren una complicación que agrava de forma aguda y grave su condición.

En el Reino Unido la asistencia en las “unidades de corta estancia”, llevadas por internistas (“acute medicine”), se ha asociado a disminución de la mortalidad y de la estancia hospitalaria⁵⁴. Los modelos “hospitalistas” de Estados Unidos persiguen el mismo objetivo y un modelo de “hospital generalista” ha sido desarrollado en Singapur^{55,56}, apoyándose ambos modelos en médicos de familia. Un grupo de trabajo específico formado en el seno de los trabajos del “Hospital del Futuro” revisó los estándares de atención en este proceso³. Aunque sin traslación automática al sistema sanitario español, estas iniciativas muestran el beneficio de incorporar sistemáticamente una visión generalista en la asistencia hospitalaria.

Dentro del marco descrito, se han desarrollado alternativas a la hospitalización convencional, como la hospitalización a domicilio, que se proponen considerar en este grupo de procesos.

2.2.1. Paciente grave y agudamente enfermo ingresado en el hospital

Los estándares para la asistencia hospitalaria del paciente grave y agudamente enfermo ingresado están basados en los de la guía NICE 50⁵⁰. La implicación directa del SMI en la aplicación de los estándares de calidad a los pacientes ingresados en hospitalización convencional es solamente posible en dos modalidades asistenciales: cuando el paciente es atendido directamente por el SMI o en los programas de asistencia compartida con otros servicios.

2.2.1.1. Paciente grave y agudamente enfermo ingresado en hospitalización convencional dependiendo directamente del SMI

Determinación del inicio del proceso para los SMI

El paciente ingresado en hospitalización convencional por un proceso agudo –o por descompensación o complicación de uno crónico– en los SMI, puede proceder de urgencias; traslado de otro servicio; etc., por ello es preciso definir el momento en el que el proceso asistencial se inicia para el SMI. Se propone que este inicio se determine **cuando un internista se hace cargo del paciente con independencia del dispositivo asistencial** en donde se realice este primer contacto: servicio de urgencia, salas de medicina interna, pacientes atendidos directamente por el SMI en otras plantas, etc.

Niveles de cuidados en la hospitalización convencional

Generalmente en las salas de MI se han atendido a pacientes que requieren un nivel de cuidados 0 según la clasificación de la Intensive Care Society de Reino Unido (hospitalización convencional). En este ranking, los cuidados intermedios se considera el nivel de cuidados 1. Los servicios de especialidades médicas están incorporando en las plantas de hospitalización la asistencia a pacientes que requieren un nivel 1 de cuidados. Una unidad de hospi-

talización con monitorización central 24 horas es típicamente una unidad de nivel 1⁽⁵⁾. Ambos niveles de cuidados (0 y 1) se consideran “hospitalización convencional” y participan del mismo proceso asistencial.

2.2.1.2. Asistencia compartida

Los estándares de las unidades de Medicina Interna de la SEMI^{1,58} incorporaban la implantación de una atención sistemática al paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital (guía NICE 50). La estructura de coordinación de la asistencia en el hospital sería la responsable de que se garantizaran dichos estándares en todos los servicios del hospital y en todo el continuo asistencial, desde las urgencias a los cuidados críticos. La colaboración de la MI con otras especialidades y profesionales es precisa para desarrollar y aplicar los estándares de calidad de la asistencia al paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital, siendo la **asistencia compartida** en especial, pero no limitada, a los servicios quirúrgicos, la modalidad asistencial probablemente más eficaz para garantizar una asistencia continuada y de calidad^{48,59-62}. Recientes metaanálisis han hallado que la asistencia compartida puede estar asociada con menor mortalidad y estancia hospitalaria en pacientes quirúrgicos⁶³, y más específicamente en pacientes vasculares⁶⁴. El *Working Group on Professional Issues and Quality of Care of the European Federation of Internal Medicine* recomienda que las sociedades de MI impulsen la implantación de la asistencia compartida, así como la evaluación de su impacto en resultados clínicos, seguridad del paciente, eficiencia y satisfacción⁴³. A diferencia del proceso anterior, de atención al paciente grave y agudamente enfermo ingresado, la asistencia compartida incluye también a los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos de forma programada.

2.2.2. Interconsulta hospitalaria

La asistencia compartida implica la asignación de recursos de forma permanente, estable y programada a esta actividad, la existencia de un responsable o coordinador de la unidad y la asistencia compartida del paciente en sala con otro servicio o unidad (protocolos de asistencia compartida establecidos). Si no se cumplen todos estos requisitos no se considera que exista una unidad de asistencia compartida, sino una **interconsulta hospitalaria**⁶⁵.

2.2.3. Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HaD) es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional, siendo su objetivo evitar el ingreso hospitalario o reducir la estancia en el hospital⁶⁶. Una reciente revisión Cochrane concluyó que la HaD puede proporcionar una alternativa eficaz a la atención hospitalaria para un grupo seleccionado de personas mayores con indicación de ingreso hospitalario; probablemente influye poco o nada en los resultados de salud de los pacientes, pero puede mejorar su satisfacción, reducir la probabilidad de ingreso

5 Como ejemplos de pacientes que requieren este nivel de cuidados, la Intensive Care Society expone: “Pacientes que requieren observaciones o intervenciones más frecuentes, incluido el apoyo básico a un único sistema orgánico y los que son trasladados de niveles de cuidados superiores”; o “Pacientes que necesitan un mayor nivel de observación y monitorización que no puede proporcionarse con seguridad en una planta de hospitalización convencional, en función de las circunstancias clínicas y los recursos de la planta”

en residencia y disminuir los costes⁶⁷. En la actualidad hay programas de HaD desde neonatos en todos los rangos de edad y para pacientes médicos, quirúrgicos, infecciosos, trasplantados, etc.

2.2.4. Modalidades y procesos asistenciales “clave” de los SMI relacionados con la continuidad y calidad asistencial del paciente grave y agudamente enfermo

Como modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con la continuidad y calidad asistencial en este grupo de procesos se proponen:

- + Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital:
 - Asistido directamente por el SMI
 - Asistencia compartida del SMI con otras especialidades médicas y quirúrgicas
- + Interconsulta hospitalaria
- + Hospitalización de día

2.3. Segundo bloque de procesos. Medicina ambulatoria

2.3.1. Actividad presencial con el paciente⁽⁶⁾

2.3.1.1. Consulta presencial

Existe una cierta confusión terminológica en la actividad ambulatoria de consulta, llamando en ocasiones “consulta” a dos actividades que son diferentes por sus objetivos, intervinientes, metodología y resultados, así como probablemente por las cargas de trabajo que conllevan. Por “consulta” se entenderá en este informe la relación directa del paciente con el SMI. El paciente puede ser referido por otro médico hospitalario o de atención primaria; ser derivado a consulta externa al alta de hospitalización o de urgencias, o para seguimiento. Por “interconsulta” ambulatoria se entiende la relación directa entre el internista y el médico que requiere su opinión o consejo, sin que el internista trate directamente con el paciente.

La consulta externa ambulatoria puede ser general o estar vinculada al seguimiento ambulatorio en las unidades monográficas de MI (consultas monográficas).

6 Se puede ordenar la actividad ambulatoria por el origen de la solicitud: atención primaria; otros servicios hospitalarios; etc.

2.3.1.2. Unidades de diagnóstico rápido. Consultas de atención inmediata⁽⁷⁾

Las “**unidades de diagnóstico rápido**” o “**consultas de atención inmediata**”^{68,69} son unidades de referencia para el manejo ambulatorio de pacientes con sospecha de cáncer, o síntomas/signos no específicos como pérdida de peso, anemia o fiebre de origen desconocido. Este modelo asistencial evita hospitalizaciones innecesarias, así como referencias a los servicios de urgencias hospitalarios, aumentando la satisfacción del paciente respecto de la hospitalización convencional⁶⁸, es coste-efectiva⁷⁰ y se puede desarrollar en hospitales de distinta complejidad⁷¹.

2.3.1.3. Prehabilitación quirúrgica. Consulta preoperatoria

Los PCCC se consideran candidatos a determinadas intervenciones quirúrgicas o percutáneas (por ejemplo, prótesis de rodilla o cadera, o sustitución valvular aórtica percutánea -TAVI-). La prehabilitación quirúrgica en estos pacientes ha mostrado potencialmente su eficacia en la mejora de los resultados, aumenta la satisfacción de los pacientes y disminuye costes reduciendo la estancia hospitalaria y la morbilidad⁷².

2.3.1.4. Hospital de día

El hospital de día se define como “unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, sin suponer el internamiento en el hospital”⁹.

2.3.2. Medicina ambulatoria sin presencia del paciente. Telemedicina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina, como:

- + La prestación de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico.
- + Por profesionales que emplean las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos válidos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones.
- + Para el desarrollo de actividades de investigación y evaluación, así como para la formación permanente de los profesionales sanitarios, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en las que viven^{73,74,(8)}.

7 Existe la duda de si siempre debe ser presencial o se puede organizar a través de un sistema de cribado mediante e-consulta.

8 Tomado del documento de la SEEN sobre teleconsulta. Ref.: 74.

El grupo de nuevas tecnologías de la SEMI define la *telemedicina* como un “acto médico no presencial que pone en contacto al paciente –también puede ser un médico– con el profesional sanitario, utilizando tecnologías digitales de la información y la comunicación”. Las aplicaciones de la telemedicina sirven de soporte a la atención del PCCC y a la HaD, así como la telemonitorización de constantes vitales en agudizaciones, las videoconsultas con otros especialistas, la resolución de dudas sobre tratamientos a pacientes crónicos (educación sanitaria) o la prescripción electrónica.

2.3.2.1. Teleconsulta

La **teleconsulta** se refiere a la consulta del paciente con el internista⁹⁾ y se ha consolidado como una modalidad asistencial en los SMI tras la pandemia del SARS-CoV-2⁴. Las Sociedades Españolas de Endocrinología y Nutrición y de Neumología y Cirugía Torácica han desarrollado guías para esta actividad^{74,75} y la Sociedad Española de Cardiología elaboró un documento de consenso sobre consulta telemática⁷⁶.

2.3.2.2. E-consulta

La **e-consulta** se refiere a la interconsulta de un médico con el internista. En los servicios de cardiología se ha mostrado como un método seguro y eficaz de cribado de las referencias de los médicos atención primaria⁷⁷⁻⁷⁹, y se ha mostrado asimismo como una herramienta clínicamente útil y segura en la valoración de pacientes remitidos desde AP al SMI⁸⁰.

2.3.2.3. Telemonitorización

Se ha descrito su eficacia para el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la monitorización de pacientes dados de alta a domicilio por COVID-19, o en el seguimiento de pacientes con insuficiencia cardíaca⁸⁴.

9 Dentro del equipo asistencial del SMI otros profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras pueden realizar teleconsultas con pacientes para seguimiento y monitorización; educación sanitaria; etc.

2.3.3. Modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con los procesos ambulatorios

Modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con los **procesos ambulatorios** son:

- + Consultas presenciales del paciente:
 - Consulta presencial, general o monográfica.
 - Consulta de atención inmediata. Unidades de diagnóstico rápido.
 - Prehabilitación quirúrgica de pacientes PCCC.
- + Hospitalización de día.
- + Medicina ambulatoria sin presencia del paciente-Telemedicina:
 - Teleconsulta.
 - E-consulta.
 - Seguimiento remoto.

2.4. Tercer bloque. Proceso asistencial del paciente con condiciones crónicas complejas

La reflexión estratégica de la SEMI señala que la “asistencia integral” es, junto con la continuidad asistencial, el otro gran componente de la aportación de valor de la MI a la sanidad. Una asistencia integral se debería traducir en un mejor manejo asistencial en el ámbito comunitario, mejorando los resultados en salud y calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo la elevada frecuentación hospitalaria (ingresos y urgencias) de los pacientes PCCC, y reduciendo la duración de la estancia, las complicaciones y los eventos adversos en el ingreso hospitalario. Para ello, la MI precisa establecer alianzas con la AP para prestar una atención integral a los PCCC a lo largo del continuo asistencial. La atención a aspectos como la alimentación, la movilidad, el estado de ánimo, la vivienda, la socialización, etc. forma también parte de una “atención integral”²⁶, por lo que el eje asistencial que representa la atención compartida MI-AP debe poder integrar en los planes de cuidados individualizados a otros especialidades y profesionales de la salud así como a los recursos sociales⁹⁵.

Las experiencias internacionales muestran que el **manejo sistemático de los PCCC** reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, así como disminuye la tasa de consultas urgentes y el consumo de medicamentos⁸⁶⁻⁸⁹.

Los PCCC son asistidos mediante las modalidades asistenciales incluidas en los bloques de procesos anteriores. Se ha diferenciado como un bloque específico por la carga que estos pacientes generan en los SMI, así como la necesidad de implantar una atención sistemática para estos pacientes.

2.4.1. Programas de atención al paciente con condiciones crónicas complejas

La SEMI ha optado por desarrollar estándares de calidad para los “programas” de PCCC⁹⁰. Los estándares de las unidades de MI recomendaban un sistema para la atención al paciente crónico basado en los criterios organizativos de las “unidades de pacientes pluripatológicos” como modelo para atender a estos pacientes¹, inspirado en el modelo de atención integrada desarrollado por Kaiser Permanente, una organización estadounidense de tipo *Health Maintenance Organization*^{8,91}. Las dificultades de implantación de este modelo, especialmente en lo referido a la “sectorización” de los SMI han aconsejado establecer estándares para los “programas” de PCCC, como estándares de atención que pueden ser desarrollados por los SMI, diferenciándolos de los de “proceso”, referido este último al desarrollo completo del modelo asistencial, que requiere el concurso de AP, servicios sociales y otros servicios.

2.4.2. Unidades multidisciplinarias de atención al paciente crónico con condiciones complejas

La eficacia de programas multidisciplinarios de atención sistemática a PCCC se ha descrito también con el manejo de la insuficiencia cardíaca en las unidades de insuficiencia cardíaca de los SMI⁹²⁻⁹⁴ y de los servicios de cardiología⁹⁵. Unidades multidisciplinarias se están implantando para numerosas condiciones asistenciales relacionadas con el manejo de PCCC: pacientes con cáncer⁹⁶; unidades cardio-renales⁹⁷; etc. La integración de la MI en estas unidades es necesaria dado el perfil asociado a estos pacientes.

2.4.3. Unidad de cuidados paliativos

Las unidades de Cuidados Paliativos son dispositivos especializados destinados a atender a personas con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, con pronóstico limitado y alta complejidad, que requieren un abordaje especializado y multidisciplinar. Parte de esta atención se presta por equipos de soporte en el ámbito comunitario. Algunos pacientes precisan ingreso en camas específicas de hospitales de agudos o de media estancia⁹⁸. Aunque la tendencia es a que se creen unidades autónomas, aproximadamente un tercio de los SMI tienen adscritas unidades de cuidados paliativos (UCP), especialmente en los hospitales generales de menos de 500 camas⁴.

2.4.4. Modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con la asistencia integral al paciente con condiciones crónicas complejas

Propuesta de modalidades y procesos asistenciales de los SMI relacionados con la integralidad de la asistencia al PCCC:

- + Programas de atención al PCCC.
- + Unidades multidisciplinarias de atención a los PCCC.
- + Unidad de cuidados paliativos.

2.5. Mapa de procesos de los SMI

En apartados anteriores se han identificado los “procesos clave” de los SMI y las modalidades asistenciales que atienden a esos procesos (figura 2).

Las modalidades asistenciales se identifican con procesos “transversales” que intervienen sobre los procesos asistenciales “longitudinales” (ejemplos: la insuficiencia cardíaca, la neumonía o la sepsis)(Figura 3), que son más frecuentemente objeto de las guías de práctica clínica, estando el establecimiento de estándares de calidad para estos últimos fuera del alcance de este informe.



Figura 2. Mapa de procesos "clave" y modalidades asistenciales. PCCC: Paciente con condiciones crónicas complejas

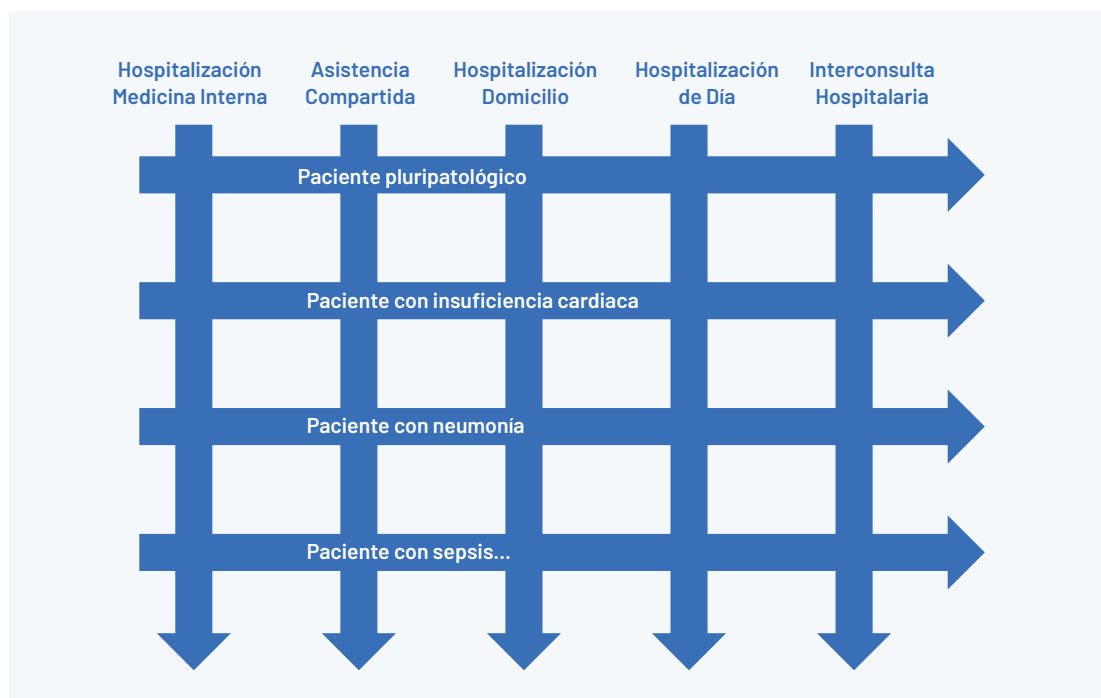


Figura 3. Esquema de relación entre procesos "transversales" y "asistenciales"

3. Estándares, indicadores y cargas de trabajo por procesos “clave” de los SMI

Los estándares de calidad se referirán a la estructura, procesos y, en la medida de lo posible, de resultados siguiendo la clasificación de A. Donabedian^{99,100}. En la terminología de Donabedian, “estructura” se refiere a la organización de la unidad asistencial, recursos materiales y humanos, adecuación de sus instalaciones y equipos, competencias de los profesionales y su organización, etc. “Proceso”, en el contexto de los estándares de los SMI, es la interacción entre el equipo asistencial y el paciente, es decir, la provisión efectiva de la asistencia. Los “resultados” se focalizan en aquellos relacionados con la mejora de la salud y calidad de vida¹⁰¹. En este sentido se están incorporando las medidas de resultado informadas por los pacientes (PROM)¹⁰², así como las medidas de “experiencia del paciente” (PREM)¹⁰³⁻¹⁰⁵.

Como se ha mencionado, no se incluyen dentro de los estándares de estructura para cada uno de los procesos “clave” los referidos a instalaciones y equipamientos, cuya disposición compete al hospital en dónde el SMI presta servicio y que pueden encontrarse en algunos de los documentos de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y los estándares establecidos por algunos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Siguiendo la metodología de la primera edición de los estándares de los SMI, se diferencia entre “requisitos” obligatorios, que se expresan como: “El SMI debe...”, y recomendaciones, que se expresan como: “Se recomienda que el SMI ...”; habiéndose añadido el término “se sugiere” para recomendaciones que están relacionadas con aspectos organizativos que trascienden al SMI, dependiendo de condiciones locales del hospital, del Servicio de Salud, etc. en dónde esté el SMI.

Para cada proceso se realiza una propuesta de indicadores y una estimación de las cargas de trabajo que para los internistas puede tener cada fase. La dotación de internistas se debe escalar a “Equivalentes a Tiempo Completo” (ETC), lo que implica la necesidad de dotar los recursos necesarios para la cobertura del puesto durante el tiempo de desempeño necesario⁽¹⁰⁾.

3.1. Primer bloque de procesos. Asistencia al paciente grave y agudamente enfermo. Hospitalización convencional y alternativas a la hospitalización convencional

Dentro de este grupo de procesos se han diferenciado los procesos:

- + Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital:
 - Asistido directamente por el SMI.
 - Asistencia compartida del SMI con otras especialidades médicas y quirúrgicas.
- + Interconsulta hospitalaria.
- + Hospitalización a domicilio.

10 Si, por ejemplo, se precisa 1 internista por cada 8 pacientes en una unidad de hospitalización convencional de 24 camas con un 80% de ocupación (20 pacientes ingresados, como promedio diario = 2,5 internistas) y la cobertura es de 365 días al año, para una jornada laboral anual establecida en 1.500 horas, se precisarían 4,3 internistas en ETC. Si se prevé que en los fines de semana y festivos la cobertura sea de 1 internista cada 20 pacientes ingresados se precisarían 3,6 internistas en ETC.

3.1.1. Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI

Los estándares para la asistencia hospitalaria del paciente grave y agudamente enfermo en los SMI están basados en los de la guía NICE 50⁵⁰. El informe “El Hospital del Futuro” de la SEMI, que contó con la participación de otras sociedades científicas, actualizó los estándares propuestos en 2016.

Los estándares de 2016 diferenciaban tres etapas: ingreso, seguimiento y alta. Dado que la mayoría de los pacientes dados de alta de los SMI son PCCC, y que en estos pacientes las guías de práctica clínica recomiendan un seguimiento inmediato post-alta, se ha incorporado esta cuarta etapa al proceso asistencial (Figura 4).

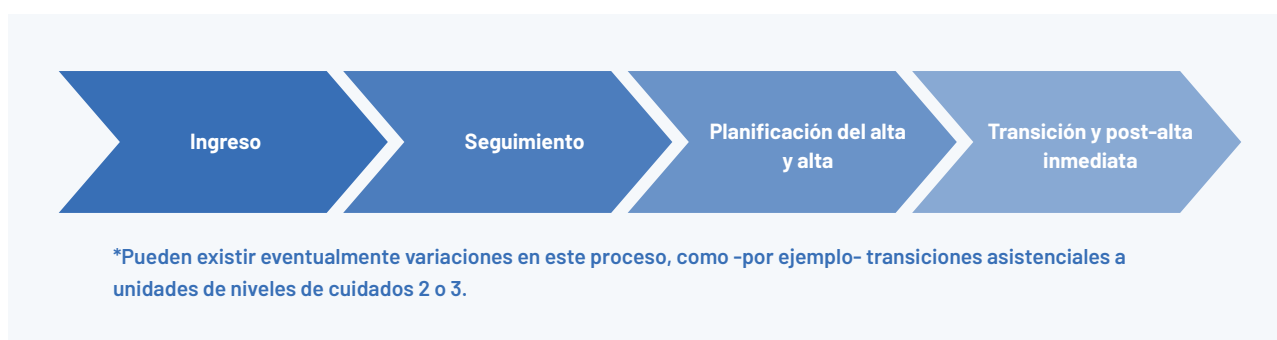


Figura 4. Etapas del proceso de hospitalización convencional

3.1.1.1. Estándares de estructura

- + Se recomienda que haya una dotación de internistas (en equivalentes a jornada completa) no inferior a 1 por cada 8 pacientes ingresados en las plantas de los SMI⁽¹¹⁾.
- + Se recomienda que la dotación de enfermeras y auxiliares en las plantas de los SMI se calculen función de la complejidad de los pacientes. En todo caso es recomendable una dotación de enfermeras no inferior a 1 por cada 10 pacientes, que debería aumentar a 1 por cada 4-6 pacientes en nivel 1 de cuidados (intermedios) de la *Intensive Care Society*¹⁰⁷.
- + Se recomienda que en las plantas de MI se pueda prestar un nivel 1 de cuidados⁵⁷ (disponibilidad de monitorización continua). Se debe aplicar esta recomendación de forma flexible y adaptada a las necesidades de cada hospital.
- + Se recomienda que los SMI tengan asignados gestores/as de casos para el seguimiento de los PCCC dados de alta.
- + Los SMI deberían disponer de ecógrafos en número suficiente y calidad adecuada, como para satisfacer sus necesidades clínicas. Dado el papel central de la ecografía clínica, y la expansión de dispositivos portátiles/inalámbricos, debería tenderse a que cada internista clínicamente activo disponga de acceso inmediato -idealmente personal- a un ecógrafo.

11 Se debe resaltar que el estándar se refiere a ETC, es decir que si los internistas asignados a planta tienen actividad, por ejemplo, en consultas externas, la ratio debe disminuir

3.1.1.2. Estándares de proceso

Ingreso

- + El paciente debe ser ingresado en hospitalización convencional solamente si no es posible el manejo de su condición clínica en otras modalidades asistenciales ambulatorias o en hospitalización domiciliaria.
- + El ingreso desde el servicio de urgencias o consultas externas debe incorporar una nota de ingreso, que incluya al menos la historia clínica; exploración; datos complementarios más relevantes; un juicio diagnóstico que incorpore la indicación de ingreso y, en su caso, condiciones del ingreso (por ejemplo, aislamiento); tratamiento para las 24 horas siguientes; y solicitud de pruebas complementarias.
- + Se recomienda que el paciente no permanezca más de 12 horas en el servicio de urgencias desde la orden de ingreso, evitando la estancia en urgencias durante la noche^{11,108,109}; asimismo, se recomienda que el paciente no se ingrese en camas no asignadas al SMI^{110,(12)}. En aquellos hospitales donde no hay asignación de camas por servicios es recomendable que los pacientes atendidos por el SMI estén en el mismo entorno.
- + Si el paciente proviene de un traslado desde hospitalización convencional de otro servicio deberá incluir un informe de traslado; el tratamiento activo; y haber sido aceptado el traslado por el SMI.
- + El paciente debe ser evaluado en las primeras 4 horas tras su llegada a planta, si no lo hubiera sido por el internista en el área de urgencias.
- + Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización.
- + Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos (niveles de cuidados 2 y 3) a las unidades de hospitalización polivalente (niveles de cuidados 0 y 1), entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso.
- + Se debe iniciar un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control de los pacientes ingresados¹¹¹.
- + Se deben protocolizar los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización.

12 Ocasionalmente ambos criterios pueden colisionar. El SMI deberá establecer en cada hospital que criterio debe prevalecer.

Seguimiento

- + El paciente debe tener un médico referente durante el periodo de hospitalización, que debe reconocer como responsable de su atención, que garantice la continuidad de la asistencia.
- + Se debe revisar pormenorizadamente la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos fármacos, con el fin de evaluar la adecuación de la medicación. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso.
- + Se deben revisar las infecciones con gérmenes multi-resistentes en ingresos previos, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posible aislamiento del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico.
- + Se debe realizar una valoración funcional, cognitiva y social en todo paciente de 75 o más años o de menor edad si hay signos o síntomas de deterioro cognitivo o fragilidad. La identificación de personas con fragilidad y atender sus necesidades es un aspecto crítico¹¹².
- + Se deben evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad y ansiedad. Respeto del sueño del paciente (toma de constantes, medicación, extracciones, etc.). En la tabla 3 se recogen las propuestas de cribado sistemático seleccionadas por los miembros de los comités del proyecto. En el Anexo 2 el posicionamiento de la SEMI sobre recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado¹¹³.
- + En los pacientes con multimorbilidad debe realizarse un método de cribado nutricional sencillo para identificar el riesgo de desnutrición. En los pacientes de riesgo se debe realizar una evaluación más detallada y desarrollarse un plan de tratamiento para consentir una terapia nutricional adecuada temprana y definir medidas de resultados de calidad de éxito¹¹⁴.
- + Se debe realizar diariamente el pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente¹¹⁵.
- + Se deben establecer las medidas de respuesta a las alertas de los sistemas “track and trigger” y los sistemas de relación con los servicios de cuidados críticos cuando sea preciso aumentar el nivel de cuidados.
- + Se recomienda que el pase de visita se realice todos los días^{116,117,(13)}.
- + Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento¹¹⁸.

13 La garantía de continuidad asistencial durante fines de semana y festivos requiere de una dotación de recursos suficientes a los SMI, así como la adopción de medidas de carácter organizativo.

Planificación del alta y alta

- + Se recomienda centrar la asistencia en el proceso asistencial que genera el ingreso, evitando estancias innecesarias por pretender resolver todos los problemas de salud durante el ingreso.
- + Es recomendable que se realice una planificación precoz del alta hospitalaria, elaborando cada centro un documento de planificación del alta adaptado a sus características.
- + Se deben valorar al ingreso las necesidades de soporte al alta, identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta y solicitar –cuando indicado– la colaboración de la unidad de asistencia social, así como –si preciso– de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc. para elaborar un plan asistencial personalizado.
- + Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento y cuidados²⁸. La valoración mediante escores de riesgo para eventos desfavorables (LACE Index, otros...), como el reingreso puede ser útil para identificar pacientes en los que realizar una actividad precoz tras el alta^{119,(14)}.
- + Se recomienda que se den altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que otros días⁽¹³⁾.
- + El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.
- + El informe de alta debe contener un plan asistencial personalizado con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria).
- + El informe de alta debe cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, así como las disposiciones de la Comunidad Autónoma sobre los informes clínicos.
- + El informe de alta debe facilitar el registro de la información contenida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, así como las disposiciones de las Comunidades Autónomas sobre esta materia. En el Anexo 3 se recogen las propuestas de requisitos y recomendaciones en relación con los informes de alta hospitalaria de los SMI.

14 La referencia 119 también lo considera de utilidad para ajustar el riesgo comparar tasas de mortalidad y reingresos precoces (30 días) entre hospitales

Seguimiento inmediato post-alta

En PCCC:

- + Se recomienda una teleconsulta por el gestor/a de casos dentro de las 72 horas post-alta y una consulta de seguimiento precoz a las 1-2 semanas después del alta para evaluar la situación clínica, tolerancia a los medicamentos y optimizar el tratamiento^{120,121,(15)}.

Tabla 3. Cribado sistemático de los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna

Test de cribado	Todos los pacientes ingresados	Pacientes de 75 o más años, o en los que se detecta/sospecha pluripatología; dependencia; discapacidad; o fragilidad
Barthel		x
Profund*		x
Frail		x
Paliar*		x
Cribado nutricional	x	x
EQ 5D-3L		x

Fuente: Comité director y ampliado. Pruebas de cribado que obtuvieron un porcentaje de respuestas positivas superior al 60% (sombreadas)

* Se puede prescindir de una u otra, según la población a la que se dirige

Véase asimismo la referencia 113, del Grupo Focal de Envejecimiento de la Sociedad Española de Medicina Interna y el Grupo de Trabajo de Pluripatología y Edad Avanzada: recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. En este documento de consenso se recomienda también el cribado de deterioro cognitivo (Short Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer).

3.1.1.3. Indicadores de resultado

Una mejor calidad en la asistencia al paciente ingresado se debe traducir en una mejora de los resultados:

- + Reducción de la mortalidad hospitalaria.
- + Disminución de la incidencia de complicaciones y eventos adversos.
- + Disminución de riesgos de empeoramiento de la condición de salud (reducción de la discapacidad y fragilidad, aumento del alta a domicilio).
- + Disminución de la estancia hospitalaria.
- + Disminución del riesgo de reingreso (a los 7 y 30 días).
- + Disminución del riesgo de consulta de urgencias.

15 La revisión Cochrane citada (ref. 121) mostró modestos resultados de la gestión de casos por “clínicos” entrenados (generalmente enfermeras) no involucrados directamente en la asistencia directa al paciente-

Para el conjunto de las altas dadas por los SMI los indicadores sin ajustar (“brutos”) de mortalidad hospitalaria y de reingreso a los 30 días pueden tener escaso valor debido en parte al progresivo envejecimiento y complejidad de los pacientes ingresados en los SMI¹²². Como elementos de ajuste para generar indicadores más robustos:

- + **La mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD)** puede permitir la comparación, dentro del mismo SMI, de su evolución, siendo el estándar deseable su reducción.
- + **La mortalidad global ajustada por riesgo (Charlson)** es el indicador que utiliza la SEMI para comparar SMI entre sí⁴. Probablemente no es preciso segmentar para esta comparación los SMI por nivel de complejidad del hospital. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de la mortalidad global ajustada a riesgo de los SMI.
- + **Los indicadores de mortalidad por procesos** tienen probablemente mayor valor que la mortalidad global al referirse a un conjunto más homogéneo de pacientes. Los SMI deberían incorporar en sus cuadros de mandos la mortalidad hospitalaria (y los reingresos a 30 días) para los 10 procesos que más frecuentemente traten. Para la mortalidad global se pueden desarrollar los siguientes indicadores:
 - Mortalidad por procesos ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD). Evolución interanual. **Estándar: reducción**
 - Mortalidad por procesos ajustada a riesgo. La SEMI dispone de modelos de ajuste de riesgo específicos para la EPOC, el ictus, la insuficiencia cardíaca y la neumonía. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de la mortalidad por proceso ajustada a riesgo de los SMI.
- + **Los reingresos** globales a los 30 días pueden ser un indicador de calidad de los SMI⁽¹⁶⁾. La SEMI dispone de un modelo de ajuste de riesgo basado en el de los Centers of Medicare and Medicaid Services¹²³, así como modelos para algunos procesos específicos (los mencionados para la mortalidad y los reingresos tras artroplastia de cadera o rodilla)¹²⁴. En relación con los reingresos se proponen:
 - Reingresos globales a los 7 y 30 días⁽¹⁷⁾. Evolución interanual. Estándar: reducción.
 - Reingresos globales ajustados a riesgo. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de los reingresos globales ajustados a riesgo de los SMI.
 - Reingresos por procesos a los 7 y 30 días. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
 - Reingresos por procesos ajustados a riesgo. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de los reingresos para los procesos ajustados a riesgo de los SMI.

16 Se considera reingreso a los ingresos no programados calculándose el indicador dentro de los 30 días siguientes al alta. En la metodología de los CMS, asumida por la SEMI, hay otros motivos de exclusión como reingreso, aparte del que no se de urgencia como, por ejemplo, los envenenamientos, lesiones, etc.

17 En la 2ª Ronda Delphi se pregunta sobre la posible utilidad de los reingresos a 7 días.

- + **Incidencia de complicaciones y eventos adversos.** Una gran parte de la incidencia de complicaciones y eventos adversos (errores de medicación, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, etc.) están relacionados más específicamente con los cuidados de enfermería en las plantas de los SMI. Siendo estos indicadores muy relevantes y debiendo ser medidos, se proponen como más específicos de la asistencia médica:
 - Códigos de emergencia vital/1000 días de estancia⁽¹⁸⁾. El estándar debería ser su reducción interanual.
 - Reingresos en unidades de cuidados críticos > 24 horas tras el traslado.
- + **Calidad de vida. Empeoramiento de la condición de salud.** No se dispone de indicadores normalizados que permitan analizar sistemáticamente estos resultados. Los reingresos o las altas a centros sociosanitarios de personas que previamente vivían en domicilio pueden ser indicadores indirectos de estos riesgos. Se recomienda que los SMI recojan sistemáticamente medidas de resultado informadas por el paciente (PROM) antes del ingreso si fuera posible y al alta (o dentro de las 72 horas post-alta). Una posibilidad es que se utilice de forma generalizada el EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L)¹²⁵, validado, traducido al español y de uso gratuito, tanto durante el episodio de ingreso como en el seguimiento del paciente.
- + **Estancia hospitalaria.** El indicador de uso generalizado es la estancia hospitalaria ajustada por complejidad (GRD). El estándar sería su disminución en la comparación interanual del indicador para el SMI y estar por debajo de la media del indicador global para todos los SMI por nivel de complejidad del hospital (aproximado por número de camas)(SEMI).
- + **Consulta de urgencias.** Las consultas de urgencias deberían tener un tratamiento similar a los reingresos a los 30 días. No se dispone de información confiable en el ámbito del SNS para su cálculo por la SEMI. A nivel de cada SMI:
 - Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
 - Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta para los 10 procesos más frecuentes tratados por el SMI. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
- + **Experiencia del paciente.** Se recomienda su uso sistemático. Una posibilidad es utilizar el IEXPAC¹²⁶.

18 Se define como “código” la resucitación cardiopulmonar o la intubación.

3.1.1.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista

	Ingreso	➡	60'
	Día de estancia	➡	30'
	Alta	➡	45'

3.1.2. Asistencia compartida

Los estándares de proceso aplicables son superponibles –con algunas adaptaciones– a los del proceso asistencial del paciente grave y agudamente enfermo ingresado en el hospital asistido directamente por el SMI, así como los indicadores de resultado. Los estándares de estructura son relevantes, pues no en todos los SMI se diferencia adecuadamente la asistencia compartida de la interconsulta hospitalaria. La Society for Hospital Medicine ha desarrollado una guía para la implantación de la asistencia compartida⁵⁹ y el grupo de trabajo de Asistencia Compartida y Medicina Consultiva ha establecido unos estándares de certificación para la asistencia compartida, en los que se basan los propuestos en este informe.

El grupo de trabajo de la SEMI de Asistencia Compartida y Medicina Consultiva define la Asistencia Compartida (AC) como: **“La responsabilidad y autoridad compartidas en la asistencia médica a un paciente hospitalizado”**⁶⁵. En esta modalidad asistencial, el internista se hace responsable de los problemas médicos preexistentes y nuevos del enfermo, desde el ingreso hasta el alta, sin necesidad de interconsulta, habitualmente referido al ámbito quirúrgico, aunque no exclusivo de este. El modelo requiere asumir el concepto de equipo multidisciplinar, así como una atención médica de forma reglada, diaria y adaptada a la situación clínica del enfermo.

Las etapas de este proceso son las mismas que para el paciente ingresado en hospitalización convencional asistido directamente por el SMI (figura 3).

3.1.2.1. Estándares de estructura

- + La unidad de asistencia compartida (UAC) debe tener un responsable asignado de forma estable.
- + Se recomienda que haya una dotación de internistas (en equivalentes a tiempo completo) no inferior a 1 por cada 10 pacientes atendidos en asistencia compartida.
- + La dotación del resto de internistas en la UAC debe ser estable en el tiempo, permaneciendo de forma fija en la UAC un mínimo de cuatro meses.
- + Debe haber un acuerdo entre el SMI y los servicios a los que se presta AC definiendo el alcance ésta (todos los pacientes ingresados o solamente para determinados procesos o tipologías de pacientes), así como la asistencia fuera del horario laboral. Es recomendable que el documento de acuerdo también sea firmado por la dirección.
- + La UAC debe disponer de un manual de organización y funcionamiento.
- + El plan de calidad del SMI debe integrar los criterios aplicables a la UAC.
- + La UAC debe disponer de un cuadro de mandos, que debe contener los datos requeridos para su certificación en función de su nivel de complejidad. Se recomienda que el cuadro de mandos incorpore los indicadores de resultados.
- + La UAC debe elaborar una memoria anual.
- + La UAC debe realizar sesiones específicas de la actividad, cuya frecuencia estará en función del nivel de su nivel de complejidad.
- + Se recomienda que los pacientes asistidos mediante esta modalidad asistencial sean identificados en la historia clínica electrónica y se compute la actividad (ingreso, estancia, alta) tanto al SMI como al servicio que de ingreso del paciente.

3.1.2.2. Estándares de proceso

Los estándares de proceso durante el ingreso son los referidos al proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital asistido directamente por el SMI, sobre éstos, son estándares aplicables específicamente a la AC.

Ingreso

Cuando ingresa el paciente en el servicio donde se presta AC debe ser avisado el internista de AC a cargo de la asistencia a esos pacientes.

Planificación del alta y alta

Se recomienda que el informe de alta sea conjunto entre la UAC y el servicio al que se presta la AC. En caso de que esto no sea posible se debe prever en la historia clínica del paciente el alta por el SMI.

3.1.2.3. Indicadores de resultado

Las mejoras en resultados de la AC descritas se refieren a la reducción de las complicaciones postquirúrgicas⁴⁶; la disminución de duración de la estancia¹²⁷, la reducción de los reingresos a 30 días¹²⁸, disminución de costes^{47,48}; menor tiempo preoperatorio⁴⁹; menores transferencias a UCI por deterioro agudo; mayores posibilidades de alta a domicilio¹²⁹; y mejores niveles de satisfacción de cirujanos y enfermeras. Basándose en las posibilidades que ofrecen los sistemas de información, se proponen como medidas de resultados de la AC las siguientes:

- + La mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD) de los servicios en los que se presta AC puede permitir la comparación de su evolución dentro del mismo servicio (aquellos a los que se presta AC), siendo el estándar deseable su reducción.
- + Los indicadores de mortalidad por procesos tienen probablemente mayor valor que la mortalidad global al referirse a un conjunto más homogéneo de pacientes, proponiéndose como indicadores:
 - Mortalidad por procesos (los que se tenga protocolizados) ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD). En general deben ser los más frecuentes a los que se presta AC. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
- + En relación con los reingresos se proponen:
 - Reingresos globales a los 7 y 30 días (de aquellos a los que se presta AC). Evolución interanual. **Estándar: reducción**
 - Reingresos globales ajustados a riesgo. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de los reingresos globales ajustados a riesgo de los SMI.
 - Reingresos por procesos (los que se tenga protocolizados) a los 30 días. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
 - Reingresos por procesos ajustados a riesgo. Aunque se dispone de un ajuste específico para los reingresos a los 30 días tras artroplastia de cadera y de rodilla¹²⁴, solamente se podrá utilizar para comparar entre hospitales⁽¹⁹⁾ si la SEMI solicita la cesión del CMBD para las altas en las que se ha realizado este procedimiento.

19 Entre hospitales con AC para el servicio de traumatología o entre hospitales con AC para el servicio de traumatología frente a los que no tienen AC para este servicio.

- + Incidencia de complicaciones y eventos adversos. El objetivo sería la reducción de su incidencia respecto la situación basal.
 - Disminución de la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos.
 - Disminución de los reingresos en unidades de cuidados críticos.
 - Disminución de la incidencia de insuficiencia cardíaca o renal aguda, neumonía y sepsis postoperatorias.
- + Disminución de las cancelaciones/suspensiones y aplazamientos de quirófano.
- + Calidad de vida. Empeoramiento de la condición de salud. Se recomienda que los SMI recojan sistemáticamente antes (si posible) y al alta (o dentro de las 72 horas post-alta) medidas de resultado informadas por el paciente (PROM). Para determinados procesos y procedimientos se puede disponer de cuestionarios específicos, o puede utilizarse de forma generalizada el EuroQol-5D (EQ-5D).
- + Estancia hospitalaria. El indicador de uso generalizado es la estancia hospitalaria ajustada por complejidad (GRD). El estándar sería su disminución en la comparación interanual del indicador para aquellos a los que se presta AC.
- + Consulta de urgencias.
 - Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta de los servicios a los que se presta AC. Evolución interanual. **Estándar: reducción**
- + Experiencia del paciente. Se recomienda el uso sistemático de un PREM, como -por ejemplo- el IEXPAC.

3.1.2.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista

Las estimaciones de cargas de trabajo para el internista son las mismas que para el proceso del paciente ingresado atendido directamente por el SMI.

	Ingreso	➡	60'
	Día de estancia	➡	30'
	Alta	➡	45'

3.1.3. Interconsulta hospitalaria

La asistencia compartida implica la asignación de recursos de forma permanente, estable y programada a esta actividad, la existencia de un responsable o coordinador de la unidad y la asistencia compartida del paciente en sala con otro servicio o unidad (protocolos de asistencia compartida establecidos). Si no se cumplen todos estos requisitos no se considera que exista una unidad de asistencia compartida, sino una **interconsulta hospitalaria**. El grupo de trabajo de la SEMI de Asistencia Compartida y Medicina Consultiva define la interconsulta como: **“Solicitud a otro médico para que dé su opinión sobre el diagnóstico, la pauta a seguir o el tratamiento, o para asumir una responsabilidad directa sobre un problema específico del enfermo”**⁶⁰. Como etapas de este proceso se pueden diferenciar: recepción de la interconsulta, interconsulta, seguimiento y alta (figura 5). Aunque tradicionalmente la interconsulta se ha realizado de forma presencial es recomendable establecer un sistema de interconsulta por medios electrónicos (HCE) que puede evitar la presencialidad para la resolución de dudas o consultas que no requieran la valoración en persona del paciente.



Figura 5. Etapas del proceso de interconsulta hospitalaria

3.1.3.1. Estándares de estructura¹³⁰

- + Cada Centro debería de disponer de un procedimiento reglado. Sin embargo, de no existir, las reglas básicas recomendadas son:
 - El Servicio peticionario debería realizar su interconsulta en la Historia Clínica Electrónica del paciente. No se debería de aceptar una solicitud exclusivamente oral.
 - El SMI no debe rechazar ninguna solicitud
 - En la distribución de las interconsultas entre los facultativos del SMI se sugiere asignar los diferentes servicios a los mismos facultativos.
- + La respuesta ha de incluir: una breve exposición razonada, la solicitud de los estudios diagnósticos que se consideren precisos, el tratamiento que se considera necesario (conciliado con el previo) y, en su caso, el seguimiento. De la misma forma, si existe un procedimiento quirúrgico, se incluirán las indicaciones pre y post intervención

- + La respuesta podría no incluir aspectos que es preferible que realice el servicio peticionario. En este caso se recomienda hacerlo constar.
- + Siempre que sea posible debe de haber una comunicación personal entre los facultativos de ambos servicios.
- + El SMI ha de incluir las “recomendaciones al alta”, preferiblemente el día previo a la misma. Se incluirán las órdenes específicas y, de ser preciso, una cita ambulatoria en el SMI.

3.1.3.2. Estándares de proceso

Tiempos de respuesta			
1	Urgente	➡	Precisa respuesta inmediata
2	Preferente	➡	Respuesta en un plazo máximo de 24 horas
3	Ordinaria o normal	➡	Respuesta menos de 36 horas

3.1.3.3. Indicadores de proceso

No son aplicables para esta modalidad asistencial indicadores de resultado, dada su naturaleza de colaboración puntual en el proceso asistencial prestado por otro servicio. Como indicadores de proceso se proponen:

- + Tiempo de respuesta medio para las interconsultas no urgentes.
- + Número de interconsultas repetidas, entendidas como aquellas que se solicitan de nuevo a un mismo paciente y por el mismo motivo cuando ya se ha cerrado anteriormente. Esto podría indicar un cierre inadecuado o prematuro. No se computarán para este indicador aquellas interconsultas nuevamente realizadas para el mismo paciente y el mismo proceso mientras esté en curso (no finalizada) la interconsulta inicial.

3.1.3.4. Registro de la actividad

- + El SMI debe recoger al menos los siguientes datos de la actividad de interconsulta hospitalaria:
 - Número de interconsultas distintas de asistencia compartida.
 - Número de días que permanecen abiertas / promedio.
 - Número de visitas necesarias hasta su cierre / promedio.

3.1.3.5. Estimación de cargas de trabajo para el internista

	Primer contacto	➔	60'
	Visitas sucesivas	➔	30'

3.1.4. Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HaD) es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional, siendo su objetivo evitar el ingreso hospitalario o reducir la estancia en el hospital⁶⁶. Una reciente revisión Cochrane concluyó que la HaD puede proporcionar una alternativa eficaz a la atención hospitalaria para un grupo seleccionado de personas mayores con indicación de ingreso hospitalario. Aunque probablemente influye poco o nada en los resultados de salud de los pacientes, esta modalidad de hospitalización puede mejorar la satisfacción del paciente, reducir la probabilidad de ingreso en residencia y disminuir los costes⁶⁷. Entre otras indicaciones, puede ser eficaz en personas mayores en las que está indicado el ingreso hospitalario por una descompensación aguda¹³¹. El *HaH Users Group* y el Departamento de Salud de Queensland han elaborado estándares para esta modalidad asistencial^{132,133}. El concepto de “domicilio” puede incluir el de la residencia asistida en la que habite el paciente. Dentro de este proceso se pueden diferenciar como etapas: valoración de la indicación y adecuación de HaD (criterios clínicos, sociales y otros como la distancia); ingreso; seguimiento; alta; post-alta (figura 6).



Figura 6. Etapas del proceso asistencial de hospitalización a domicilio

Los estándares que se proponen son:

3.1.4.1. Estándares de estructura

- + La unidad de hospitalización a domicilio (UHAD) debe tener un responsable asignado de forma estable.
- + La UHAD debe disponer de un manual de organización y funcionamiento.
- + La UHAD debe establecer criterios explícitos de procesos y procedimientos susceptibles de HaD y los requisitos asociados de equipamiento y recursos humanos.
- + La UHAD debe disponer de un proceso genérico elaborado, en el que se contemple la gestión de las emergencias, efectos adversos y otras complicaciones del paciente.
- + La UHAD debe garantizar la gestión del soporte las 24 horas del día, con procesos y procedimientos para identificar el deterioro clínico con una guía robusta de niveles de deterioro.
- + La UHAD debe establecer criterios explícitos de reingreso del paciente en hospitalización convencional.
- + La UHAD debe prestar servicio los 365 días del año y debe contar con un punto fijo de contacto.
- + La UHAD debe disponer de un cuadro de mandos.
- + La UHAD debe elaborar una memoria anual.
- + La UHAD debe realizar sesiones específicas de la actividad, cuya frecuencia estará en función del nivel de su nivel de complejidad.

3.1.4.2. Estándares de proceso

Valoración inicial e ingreso

- + La UHaD debe establecer criterios clínicos, sociofamiliares, de distancia al hospital de referencia y estructurales de inclusión y exclusión del programa. Los pacientes seleccionados deben tener indicación clínica de ingreso hospitalario con un nivel 0 de cuidados.
- + El acceso de los pacientes a la HaD debe ser informado, consentido, voluntario e implantado en forma de cooperación paciente/cuidador y UHaD.
- + El paciente y la familia deben de ser informados de los cuidados que son necesarios asumir por su parte como la toma de constantes, la colaboración en curas sencillas, o la administración de medicación. En caso de ser necesaria una formación para su realización se iniciará desde el hospital y se continuará durante el ingreso en hospitalización domiciliaria.

Seguimiento

- + Todos los pacientes de HaD deben tener un plan individualizado de atención pactado entre los profesionales sanitarios, el paciente y sus cuidadores teniendo en cuenta la patología que ha provocado el ingreso, la gravedad clínica y los requerimientos de cuidados de enfermería. Ajustando las modalidades de atención telemáticas o presenciales tanto de médicos, como enfermeras, como otros integrantes del equipo (trabajadores sociales, rehabilitadores...) al plan inicial y adaptado de forma dinámica durante el ingreso del paciente.
- + La UHaD debe protocolizar la visita domiciliaria presencial, que debe incluir como mínimo la toma de constantes, anamnesis sobre síntomas y signos de la enfermedad que motivó el ingreso, y examen físico; la conciliación y administración de la medicación; y adaptar e informar del plan individualizado de seguimiento en los siguientes días de ingreso.
- + La visita domiciliaria telemática deberá incluir como mínimo el registro de las constantes del paciente efectuadas por él mismo o sus cuidadores, los síntomas y signos de la enfermedad que motivó el ingreso, la conciliación de la medicación y la adaptación e información del plan individualizado de seguimiento en los siguientes días de ingreso.

Planificación del alta y alta

- + Son aplicables los estándares y recomendaciones de planificación del alta y alta del paciente ingresado en hospitalización convencional.
- + La UHaD debe establecer acuerdos con la AP/servicios sociales para el alta del paciente.

Seguimiento inmediato post-alta

- + En PCCC se recomienda una teleconsulta por el gestor/a de casos dentro de las 72 horas post-alta y una consulta de seguimiento precoz a las 1-2 semanas después del alta para evaluar la situación clínica, tolerancia a los medicamentos y optimizar el tratamiento¹²⁰.

3.1.4.3. Indicadores de resultado

Son aplicables la mayor parte de los indicadores de la hospitalización convencional y pueden permitir la comparación de resultados entre la HaD y la hospitalización convencional de ingreso en el hospital.

- + **Mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD)**
- + **Mortalidad global ajustada por riesgo (Charlson)**
- + **Indicadores de mortalidad por procesos:**
 - Mortalidad por procesos ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD). Puede permitir la comparación de resultados de la HaD frente a la convencional. Evolución interanual, siendo el estándar deseable su reducción.
 - Mortalidad por procesos ajustada a riesgo para aquellos procesos en los que existen modelos de ajuste de riesgo específicos elaborados por la SEMI (EPOC, ictus, insuficiencia cardíaca y neumonía). El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de la mortalidad por proceso ajustada a riesgo de los SMI. Asimismo permite la comparación de resultados de la HaD frente a la convencional.

+ **Reingresos**

- Reingresos globales a los 30 días (en hospitalización convencional, con independencia de que se opte o no nuevamente por HaD). Evolución interanual. **Estándar: reducción**
- Reingresos globales ajustados a riesgo. El estándar propuesto es estar por debajo del promedio de los reingresos globales ajustados a riesgo de los SMI.
- Reingresos por procesos a los 30 días. Evolución interanual. **Estándar: reducción**

+ **Incidencia de complicaciones y eventos adversos**

- Ingresos en hospitalización convencional de pacientes en HaD.
- Mortalidad no prevista de pacientes en HaD.

+ **Riesgos de empeoramiento de la condición de salud.** Las PROM (por ejemplo, EQ-5D)¹²⁵ son unas medidas de resultado de relevante interés para la HaD y su comparación con la hospitalización convencional.

+ **Estancia hospitalaria.** Estancia hospitalaria ajustada por complejidad (GRD). Disminución en la comparación interanual.

+ **Consulta de urgencias.** Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta. Evolución interanual. **Estándar: reducción**

+ **Experiencia del paciente.** Se recomienda el uso sistemático de un PREM, como -por ejemplo- el IEXPAC.

3.1.4.4. Estimación de cargas de trabajo para el internista

	Valoración de pacientes	➔	45'
	Primera visita	➔	60'
	Visita sucesiva	➔	30'
	Teleconsulta	➔	15'

3.2. Segundo bloque de procesos. Medicina ambulatoria

Dentro de este grupo de procesos se han diferenciado los procesos:

- + Hospital de día
- + Consultas presenciales del paciente:
 - Consulta presencial, general o monográfica.
 - Consulta de atención inmediata. Unidades de diagnóstico rápido.
 - Prehabilitación quirúrgica de pacientes PCCC.
- + Medicina ambulatoria sin presencia del paciente:
 - Teleconsulta.
 - E-consulta.
 - Seguimiento remoto.

3.2.1. Hospital de día

Se trata de una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional²⁰, que presta asistencia a pacientes con deterioro de su condición clínica o que requieren tratamientos que precisan cuidados de enfermería durante algún tiempo (generalmente entre 1-4 horas) que potencialmente podían ser tratados y dados de alta a su residencia habitual sin precisar ingreso hospitalario. El proceso de hospitalización de día (HdD) consta de las fases de recepción, consulta, ingreso en box, procedimientos y alta (figura 7). Al tratarse de una acción puntual dentro del proceso asistencial no se incluyen indicadores de resultados. Los estándares que se proponen han sido adaptados de la monografía de Estándares y Recomendaciones del Hospital de Día del Ministerio de Sanidad⁹.

20 Como se ha comentado, se puede considerar asimismo como una actividad ambulatoria siendo correcto considerarla como tal en los SMI que así se considere



Figura 7. Etapas del proceso de hospital de día

3.2.1.1. Estándares de estructura

- + Se recomienda que los SMI que tengan un programa de PCC dispongan de puestos de hospital de día.
- + El SMI debe recoger al menos los siguientes datos de la actividad de HdD:
 - Número de sesiones en HdD.
 - Número de sesiones por proceso atendido en el HdD.

3.2.1.2. Estándares de proceso

- + El SMI debe elaborar vías clínicas para los procesos/procedimientos más frecuentemente asistidos mediante hospital de día.
- + El SMI debe establecer los criterios de alta de HdD.

3.2.1.3. Estimación de cargas de trabajo para el internista

	Sesión de HdD (criterio general)	➔	25'
	Valoración y manejo clínico del PCCC ⁽²¹⁾	➔	60'

21 Valoración, clínica, exploración, eco clínica, pautar tratamiento, revisión de analítica y tratamiento final y alta.

3.2.2. Consulta ambulatoria (general o monográfica)

Por “consulta” se entenderá en este informe la relación directa del paciente con el SMI. El paciente puede ser referido por otro médico hospitalario o de atención primaria, ser derivado a consulta externa al alta de hospitalización o de urgencias, o para seguimiento.

La consulta externa ambulatoria puede ser general o estar relacionada con el seguimiento ambulatorio de pacientes manejados clínicamente por las unidades multidisciplinarias o por las unidades monográficas de MI (consultas monográficas).

En este informe se mantienen los criterios de los estándares de 2016, que se reproducen. El proceso clásico de consulta se subdivide en recepción, atención / exámenes complementarios o interconsulta y alta / seguimiento. El proceso puede ser realizado en un solo acto (“consulta de alta resolución” –recomendable si se puede articular-) o en varios (consulta primera y sucesivas). La consulta y, especialmente, la interconsulta telemática con los médicos de los equipos de AP, se distinguen en este informe como modalidades asistenciales de la consulta ambulatoria.

Las etapas de este proceso son: recepción; consulta, exploraciones complementarias; alta (figura 8).



Figura 8. Etapas del proceso de consulta general

3.2.2.1. Estándares de proceso

Recepción

- + Los SMI deben establecer criterios de derivación a consulta externa con los médicos de AP del área de influencia del hospital.
- + Se recomienda que los SMI sean los referentes para el diagnóstico en relación con atención primaria mediante las consultas de diagnóstico rápido o de alta resolución, actuando de “puerta de entrada” de pacientes con patología compleja (pluripatología, crónico complejo), pacientes en rápido deterioro o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves.
- + Se recomiendan que los SMI implanten la e-consulta con los equipos de AP como método de cribado de las derivaciones de AP al servicio.

Atención/ Exploraciones complementarias

- + Se recomienda asignar un único médico referente del paciente en consulta.
- + La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y solicitud de los estudios adecuados y generar un informe al finalizar el proceso de consulta/interconsulta con un esquema básico que incluya los estudios realizados, la orientación diagnóstica y el plan/tratamiento a seguir.
- + Se recomienda establecer, en cada hospital, un número limitado de protocolos con demoras establecidas para la realización ambulatoria de los estudios complementarios que se consideren más útiles para llegar a un diagnóstico sin necesidad del ingreso del paciente.

Alta/Seguimiento

- + El SMI debe evitar revisiones innecesarias, según la situación clínica del paciente. El criterio general debe ser dar el alta de consulta y seguimiento del paciente por AP.
- + En los pacientes muy complejos se recomienda el seguimiento compartido con su médico de AP.
- + El HdD puede ser una alternativa a la consulta cuando el paciente requiere observación o la realización de algún procedimiento.

3.2.2.2. Estimación de las cargas de trabajo para el internista

	Consulta general	➔	30' por consulta primera
		➔	15' por consulta sucesiva
	Consulta monográfica	➔	40' por consulta primera
		➔	20' consulta sucesiva
	Consulta de alta resolución general	➔	40'
	Consulta de alta resolución monográfica	➔	50'

3.2.3. Unidades de diagnóstico rápido. Consultas de atención inmediata

Las “**unidades de diagnóstico rápido**” o “**consultas de atención inmediata**” son unidades de referencia para el manejo ambulatorio de pacientes con sospecha de enfermedad grave sin criterios de ingreso hospitalario.

3.2.3.1. Estándares de estructura

- + Debe disponer de una unidad monográfica con un internista dedicado a tiempo parcial o completo dependiendo del volumen asistencial del hospital.
- + Debe establecer los criterios de derivación a la unidad desde AP⁽²²⁾.
- + La consulta de atención inmediata se podrá realizar como e-consulta.

3.2.3.2. Estándares de proceso

- + Se debe citar al paciente en menos de 7 días desde la derivación de AP.
- + Se deben establecer circuitos rápidos y tiempos de demora cortos con los servicios de diagnóstico (imagen, endoscopia, etc.) para los pacientes asistidos en la unidad de diagnóstico rápido.
- + Se debe establecer como objetivo llegar a un diagnóstico antes de los 15 días desde la primera consulta.

22 Generalmente: pérdida de peso no intencionada; adenopatía u otras masas palpables; anemia de origen no aclarado; fiebre prolongada; dolor abdominal de causas no aclaradas tras estudio inicial; anomalías en estudios de imagen o pruebas de laboratorio sugerentes de enfermedad grave.

3.2.3.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista

	Primera consulta	➡	40'
	Consulta sucesiva	➡	20'
	Consulta de alta resolución	➡	50'

3.2.4. Prehabilitación quirúrgica. Consulta preoperatoria

La prehabilitación quirúrgica ha mostrado potencialmente su eficacia en la mejora de los resultados, aumentando la satisfacción de los pacientes y reduciendo costes acortando la estancia hospitalaria y reduciendo una potencial fuente de morbilidad evitable. Dada la naturaleza de colaboración en el proceso asistencial prestado por otro servicio, no se proponen indicadores de resultados. Las etapas propuestas para este proceso son: recepción, consulta/exploraciones complementarias, seguimiento, intervención, alta.

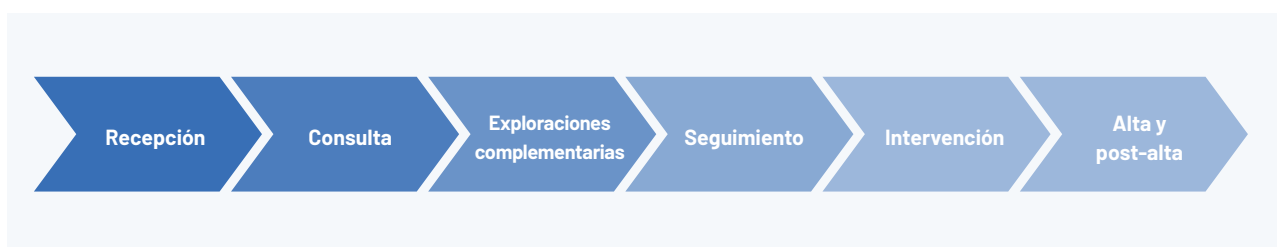


Figura 9. Etapas del proceso de prehabilitación quirúrgica

3.2.4.1. Estándares de estructura

- + Para la consulta pre-operatoria debe haber un acuerdo entre el SMI y los servicios quirúrgicos con los que se colabora en esta modalidad asistencial⁽²³⁾. El acuerdo debe especificar los criterios para referir los pacientes a la consulta preoperatoria de MI.
- + Se recomienda que se oferte esta modalidad asistencial a los servicios con los que existen acuerdos de AC.
- + El SMI debe disponer de una consulta monográfica destinada a esta actividad.
- + En el supuesto de que el SMI preste esta modalidad asistencial, debe registrar:
 - Número de consultas primeras de pacientes referidos a prehabilitación quirúrgica.
 - Número de consultas sucesivas hasta la fecha de intervención.
 - Número de pacientes que, referidos a esta consulta, finalmente no son intervenidos.
- + Se recomienda que el paciente referido a consulta de prehabilitación quirúrgica sea asistido al ingreso para intervención mediante AC.

3.2.3.2. Estándares de proceso

- + Los aplicables a la consulta del SMI.
- + Resto de la actividad relacionada con el proceso: los establecidos para la asistencia compartida.

3.2.4.3. Estimación de cargas de trabajo para el internista

	Primera consulta	➡	40'
	Visitas sucesivas	➡	20'

23 Eventualmente puede haber colaboración con servicios médicos que realizan procedimientos intervencionistas.

3.2.5. E-consulta

La e-consulta en el ámbito de la MI se refiere a la interconsulta de un médico, generalmente de AP, con el internista. Es generalmente asíncrona vía historia clínica electrónica (preferible) o correo electrónico. Se recomienda el uso de la e-consulta como medio de relación con atención primaria. Como etapas de este proceso se proponen: recepción de la interconsulta; análisis y respuesta (figura 10).

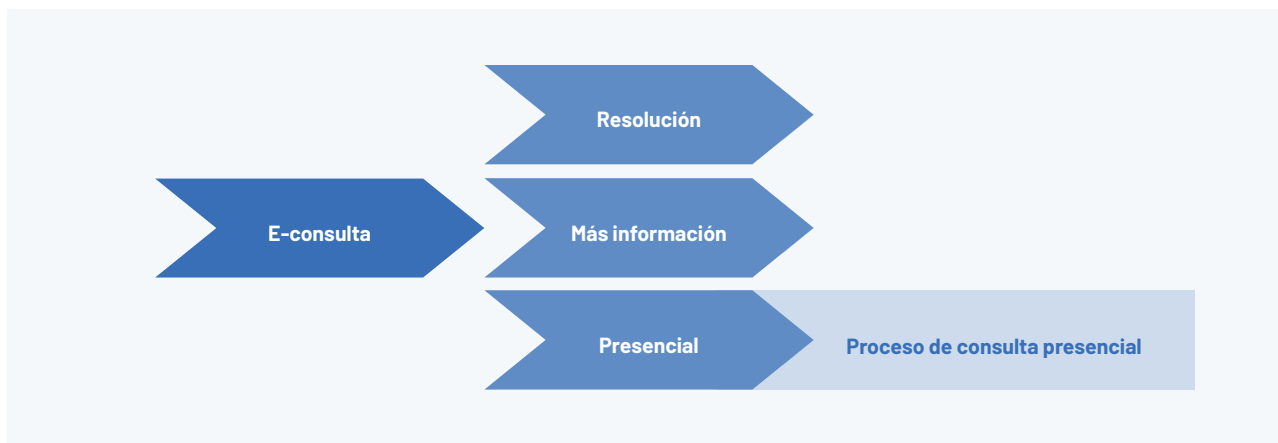


Figura 10. Etapas del proceso de e-consulta

3.2.5.1. Estándares de estructura

- + Debe disponerse de un sistema de comunicación entre AP y el SMI que garantice la confidencialidad de los datos personales de los pacientes, generalmente la historia clínica electrónica.
- + Se recomienda el establecimiento de criterios de selección y exclusión de pacientes/condiciones de salud para esta modalidad asistencial.

3.2.5.2. Estándares de proceso

- + Se recomienda el establecimiento de un formulario para que el médico de AP resuma los aspectos más relevantes por los que se solicita la consulta con el SMI y aporte las exploraciones complementarias relevantes.
- + Se recomienda que el SMI conteste la solicitud de interconsulta en el primer día hábil siguiente a ser emitida.
- + El SMI debe responder al médico de AP con una de las siguientes alternativas⁸⁰:
 - Recomendaciones para el manejo del paciente, con diálogo/comunicación posterior de ser necesario.
 - Recomendaciones de actuación y sugerencia de nueva consulta posterior.
 - Cita presencial (con fecha asignada) en la consulta de MI.
 - Cita presencial (con fecha asignada) en Hospital de Día.

3.2.5.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista



E-consulta



15'

3.2.5.4. E-consulta como puerta de entrada a la interconsulta desde AP y hospitalaria en Medicina Interna

Como se ha mencionado en los apartados 3.1.3. (interconsulta hospitalaria) y 3.2.1 a 3.2.3. (ambos inclusive), la e-consulta puede ser la vía de acceso a la interconsulta, tanto hospitalaria como ambulatoria de los SMI. Se recomienda su implementación al facilitar el cribado de las interconsultas, tanto hospitalarias como ambulatorias; permitiendo una respuesta rápida a interconsultas puntuales que no requieran la presencialidad del paciente con el internista; cribando aquellas que deben ser presenciales y dirigiéndolas a la consulta (general, monográfica, etc. más adecuada y liberando tiempo del internista. El proceso tanto para la interconsulta de Medicina Interna se esquematiza en la figura 11 y aplicarían los mismos estándares que los establecidos para la interconsulta hospitalaria y las consultas ambulatorias.

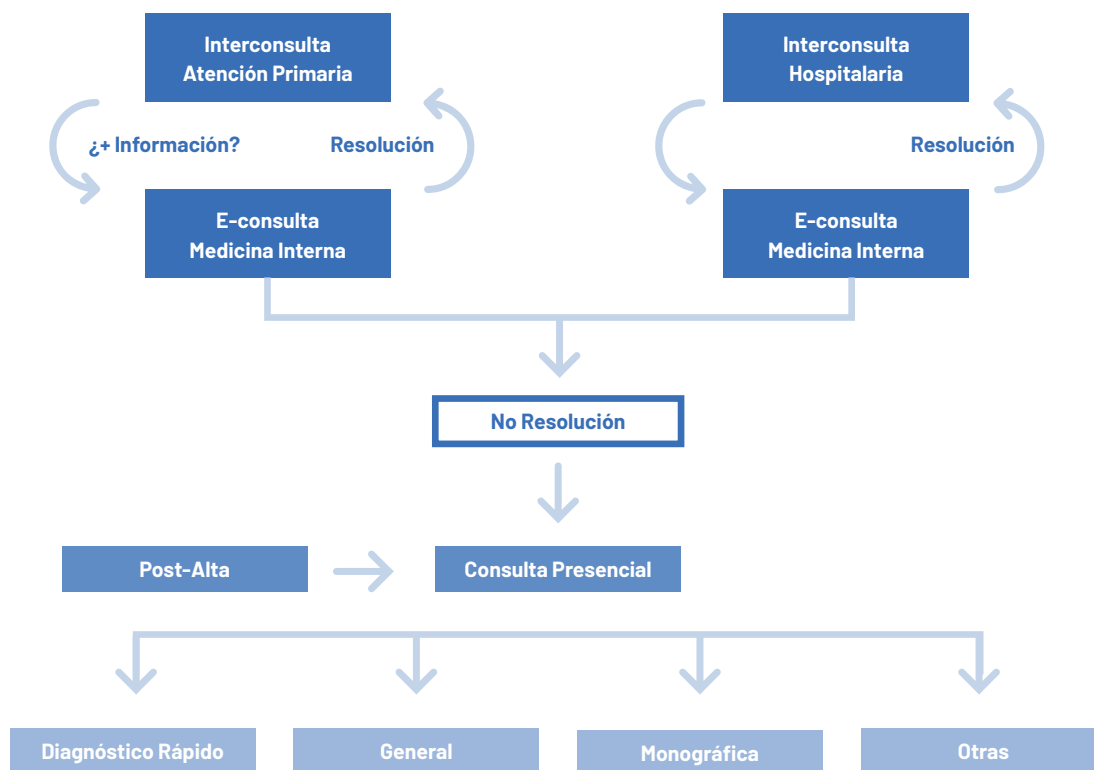


Figura 11. Proceso de interconsulta hospitalaria y con atención primaria mediante e-consulta

3.2.6. Teleconsulta

La **teleconsulta** se refiere, en el ámbito de la MI, a la consulta del paciente con el internista o con la enfermera gestora de casos. Por su naturaleza es más recomendable en las consultas monográficas de MI para el seguimiento de pacientes. Puede ser síncrona, pudiendo ser telefónica o mediante videollamada, o asíncrona (el paciente remite una consulta, que se contesta). Como etapas de este proceso se proponen: preparación de la teleconsulta; consulta; y post-consulta (figura 12).

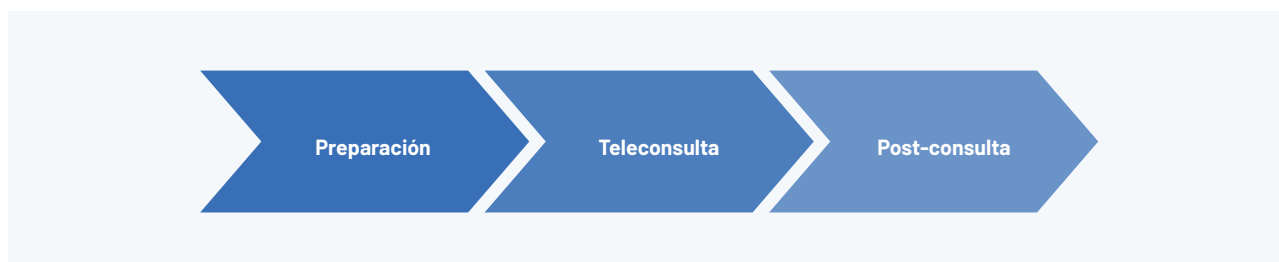


Figura 12. Etapas del proceso de teleconsulta

3.2.6.1. Estándares de estructura

- + Debe disponerse de un sistema de comunicación entre el paciente y el SMI que garantice la confidencialidad de los datos personales de los pacientes. La vía de comunicación, sea telefónica o mediante videollamada, deberá contar con las medidas de seguridad adecuadas.
- + El internista debe disponer de los medios telemáticos precisos, así como un lugar adecuado, para mantener la seguridad y privacidad de la teleconsulta.
- + Debe disponer de protocolos acordados, una alerta para cualquier fallo en el sistema de comunicación y un proceso de retroalimentación incorporado.
- + El SMI debe establecer los criterios de selección y exclusión de pacientes/condiciones de salud para esta modalidad asistencial.
- + Se debe obtener el consentimiento explícito del paciente, que generalmente será verbal.
- + La asistencia mediante teleconsulta deberá quedar registrada en la historia clínica y deberá figurar como parte de la actividad del SMI, con su agenda correspondiente.
- + El registro de la información deberá cumplir con los estándares de seguridad y privacidad en las normas legales y orientación profesional sobre la conservación, almacenamiento y transferencia de datos del paciente.
- + Se recomienda que los registros de teleconsulta del paciente se puedan buscar por una variedad de criterios para fines de auditoría, así como para su uso secundario.

3.2.6.2. Estándares de proceso (teleconsulta síncrona)

Se recomienda el establecimiento de un formulario específico para cada teleconsulta adaptado a la consulta monográfica.

Previo a la consulta

- + El internista debe revisar previamente la historia clínica del paciente.
- + El internista debe asegurarse del correcto funcionamiento de los medios telemáticos (ordenador; auriculares; cámara; etc.).

Consulta

- + Al inicio de la teleconsulta se deben identificar tanto paciente/cuidador como internista.
- + Transmisión de información por parte del paciente/cuidador.
- + Trasmisión de información por parte del internista.
- + Comprobación de que el paciente/cuidador ha entendido la información transmitida por el internista.

Post-consulta

- + Registro de los datos en la historia clínica.
- + Elaboración del informe clínico para el paciente.
- + Prescripción/conciliación de la medicación. Ajuste de la receta electrónica.
- + Gestión de la próxima cita.

3.2.6.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista



Teleconsulta síncrona ➡ 20'

Teleconsulta asíncrona ➡ 10'

3.3. Tercer bloque. Proceso asistencial del paciente crónico con condiciones complejas

Se deben diferenciar el concepto de PCCC de otras condiciones que no necesariamente requieren un uso intensivo de recursos sanitarios y sociales¹³⁴:

- + **Multimorbilidad:** presencia concomitante de 2 o más enfermedades crónicas en un paciente.
- + **Comorbilidad:** presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista crónica. Dentro de este grupo de procesos se han diferenciado los procesos:
 - Programa de atención al PCCC
 - Unidades multidisciplinarias de PCCC
 - Unidad de Cuidados Paliativos

3.3.1. Programa de atención al PCCC

La SEMI ha optado por desarrollar estándares de calidad para los “programas” de PCCC⁹⁰, en los que se basan los estándares que se proponen en este documento.

El proceso del programa de atención al PCCC tiene estrechas conexiones con otros procesos “clave” como la hospitalización convencional, a domicilio, de día, consulta, etc. No obstante se pueden identificar las siguientes etapas: selección y estratificación; plan asistencial personalizado; seguimiento y alta (figuras 13 y 14).

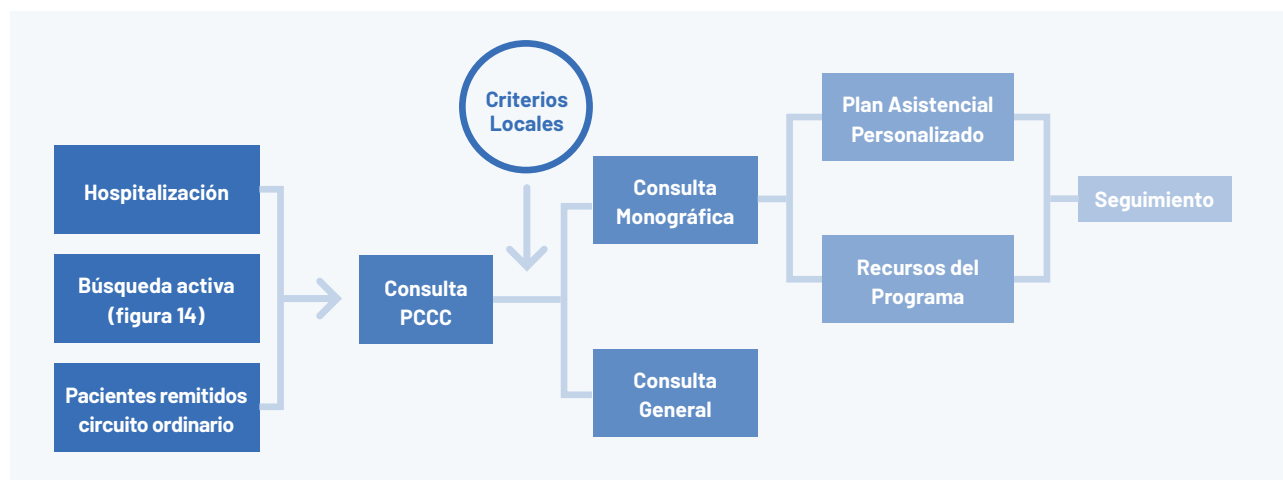


Figura 13. Proceso de atención al paciente con condiciones crónicas complejas

Como se puede observar, un paciente es candidato a ingresar en el programa si procede de hospitalización o desde cualquiera de las consultas del SMI o de otros servicios. En este último caso la candidatura la puede hacer el propio internista que recibe al paciente por la vía ordinaria y también proponerla a su médico de atención primaria. Esta última vía de acceso se crea como búsqueda activa de casos (Ver Figura 14).

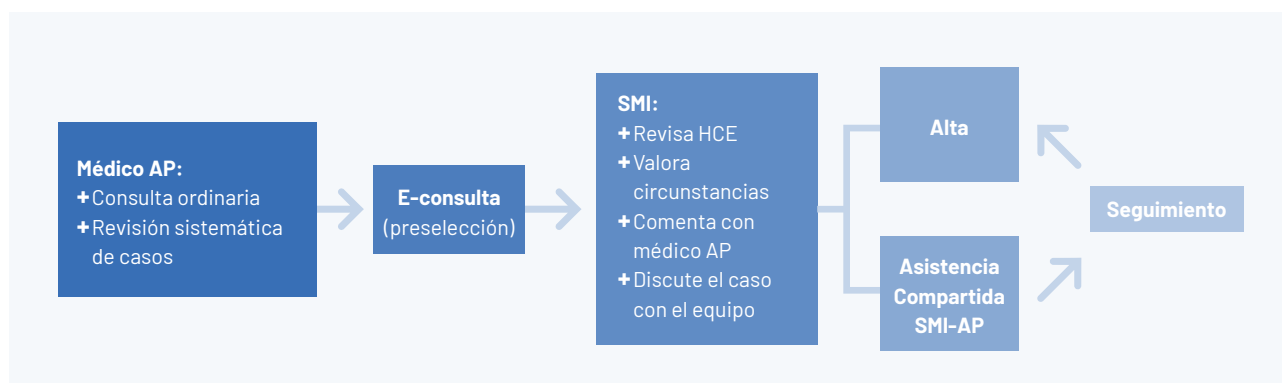


Figura 14. Proceso de paciente crónico con necesidades complejas. Búsqueda activa

AP: Atención Primaria. SMI: Servicio de Medicina Interna

La necesidad de incluir a los PCCC en las fases más tempranas de su enfermedad para mejorar su pronóstico suscita la búsqueda activa de casos. Para ello, se recomienda establecer acuerdos con atención primaria para que consulten al SMI la idoneidad de incluir a los pacientes en este programa. Un sistema podría ser remitir una e-consulta de valoración para dicha inclusión en el programa.

Independientemente de la vía de acceso, en todos los casos han de valorarse los criterios de inclusión y exclusión para que el paciente pueda ser aceptado en el programa o bien, en caso contrario, ser derivado a atención primaria o a consultas generales. Se recomienda que estos criterios se establezcan a nivel local para cada SMI, adecuándolos a las poblaciones de referencia y los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales disponibles.

3.3.1.1. Estándares de estructura

- + El programa de PCCC debe tener un responsable o coordinador del programa asignado de forma estable.
- + El programa de PCCC debe estar integrado por un equipo multidisciplinar que incluya, al menos, internistas, enfermeras y trabajadores sociales. Es recomendable la existencia de relaciones fluidas y consultas con otras especialidades (endocrinología y nutrición, geriatría, rehabilitación...) y otras disciplinas (fisioterapia, nutrición, psicología, etc.).

- + Debe haber al menos una enfermera gestora de casos / enfermera de enlace asignada al programa.
- + Se deben establecer los criterios de selección y exclusión de los pacientes que serán seguidos por el programa. Estos serán diseñados a nivel local teniendo en cuenta las características del entorno (Anexo 4).
- + Se recomienda realizar una búsqueda activa entre los pacientes ingresados de aquellos susceptibles de ser seguidos en un programa de PCCC. Para ello se sugiere utilizar criterios sencillos (por ejemplo, número de reingresos) y con una entrevista de selección realizada por una enfermera gestora de casos durante el ingreso. Se recomienda diseñar un listado de comprobación de criterios de exclusión e inclusión para utilizar en esa primera entrevista.
- + Se sugiere que la inclusión en el programa del paciente procedente de AP se realice mediante e-consulta. El internista que valore la e-consulta podrá hacer una recomendación específica o citar al paciente en consulta presencial para valoración. En dicha consulta decidirá si lo considera candidato y, de ser así, lo valorará en el mismo día la enfermera gestora. El internista y el médico AP valorarán conjuntamente si procede o no su inclusión.
- + El programa de PCCC debe ofertar las modalidades asistenciales de hospitalización convencional, consulta externa y hospital de día. Se recomienda integrar la hospitalización a domicilio, la teleasistencia y la telemedicina con telemonitorización dentro del programa.
- + El programa de PCCC debe disponer de una consulta monográfica para estos pacientes.
- + El programa de PCCC debe ofertar consulta del paciente/cuidador con el gestor de casos, y con el profesional sanitario de atención primaria mediante, al menos, correo electrónico o historia clínica electrónica compartida.
- + El programa de PCCC debe disponer de teléfonos móviles corporativos de contacto con el internista y el gestor de casos.
- + El programa de PCCC debe establecer un circuito específico de atención a los pacientes en el servicio de urgencia hospitalario.
- + El SMI con programa de PCCC debe ofertar actividades de formación para médicos de familia, enfermeras gestoras de casos y enfermeras de AP
- + El SMI debe realizar sesiones de actualización, como mínimo, semestralmente.

3.3.1.2. Estándares de proceso

- + Se debe disponer de un proceso formalizado para el manejo de los PCCC, que incorpore las siguientes características:
 - El proceso debe definir los flujos de pacientes dentro del proceso asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.
 - El proceso debe incluir la valoración integral multidimensional del PCCC.
 - El proceso debe incorporar la detección precoz de la fragilidad y de la sarcopenia.
 - Todo paciente incluido en el proceso asistencial del PCCC debe estar identificado como tal en la historia clínica electrónica y disponer de un plan asistencial personalizado.
 - Todo paciente incluido en el proceso asistencial de PCCC debe tener identificado sus referentes en atención primaria (médico y enfermera) y en atención hospitalaria (internista y enfermera gestora de casos).
 - El proceso debe establecer criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, especialmente entre atención primaria y el SMI.
 - El proceso debe contemplar los sistemas de derivación preferente del PCCC descompensado.
 - El proceso debe definir las transiciones asistenciales a lo largo de la evolución del paciente (hospital-domicilio, hospital-centro de larga estancia/sociosanitario o cuidados paliativos).
 - Debe disponer de una vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de HaD, para aquellos programas de PCCC que oferten esta modalidad asistencial.
 - Debe disponer de un protocolo de asistencia en el HdD.
 - Debe existir un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de descompensación.
 - Debe haberse establecido un proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del PP mediante una vía clínica específica basada en la basada en la detección por parte del paciente y/ o su cuidador de síntomas y signos de alerta.
 - Debe haberse desarrollado un proceso específico para la atención del PCCC en las fases finales de la vida.

3.3.1.3. Indicadores de resultado

- + Asistencias en el servicio de urgencias / año en los PCCC incluidos en el programa.
- + Ingresos hospitalarios urgentes en los PCCC incluidos en el programa.
- + Estancia hospitalaria en los PCCC incluidos en el programa.
- + Estancias hospitalarias / año en los PCCC incluidos en el programa.
- + Tasa de reingresos a los 8 y 30 días post-alta tras ingreso hospitalario (convencional, HaD).
- + Tasa de renunciaciones o abandonos del programa⁽²⁴⁾.
- + Se recomienda la incorporación de los PROM (posiblemente el EQ5) como medida de calidad de vida los PCCC.
- + Se recomienda la incorporación de los PREM como medida de experiencia del paciente.

3.3.1.4. Estimación de las cargas de trabajo para el internista

Para un programa que incluyera a todos los PCCC de un área asistencial el documento de estándares y recomendaciones de las unidades de PCCC estimaba un internista por cada 8.000 ± 1.500 personas mayores de 65 años⁸. Esta estimación se basaba en una actividad que comprendía hospitalización convencional, HdD y consulta externa y fue incorporada a los estándares de los SMI de 2015. Sin embargo, el escaso número de programas que abarcan al conjunto de la población del área hacen aconsejable adoptar como criterio:

- + Aplicar las cargas asistenciales del SMI correspondientes a cada modalidad asistencial: hospitalización convencional; AC; HaD; HdD; consulta monográfica de PCCC, etc.

24 Excluye las salidas del programa por éxitos o pasar a paliativos, en el caso de que no estuviera integrado

3.3.2. Unidades multidisciplinarias

La participación del internista en unidades multidisciplinarias, ya sean directamente dependientes del SMI como si no (dependientes de otro servicio o con un estatus propio) deberá acomodarse a las características de cada unidad. En general, estas unidades están dirigidas a atender pacientes con patologías complejas que requieren el concurso de dos o más especialidades médicas, así como de otros profesionales de la salud (enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) y de otras profesiones (por ejemplos, las relacionadas con los servicios sociales) o de otros centros (por ejemplo: residencias sanitarias, centros de día, etc.). En este documento se recogen aquellos estándares que deberían aplicarse a todas ellas. No se incluyen indicadores de resultado al estar estos relacionados con las patologías que atiende cada tipología de unidad. No se diferencian etapas de proceso porque estos dependen de cada unidad multidisciplinar.

3.3.2.1. Estándares de estructura

La unidad multidisciplinar:

- + Debe formalizar un acuerdo de creación entre los servicios que participan en ella, incluyendo los compromisos de cada una de las partes.
- + Es indispensable tener un responsable/coordinador propuesto por los servicios integrantes de la misma y aprobado por la dirección del centro.
- + Debe establecer un organigrama de gestión.
- + Debe establecer los criterios de selección de los pacientes que se benefician de su actividad.
- + Debe definir e integrar en una sola cartera de servicios todos los recursos útiles y modalidades asistenciales para el manejo de los procesos objeto de su alcance. En todo caso deberá dotarse de una consulta monográfica.
- + Es recomendable que toda unidad multidisciplinar tenga asignado un gestor/a de casos.
- + Debe disponer de un cuadro de mandos.
- + Debe disponer de un manual organizativo y de gestión.
- + Debe elaborar una memoria anual.
- + Debe reunirse periódicamente y haber establecido la periodicidad, duración y sistemática de las reuniones.
- + Debe tener un plan de formación continua de sus componentes.

3.3.2.2. Estándares de proceso

La unidad multidisciplinar:

- + Debe formalizar el/los procesos que son objeto de su actividad.
- + Debe establecer los criterios de derivación a la misma.
- + Debe definir los flujos de pacientes dentro del/los proceso/s o rutas asistenciales y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión de los pacientes.
- + Debe definir los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales.
- + Debe definir las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente, incluyendo los criterios de salida de unidad y derivación a otras unidades o dispositivos asistenciales.
- + Debe disponer de los procesos formalizados para aquellas modalidades asistenciales que incorpora su cartera de servicios (hospitalización, HdD, HaD, etc.).
- + Debe establecer un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de su condición de salud, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de deterioro.

3.3.2.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista

- + Aplicar las cargas asistenciales del SMI correspondientes a cada modalidad asistencial: hospitalización convencional, AC, HaD, HdD, consulta monográfica, etc. en aquellas unidades dependientes directamente del SMI.
- + Un tiempo mal cuantificado es el dedicado a la preparación y asistencia a las reuniones conjuntas de la unidad multidisciplinar, no pudiendo establecer una convención universal pues dependen de su duración. Se debe cuantificar el tiempo dedicado a estas sesiones como actividad asistencial y para una reunión con una duración convencional de 60' se deben estimar otros 60' adicionales para su preparación.

3.3.3. Unidad de cuidados paliativos

La unidad de cuidados paliativos (UCP) en un SMI es una unidad de hospitalización en un hospital de agudos o de media y larga estancia vinculado al hospital de agudos (unidades satélites). Debe diferenciarse de los equipos de cuidados paliativos que actúan en el ámbito comunitario. Se dirige a pacientes con enfermedades avanzadas y con pronóstico limitado que presentan alta complejidad y requieren intervención de un equipo especializado. La administración de tratamientos tumorales paliativos u otros procedimientos invasivos no es un criterio de exclusión. Los estándares propuestos se basan en los publicados por el Ministerio de Sanidad en 2010⁹⁸. Por la naturaleza de la unidad no se incluyen indicadores de resultado. Las etapas del proceso asistencial son las propias de la hospitalización convencional: ingreso, seguimiento, planificación del alta y alta, y seguimiento post-alta (figura 3).

3.3.3.1. Estándares de estructura

La UCP:

- + Debe disponer de camas específicas dedicadas a cuidados paliativos dependientes del SMI, pudiendo ser una unidad autónoma o integrada el área de hospitalización general.
- + Debe contar con un responsable/coordinador clínico.
- + Debe establecer los criterios de admisión y exclusión coherentes con los niveles de complejidad definidos por el Ministerio de Sanidad^{135,(25)}.
- + Es recomendable que su cartera de servicios incluya interconsulta, actividad de hospital de día y consulta monográfica.
- + Debe tener acceso a una cartera de servicios propia o vinculada a otros dispositivos que incluya psicología clínica, especialidad de unidad del dolor, trabajo social, atención espiritual y apoyo al duelo.
- + Debe contar con profesionales de enlace (enfermería experta, gestora de casos, trabajo social) que faciliten la coordinación con recursos comunitarios, sociosanitarios y sociales, garantizando continuidad asistencial.

25 Criterios de admisión a la UCP de agudos de Edmonton: que sufran una enfermedad avanzada y el enfoque de la asistencia sea hacia el confort, no la curación, y la mejora de la calidad de vida; que requiera asistencia activa para aliviar síntomas graves relacionados con necesidades físicas, psicológicas o espirituales; que el manejo clínico de los síntomas no haya sido eficaz en otros ámbitos y requiera una asistencia intensiva; que la estancia media estimada sea de aproximadamente 2 semanas; que tenga más de 18 años de edad; que tenga el estatus de no-resucitación.

- + El equipo multidisciplinar de la UCP debe reunirse de forma periódica, preferiblemente con la participación de profesionales como psicología y trabajo social. Asimismo, debe garantizar la adecuada continuidad asistencial mediante la coordinación con atención primaria, los equipos de atención domiciliaria de paliativos y los distintos servicios clínicos implicados en el proceso del paciente -oncología, nefrología, neurología u otros-, asegurando la coherencia y continuidad del plan terapéutico teniendo en cuenta las preferencias y valores del paciente y su familia.
- + Debe disponer de un cuadro de mandos.
- + Debe disponer de un manual organizativo y de gestión.
- + Debe elaborar una memoria anual.
- + Debe implementar un plan de formación continua para todos sus miembros.

3.3.3.2. Estándares de proceso

- + Se recomienda protocolizar los aspectos clave de la asistencia de pacientes en la UCP, utilizando escalas de valoración basadas en la evidencia y validades en España para la evaluación de síntomas, funcionalidad, fragilidad y necesidades psicosociales.
- + Deben evitarse ingresos innecesarios de pacientes sin indicación de atención especializada, garantizando que el ingreso en la UCP responda a criterios de alta complejidad.
- + Debe planificarse el alta desde la UCP garantizando la continuidad asistencia: cuando el paciente vuelve a su domicilio o a un recurso social intermedio, se realizará la coordinación con atención primaria y/o los equipos de cuidados paliativos domiciliarios. Si cumplierse los criterios necesarios se gestionará su ingreso en recurso específico especializado en unidad de cuidados paliativos de media o larga estancia.
- + Se deben protocolizar las actividades relacionadas con las órdenes de no resucitación, la atención en los últimos días, la agonía, la sedación paliativa y la atención al proceso del duelo.
- + Se deben protocolizar las actividades relacionadas con las órdenes de no resucitación, la atención en los últimos días, la agonía y sedación paliativa y el duelo.

3.3.3.3. Estimación de las cargas de trabajo para el internista

	Ingreso	➡	60'
	Día de estancia	➡	30'
	Alta	➡	40'

4.

Estándares estratégicos

En este grupo de procesos se encuentran aquellos relacionados con la orientación y gestión del SMI (planificación estratégica, dirección participativa por objetivos, control de gestión...) y gestión del conocimiento (competencias, perfiles, evaluación del desempeño). En gran medida se han basado en los estándares de 2017, habiéndose ampliado aspectos que se han considerado claves, como los relativos a la formación; la gestión de competencias profesionales y los relacionados con la atención centrada en la persona.

4.1. Estructura organizativa y gestión

- + El SMI debe tener asignado un responsable.
- + El SMI debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama del SMI, su cartera de servicios, la plantilla, la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran el SMI, los protocolos asistenciales y el sistema de Información / cuadro de mandos de la unidad.
- + El SMI debe elaborar una Memoria Anual que recoja la actividad desarrollada y estrategia de futuro.
- + El SMI/hospital debe disponer de un plan de calidad.
- + El SMI/hospital debe establecer un mapa de riesgos y un sistema de registro de eventos adversos.
- + El SMI debe realizar periódicamente (al menos, dos veces al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con él (p.ej.: enfermería, farmacia hospitalaria/farmacología clínica, cuidados intensivos/críticos, urgencias, geriatría, nutricionista, trabajo social, etc.), en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.
- + El SMI debe definir los perfiles profesionales para cada una de sus áreas de trabajo/unidades funcionales (por ejemplo: hospitalización, asistencia compartida, hospitalización a domicilio, etc.) y puestos de trabajo con responsabilidad organizativa (responsables de unidades) o funcional (por ejemplo, coordinador de calidad, gestores de procesos asistenciales, etc.).
- + Se recomienda que el SMI desarrolle un sistema de evaluación de competencias profesionales y un plan de formación continua para el mantenimiento y perfeccionamiento de las competencias profesionales de sus integrantes.
- + Se recomienda que el SMI implante una gestión por procesos asistenciales.

- + El SMI debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.
- + El SMI debe dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, centrado -en la medida de lo posible- en resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.
- + El SMI debe evitar intervenciones de bajo valor, manteniendo actualizado y disponible para todos los miembros de la unidad el listado de estas intervenciones para evitar su práctica. En el mencionado listado deben estar comprendidas las propuestas por la SEMI(26).
- + El SMI debe cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas . El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.
- + El SMI debe participar en el registro RECALMIN de la SEMI.

26 SOCIEDAD_ESPAÑOLA_MEDICINA_INTERNA_OK (https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/A.S.E._MEDICINA_INTERNA_OK.pdf)

4.2. Formación

4.2.1. Formación continuada

- + El SMI deben disponer de un plan de formación continuada adaptado a sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad.
- + Se recomienda incluir dentro de la formación el uso de herramientas, tanto “duras” (por ejemplo el uso de ecografía a pie de cama o el uso y limitación de la Inteligencia Artificial en labores tan distintas como asistencia a la entrevista clínica, orientación diagnóstica, asistencia bibliográfica o en la confección de artículos científicos) como “blandas” (por ejemplo habilidades de comunicación o presentación oral de trabajos científicos).
- + Se recomienda que, en los hospitales donde la guardia general de Medicina Interna es atendida también por profesionales de otras especialidades médicas, se asegure que estos profesionales reúnen las competencias necesarias mediante programas de capacitación específicos.
- + Cada profesional del SMI debe haber completado, al menos, 40 horas (4 ECTS -European Credit Transfer and Accumulation System-)²⁷⁾, al año.
- + Se sugiere instaurar programas de rotaciones externas breves para el aprendizaje de técnicas o habilidades de interés asistencial.
- + Se recomienda la utilización de la simulación clínica para la formación continuada, especializada y de grado.

4.2.2. Formación de postgrado

- + Los SMI acreditados para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán disponer de:
 - Un programa de calidad docente, que recoja organización docente del centro e indicadores de calidad docente con resultados de los últimos años.
 - Un protocolo de supervisión, que especifique el grado de supervisión de las habilidades del residente (no de rotaciones ni de conocimientos) en función de año de residencia.

27 http://ec.europa.eu/education/ects/ects_en.htm

- + Un itinerario formativo que adapte el programa oficial de la especialidad a las características del centro y que esté publicado en su web. El itinerario formativo debe incluir:
 - Rotaciones con objetivos.
 - Jornada complementaria lugar y número (según normativa no más de 4 de media/mes, nunca más de 7 en un mes).
 - Rotaciones sistemáticas (externas necesarias para cumplir el programa oficial de la especialidad; debe adjuntar acuerdo de colaboración, y no sobrepasar 12 meses en total⁽²⁸⁾).
 - Sesiones, incluyendo al menos una sesión de casos semanal y una sesión bibliográfica o de revisión mensual.
- + Se recomienda que un servicio que esté certificado en SEMI-Excelente por cumplir con los estándares establecido en este informe y tenga un mínimo de 5 integrantes pueda optar a la acreditación para la formación MIR en MI, siempre que cumpla los criterios asistenciales y docentes correspondientes.
- + Los SMI acreditados para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán tener un tutor por cada 3 residentes en formación con tiempo asignado para el desarrollo de su labor.
- + Los SMI por las que roten médicos residentes de otras áreas de conocimiento especialistas deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los siguientes ítems:
 - Competencias específicas que deben adquirir en el área de Medicina Interna.
 - Tareas para cada competencia y su nivel de responsabilidad.
 - Cronograma, recursos docentes y metodologías.
 - Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.
 - Se recomienda que en las especialidades troncales médicas se desarrollen las competencias requeridas para atender una guardia general de Medicina Interna.

28 Se sugiere revisar este criterio.

4.2.3. Formación de grado

- + Los SMI por los que roten alumnos de grado de Medicina deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los siguientes ítems:
 - Competencias específicas para cada año.
 - Tareas para cada competencia.
 - Cronograma, recursos docentes y metodologías.
 - Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.

4.3. Investigación

- + Se recomienda que todos los SMI desarrollen proyectos de investigación, en especial aplicada, siendo recomendable que se haga en colaboración con otros servicios asistenciales, tanto de medicina interna como de otras especialidades, incluyendo atención primaria.
- + Se recomienda participar al menos en un registro de SEMI.
- + Se recomienda participar, al menos una vez al año, en concursos competitivos de proyectos de investigación.
- + Todo SMI debería publicar, al menos:
 - Para SMI de hospitales de menos de 200 camas: tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año.
 - Para SMI de hospitales de más de 200 camas y menos de 500: tener a alguno de sus miembros como firmante de dos artículos publicados en revistas científicas indexadas al año.
 - Para SMI de hospitales de más de 500 camas: tener a alguno de sus miembros como firmante de tres artículos publicados en revistas científicas indexadas al año.

4.4. Asistencia centrada en la persona

- + Se recomienda que el SMI utilice un cuestionario de recogida de información sobre resultados informados por los pacientes. Se sugiere que, por su sencillez, estar validado en España y ser gratuito se utilice el EQ5D-3L¹³⁷, pudiendo iniciarse su uso por los pacientes ingresados en las plantas de MI. La enfermería puede incorporar este test dentro de los de cribado sistemático de los pacientes ingresados en los SMI (tabla 3).
- + Se recomienda que el SMI evalúe la experiencia del paciente. Se sugiere, por estar validado en España y ser gratuito, la utilización del IEXPAC (Instrumento para Evaluar la Experiencia del Paciente Crónico)^{(29),138,139}.
- + Se recomienda que el SMI se dote de un protocolo para garantizar que los miembros del servicio tengan en cuenta las preferencias de los pacientes en cuanto a los objetivos de la atención, siguiendo un principio de orientación por objetivos¹⁴⁰ y decisiones compartidas¹⁴¹.
- + Se sugiere que los SMI establezcan relaciones con las asociaciones de pacientes, especialmente las de pacientes con necesidades asistenciales complejas, para adecuar en la medida de lo posible el funcionamiento del servicio a las necesidades y demandas de los pacientes.

29 <https://www.iemac.es/iexpac/>

Anexo 1.

Definiciones

Calidad. La OMS define la calidad de la atención como “el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”.

“Conjunto de propiedades y características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas”. (ISO 9001; 2015).

Comorbilidad. Presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista crónica.

Estándar. Norma o patrón de referencia (RAE).

Funciones de los Servicios de Medicina Interna. Las actividades que desarrollan de forma específica los SMI, diferenciándoles total o parcialmente del resto de los servicios clínicos. Aquellas actividades que están más estrechamente relacionadas con su misión: garantizar una asistencia integral a la persona enferma.

Modalidad asistencial. Una forma organizativa y de gestión de la prestación sanitaria específica que atiende una demanda determinada de servicios de salud para lo que requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios. Aunque la definición comparte elementos con las unidades asistenciales, mientras que éstas se refieren a áreas de conocimiento o conjuntos de procesos con características similares, las modalidades asistenciales atienden a la forma en la que se organiza y gestiona la prestación (hospitalización convencional; hospitalización de día; hospitalización a domicilio; consulta presencial; etc.).

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Multimorbilidad. Presencia concomitante de 2 o más enfermedades crónicas en un paciente.

Niveles de cuidados de la Intensive Care Society

- + **Cuidados críticos:** Cuidados críticos se consideran los niveles de cuidados 2 y 3 de la clasificación de la Intensive Care Society (Reino Unido)⁵⁷. La unidad de cuidados coronarios es típicamente una unidad de nivel 2 de cuidados, mientras que las unidades de cuidados intensivos cardiológicos son unidades de nivel 3.
- + **Cuidados intermedios:** Cuidados intermedios se considera el nivel de cuidados 1 de la clasificación de la Intensive Care Society (Reino Unido)⁵⁷. Una unidad de hospitalización con monitorización central 24 horas es típicamente una unidad de nivel 1.
- + **Hospitalización Convencional⁷:** Nivel 0 de cuidados de la Intensive Care Society⁵⁷. Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

Paciente crónico con necesidades asistenciales complejas o paciente con condiciones crónicas complejas (PCCC). Pacientes con una o más enfermedades crónicas mayores y condiciones que hacen su asistencia más compleja. Engloba los conceptos de “paciente crónico complejo” y “paciente pluripatológico”⁵³.

Paciente crónico complejo. Pacientes con enfermedades concomitantes, limitantes y progresivas con fallo de órgano, donde existe sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos, polifarmacia, deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana o una mala situación sociofamiliar¹³⁴.

Pacientes pluripatológicos. Pacientes con enfermedades crónicas incluidas dentro de 2 o más categorías diferentes predefinidas, en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general son equivalentemente complejas y con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones mutuas. Pluripatología se define como la coexistencia en un paciente de dos o más enfermedades crónicas graves que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica¹⁴² que grava al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales sanitarios y sociales¹⁴³.

Proceso. Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan y que transforman elementos de entrada en resultados(ISO 9001).

Conjunto de actividades que interactúan, en las que la salida de una actividad se convierte en entrada de otra. Los procesos añaden valor transformando elementos de entrada en resultados, sirviéndose de recursos (European Forum of Quality Management -EFQM-).

Proceso asistencial. Proceso clínico: “Proceso sanitario que abarca todas las actividades de proveedor sanitario y otras actividades sanitarias prescritas que abordan temas de salud identificados o especificados” (UNE 13940:2015. Informática sanitaria. Sistema de conceptos para dar soporte a la continuidad asistencial).

Protocolo asistencial básico Protocolización de la atención para adaptar las guías de práctica clínica a las características de un determinado centro sanitario (UNE 13940:2015)

Reingreso (a los 8 o 30 días). Ingreso urgente (no programado) de un paciente dado de alta por el SMI dentro del período establecido. Para el cálculo de los reingresos, se excluyen:

- + Ingresos de pacientes con alta por exitus
- + Ingresos programados (código 2 en campo ingreso)
- + Episodios índices con estancias > 365 días.
- + Episodios dados de alta por los servicios de Oncología Médica (ONC); Oncología Radioterápica (ONR); Psicología (PSC); Psiquiatría (PSQ); Rehabilitación (REH); Unidad de Desintoxicación (UTX); Unidad de Cuidados Paliativos (SCP), o Unidad de Larga Estancia (ULE).
- + Episodios, aunque sean urgentes/no programados y cumplan con el resto de los criterios si:
 - Son episodios correspondientes a CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos; CDM 22: Quemaduras; y CDM 25: Politraumatismos.
 - Son episodios con procesos / procedimientos de trasplantes; tratamiento de quimio o radioterapia; rehabilitación, o ajuste de prótesis y dispositivos.
 - Si un paciente tiene una o más reingresos dentro de los 30 días de alta se contabilizan como un solo reingreso.

Anexo 2.
**Recomendaciones sobre
la valoración integral y
multidimensional del
anciano hospitalizado.
Posicionamiento de la
Sociedad Española de
Medicina Interna¹³³**

Recomendación 1. Es preciso realizar una valoración integral y multidimensional de las personas ancianas (VIMA) hospitalizadas en Medicina Interna.

Recomendación 2. La valoración integral y multidimensional debe incluir fundamentalmente una evaluación clínica y de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, de la función cognitiva, del estado afectivo, de la medicación y de la situación social.

Recomendación 3. Es necesario evaluar en los ancianos hospitalizados la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Recomendación 4. Es necesario evaluar la situación cognitiva en los ancianos hospitalizados.

Recomendación 5. Hay que prevenir e identificar de forma precoz el delirium en los ancianos hospitalizados.

Recomendación 6. La evaluación del estado afectivo y el despistaje de un trastorno depresivo en los ancianos hospitalizados deben realizarse utilizando una herramienta de cribado o, cuando esto no sea posible, mediante la entrevista clínica ordinaria.

Recomendación 7. Durante la hospitalización de los ancianos es conveniente identificar a la persona cuidadora principal y detectar las situaciones de riesgo social.

Recomendación 8. Durante la hospitalización de los ancianos, y en colaboración con los profesionales de enfermería, hay que evaluar la existencia de otras situaciones de riesgo como fragilidad, desnutrición y los riesgos de caídas y de úlceras por presión.

Recomendación 9. Es conveniente realizar una valoración del pronóstico en los pacientes ancianos hospitalizados para adecuar junto al paciente y su familia, los objetivos y la intensidad de los cuidados, los estudios diagnósticos y los tratamientos.

Recomendación 10. Es imprescindible identificar durante la hospitalización a las personas ancianas con enfermedad crónica avanzada o en situación de cuidados paliativos, para organizar y planificar los cuidados teniendo en cuenta sus expectativas, preferencias y valores.

Recomendación 11. Es conveniente aprovechar el ingreso hospitalario para hacer una revisión sistemática de la medicación de la persona anciana.

Recomendación 12. Durante la hospitalización de las personas ancianas, antes de prescribir un fármaco nuevo o de plantear la de prescripción de un medicamento, hay que valorar el beneficio-riesgo teniendo en cuenta los resultados de la VIMA.

Recomendación 13. La VIMA debe acompañarse de la realización de un plan de intervención individualizado que apoye la mejora o resolución de los problemas identificados.

Recomendación 14. Es recomendable la utilización de listados de verificación, o checklists, para mejorarla información obtenida en la VIMA durante la hospitalización.

Recomendación 15. La VIMA puede hacerse de forma multidisciplinar con la participación de diferentes profesionales.

Recomendación 16. Tras una hospitalización, los resultados de la VIMA deben constar en el informe de alta.

Recomendación 17. La VIMA debe actualizarse periódicamente.

Anexo 3.

Requisitos y recomendaciones de los informes de alta hospitalaria de los Servicios de Medicina Interna

Contenidos del informe de alta	Observaciones
El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico, así como el tiempo de aplicación del plan de actuación.	Requisito
El médico valorará la conveniencia de señalar los objetivos terapéuticos del tratamiento y la finalidad de los fármacos, haciendo énfasis en los recién incorporados y en los cambios realizados.	Recomendación
Para facilitar la comunicación bidireccional entre la atención primaria y la hospitalaria es importante hacer constar unas referencias específicas para facilitar el contacto.	Recomendación
En el IAH deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación (motivo del ingreso, antecedentes, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, complicaciones, destino al alta y otros)(Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada).	Requisito
En el IAH se tienen que reflejar aspectos clave, como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y la valoración social.	Requisito
Es importante reflejar los parámetros de analítica básica y los alterados.	Requisito
Debe recoger las pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados y su resultado.	Requisito
El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.	Requisito
Se tiene que definir con claridad el nombre del fármaco, la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento.	Requisito
En caso de usar nombres comerciales será de utilidad hacer constar entre paréntesis el principio activo.	Recomendación
El informe de alta se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de atención primaria).	Requisito
<i>IAH: Informe de alta hospitalaria.</i>	

Anexo 4. Criterios orientativos de inclusión y exclusión en el programa de pacientes con condiciones crónicas complejas

Se sugieren los siguientes criterios de inclusión, exclusión y salida del programa de PCCC, que deben ser adaptados a las condiciones locales:

Criterios de inclusión⁵³

- + Pacientes con dos o más enfermedades crónicas con afectación grave o con una enfermedad crónica con afectación grave.
- + Dos o más ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses.
- + Polifarmacia extrema (10 o más fármacos prescritos de forma crónica).
- + Desnutrición (IMC < 18,5).
- + Prescripción crónica de alimentación por sonda nasogástrica/nasoentérica (3 o más meses).
- + Delirio actual o episodios de delirio en ingresos hospitalarios previos.
- + Lesiones por presión cutánea en estadio $\geq$ II.
- + Trastorno mental grave (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, depresión mayor).
- + Alcoholismo.
- + Riesgo sociofamiliar (puntuación en la escala de Gijón $\geq$ 10 puntos).

Criterios de exclusión / salida

- + Situación terminal
- + Seguimiento en otro programa bien definido (insuficiencia renal terminal; seguimiento en una unidad multidisciplinar -cáncer; insuficiencia cardiaca; etc.-).
- + Negativa del paciente o, en su caso, tutor legal, de incorporarse al programa.
- + Abandono reiterado del programa.
- + Cambio de lugar de residencia del paciente, que precise su asignación a otro médico de AP.

Anexo 5. Cargas de trabajo de los internistas por modalidad asistencial

Modalidad / proceso asistencial	Tiempo estándar (en minutos)
Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI	
Ingreso	60
Día de estancia	30
Alta	45
Asistencia compartida	
Ingreso	60
Día de estancia	30
Alta	45
Interconsulta hospitalaria	
Primer contacto	60
Visitas sucesivas	30
Hospitalización a domicilio	
Valoración	45
Primera visita	60
Visitas sucesivas	30
Alta	45
Teleconsulta	15
Hospitalización de día	
Sesión	25
Consulta general	
Primera	30
Sucesiva	15
Consulta monográfica	
Primera	40
Sucesiva	20
Consulta de alta resolución general	
	40
Consulta de alta resolución monográfica	
	50
Consulta de atención inmediata	
Primera	40
Sucesiva	20
Alta resolución	50
Consulta de prehabilitación	
Primera	40
Sucesiva	20
E-Consulta	
	10
Teleconsulta	
Síncrona	20
Asíncrona	10
Sesión unidad multidisciplinar	
	120

Nota: Las cargas de trabajo se refieren a tiempo asistencial directo. Se estima que se debe descontar un 20% del tiempo por internista para actividades no directamente asistenciales, incluyendo el mínimo de 40 horas anuales de formación continuada que establecen los estándares. Deducciones adicionales de tiempo no asistencial recomendadas son: un 60% del tiempo del jefe de servicio para labores de gestión y un 20% para esas labores para los jefes de unidad. A los tutores de residentes se recomienda deducir un 30% de su tiempo.

Anexo 6. Cuadros de Mando de los servicios de Medicina Interna

La propuesta elaborada para los cuadros de mando de los SMI se refiere a cada una de las modalidades asistenciales de la cartera de servicios de Medicina Interna. Dadas las dificultades existentes para disponer de información, se han dividido las recomendaciones de indicadores del cuadro de mandos en “básicas” y “recomendables”. Los indicadores “recomendables” deberían servir de referentes para impulsar sistemas de información enfocados a resultados en los respectivos Servicios de Salud, que permitieran medir realmente el desempeño de los SMI.

Anexo 6. Tabla 1. Datos e indicadores de hospitalización convencional

Anexo 6. Tabla 2. Datos e indicadores de asistencia compartida

Anexo 6. Tabla 3. Datos e indicadores de hospitalización a domicilio

Anexo 6. Tabla 4. Datos e indicadores de “otras actividades”

Anexo 6. Tabla 1. Datos e indicadores de hospitalización convencional

Básico	Observaciones	Recomendable	Observaciones
Número de altas/ año de pacientes en hospitalización convencional		Desglose por programadas y urgentes	
		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Tasa de altas por 100.000 habitantes (³ 18 años) y año			
Número de estancias / año de pacientes en hospitalización convencional		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Estancia media de los pacientes dados de alta en hospitalización convencional		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
IEMA	Lo puede proporcionar el hospital en comparación con el resto de los servicios (recomendable que sea respecto de los servicios médicos)	Índice de Estancia Media Ajustada (para el total de las altas del SMI)	Lo puede proporcionar la SEMI en comparación con el resto de los servicios de MI del SNS (RECALMIN)
Tasa Bruta de Mortalidad		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
		Códigos de emergencia vital/1000 días de estancia (para el total de los ingresos)	
		Reingresos en unidades de cuidados críticos ≤ 24 horas tras el traslado (para el total de los ingresos)	
Mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD)		Mortalidad global ajustada por Charlson (ajuste multinivel)	Los indicadores de mortalidad y reingreso ajustados a riesgo los puede proporcionar la SEMI en comparación con el resto de los servicios de MI del SNS (RECALMIN)
		Mortalidad por EPOC; ictus; insuficiencia cardíaca; neumonía estandarizada por riesgo (ajuste multinivel)	
Reingreso en el mismo hospital a los 7 días del alta (para el total de las altas)		Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 7 días del alta (para el total de las altas)	
Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 30 días del alta (para el total de las altas)		Reingreso (en SMI del hospital u otro del SNS) a los 30 días del alta (para el total de las altas) estandarizada por riesgo (ajuste multinivel)	
Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta (para el total de las altas)			

Anexo 6. Tabla 2. Datos e indicadores de asistencia compartida

Básico	Observaciones	Recomendable	Observaciones
Número de altas/ año de pacientes en a. compartida		Desglose para los 10 procesos más frecuentes en a. compartida (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Número de estancias / año de pacientes en a. compartida		Desglose para los 10 procesos más frecuentes en a. compartida (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Estancia media de los pacientes dados de alta en a. compartida		Desglose para los 10 procesos más frecuentes en a. compartida (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
		Índice de Estancia Media Ajustada (para el total de las altas dadas en a. compartida)	Lo puede proporcionar el hospital en comparación con el resto de los servicios (recomendable médicos) y la SEMI en relación con todos los SMI del SNS
Tasa Bruta de Mortalidad de los pacientes dados de alta en a. compartida		Desglose para los 10 procesos más frecuentes en a. compartida (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 7 días del alta (para el total de las altas)		Mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD) para los 10 procesos más frecuentes en a. compartida	Lo puede proporcionar el hospital
Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 30 días del alta (para el total de las altas)		Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 7 días del alta (para el total de las altas dadas en a. compartida)	Lo puede proporcionar el hospital
Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta (para el total de las altas)		Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 30 días del alta (para el total de las altas dadas en a. compartida)	Lo puede proporcionar el hospital
Cancelaciones/ suspensiones y aplazamientos de quirófano		Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta (para el total de las altas dadas en a. compartida)	Lo puede proporcionar el hospital
		% Cuestionarios IEXPAC contestados / Total altas SMI	Si se implanta de forma sistemática la recogida de información sobre la experiencia del paciente mediante el cuestionario IEXPAC
		Puntuación promedio IEXPAC	

Anexo 6. Tabla 3. Datos e indicadores de hospitalización a domicilio

Básico	Observaciones	Recomendable	Observaciones
Número de altas/ año de pacientes en HaD		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI en HaD (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
% de altas de paciente ingresados en HAD sin ingreso convencional previo			
% de altas de paciente ingresados en HAD desde ingreso convencional previo			
% de altas de pacientes ingresados en HAD desde el SMI			
Número de estancias / año de pacientes en HaD		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI en HaD (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Estancia media de los pacientes dados de alta en HaD		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI en HaD (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
Tasa Bruta de Mortalidad		Desglose para los 10 procesos más frecuentes del SMI en HaD (agrupados por código CIE10 -tres dígitos- o por GRD)	
% Ingresos en hospitalización convencional de pacientes en HaD			
Mortalidad global ajustada por el riesgo ponderado de mortalidad (GRD)			
Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 7 días del alta (para el total de las altas)			
Reingreso (en cualquier servicio u otro hospital) a los 30 días del alta (para el total de las altas)			
Asistencias en el servicio de urgencias en los 30 días siguientes al alta (para el total de las altas)			
		% Cuestionarios IEXPAC contestados / Total altas SMI	Si se implanta de forma sistemática la recogida de información sobre la experiencia del paciente mediante el cuestionario IEXPAC

Anexo 6. Tabla 4. Datos e indicadores de “otras actividades”

Básico	Observaciones	Recomendable	Observaciones
Pacientes con Condiciones Crónicas Complejas PCCC)			
Número de personas de ³ 75 años en el área de influencia del SMI/hospital			
Número de pacientes identificados como PCCC			
% Pacientes identificados como PCCC / Personas ³ 75 años			
Interconsulta hospitalaria			
Número de interconsultas / año distintas de asistencia compartida		Número de interconsultas urgentes/preferentes/ordinarias o normales	
Promedio de número de días que permanecen abiertas		Tiempo de respuesta medio para interconsultas no urgentes	
Promedio del número de visitas necesarias hasta su cierre			
Participación en comités / reuniones de unidades multidisciplinarias			
Número de comités /unidades multidisciplinares en los que participan internistas del SMI			
Número de internistas del SMI que participan en comités / unidades multidisciplinarias			
Número de participaciones / año			
Hospital de Día			
Número de sesiones en HdD		Número de procesos atendidos	Proceso = un episodio de enfermedad por paciente
		Número de sesiones por proceso atendido en el HdD	
Consultas presenciales			
Número de consultas primeras (totales)		Desglosar por: generales; monográficas; diagnóstico rápido; y prehabilitación quirúrgica	
Número de consultas de alta resolución (totales)		Desglosar por: generales; monográficas; diagnóstico rápido; y prehabilitación quirúrgica	
Número de consultas sucesivas (totales)		Desglosar por: generales; monográficas; diagnóstico rápido; y prehabilitación quirúrgica	
Consultas sucesivas / primeras (incluyen alta resolución) totales		Desglosar por: generales; monográficas; diagnóstico rápido; y prehabilitación quirúrgica	
E-Consulta			
Número de E-consultas			
% de E-Consultas que son remitidas a consulta presencial			
Teleconsulta			
Número de teleconsultas (cualquier vía, excepto video-consulta)			
Número de video-consultas			

Anexo 7. Niveles de recomendación

Mediante un procedimiento Delphi, los comités del proyecto seleccionaron el nivel de exigencia de los estándares, clasificándolos en: requisitos (cumplimiento obligatorio); recomendación (no obligatorio, pero recomendable); y sugerencia (recomendable, pero sujeto a la organización y gestión del Servicio de Salud correspondiente, o por no estar dentro del ámbito de actuación directa del SMI). Las tablas están organizadas por procesos, tipología del estándar (estructura o proceso) y nivel de recomendación de cada estándar.

Anexo 7. Tabla 1. Estándares relativos a la organización y gestión del servicio de Medicina Interna

Anexo 7. Tabla 2. Estándares relativos al proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI

Anexo 7. Tabla 3. Estándares relativos al proceso asistencial “asistencia compartida”

Anexo 7.4. Estándares relativos al proceso asistencial “interconsulta hospitalaria”

Anexo 7. Tabla 5. Estándares relativos al proceso asistencial “hospitalización a domicilio”

Anexo 7. Tabla 6. Estándares relativos al proceso asistencial “hospital de día”

Anexo 7. Tabla 7. Estándares relativos al proceso asistencial “consulta ambulatoria”

Anexo 7. Tabla 8. Estándares relativos al proceso asistencial “consulta de atención inmediata”

Anexo 7. Tabla 9. Estándares relativos al proceso asistencial “prehabilitación quirúrgica”

Anexo 7. Tabla 10. Estándares relativos al proceso asistencial “e-consulta”

Anexo 7. Tabla 11. Estándares relativos al proceso asistencial “teleconsulta”

Anexo 7. Tabla 12. Estándares relativos al proceso asistencial “Programa de atención al Paciente con Condiciones Crónicas Complejas”

Anexo 7. Tabla 13. Estándares relativos al proceso asistencial de “atención en unidades multidisciplinarias”

Anexo 7. Tabla 14. Estándares relativos al proceso asistencial de “atención en unidades de cuidados paliativos”

Anexo 7. Tabla 15. Estándares relativos a la actividad de formación en el servicio de Medicina Interna

Anexo 7. Tabla 16. Estándares relativos a la actividad de investigación en el servicio de Medicina Interna

Anexo 7. Tabla 17. Estándares relativos a la asistencia centrada en la persona en el servicio de Medicina Interna

Anexo 7. Tabla 1. Estándares relativos a la organización y gestión del servicio de Medicina Interna

	Organización y gestión del SMI (OG)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
OG1	El SMI debe tener asignado un responsable.	Estructura	Requisito
OG2	El SMI debe dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento, donde se recoja el organigrama del SMI; su cartera de servicios; la plantilla; la descripción de las competencias y responsabilidades de los profesionales que integran el SMI; y el sistema de Información / cuadro de mandos de la unidad.	Estructura	Requisito
OG3	El SMI/hospital debe disponer de un plan de calidad.	Estructura	Requisito
OG4	El SMI/hospital debe establecer un mapa de riesgos y un sistema de registro de eventos adversos.	Estructura	Requisito
OG5	El SMI debe realizar periódicamente (al menos, dos veces al año) una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con él (p.ej.: enfermería, farmacia hospitalaria/farmacología clínica, cuidados intensivos/críticos, urgencias, geriatría, nutricionista, trabajo social, etc.), en la que se analicen posibles incidencias y posibilidades de mejora de la atención.	Estructura	Requisito
OG6	El SMI debe definir los perfiles profesionales para cada una de sus áreas de trabajo/unidades funcionales (por ejemplo: hospitalización; asistencia compartida; hospitalización a domicilio; etc.) y puestos de trabajo con responsabilidad organizativa (responsables de unidades) o funcional (por ejemplo, coordinador de calidad; gestores de procesos asistenciales; etc.).	Estructura	Requisito
OG7	Se recomienda que el SMI desarrolle propugne y tenga actualizado el registro de evaluación de competencias profesionales.	Estructura	Recomendación
OG8	Se recomienda que el SMI implante una gestión por procesos asistenciales.	Estructura	Recomendación
OG9	El SMI debe disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.	Estructura	Requisito
OG10	El SMI debe dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, centrado -en la medida de lo posible- en resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.	Estructura	Requisito
OG11	El SMI debe evitar intervenciones de bajo valor, manteniendo actualizado y disponible para todos los miembros de la unidad el listado de estas intervenciones para evitar su práctica. En el mencionado listado deben estar comprendidas las propuestas por la SEMI.	Estructura	Requisito
OG12	El SMI debe cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Se recomienda que para la elaboración del informe de alta médica se sigan las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. El informe de alta debe cumplir con la normativa establecida por el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.	Estructura	Requisito
OG13	El SMI debe participar en el registro RECALMIN de la SEMI.	Estructura	Requisito
Organización en función de la complejidad del hospital.			
OG14	Las plantillas de los SMI de los hospitales "locales" (<200 camas y población de referencia < 100.000 habitantes) se sugiere que estén integradas por médicos internistas con formación avanzada en subespecialidades y habilidades complementarias con el apoyo de los subespecialistas del hospital de área de salud de referencia.	Estructura	Sugerencia
OG15	Los internistas de hospitales locales deberían tener capacitación avanzada en procedimientos eco guiados (toracocentesis, paracentesis, accesos vasculares, biopsias básicas, etc.).	Estructura	Sugerencia
OG16	Los SMI de hospitales locales deben ofertar consultas monográficas de diagnóstico rápido, enfermedades infecciosas e insuficiencia cardíaca.	Estructura	Recomendación
OG17	Los SMI de hospitales complejos deben ofertar consultas monográficas de diagnóstico rápido, enfermedades infecciosas, enfermedades minoritarias, enfermedades sistémicas, enfermedad tromboembólica, insuficiencia cardíaca, cuidados paliativos y riesgo vascular.	Estructura	Recomendación

Anexo 7. Tabla 2. Estándares relativos al proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI

	Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI (HOSP)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
HOSP1	Se recomienda que haya una dotación de internistas (en equivalentes a jornada completa) no inferior a 1 por cada 8 pacientes ingresados en las plantas de los SMI	Estructura	Recomendación
HOSP2	Se recomienda que la dotación de enfermeras y auxiliares en las plantas de los SMI se calculen función de la complejidad de los pacientes. En todo caso es recomendable una dotación de enfermeras no inferior a 1 por cada 10 pacientes, que debería aumentar a 1 por cada 4-6 pacientes en nivel 1 de cuidados (intermedios) de la Intensive Care Society	Estructura	Recomendación
HOSP3	Se recomienda que en las plantas de MI se pueda prestar un nivel 1 de cuidados (disponibilidad de monitorización continua). Se debe aplicar esta recomendación de forma flexible y adaptada a las necesidades de cada hospital	Estructura	Recomendación
HOSP4	Se recomienda que los SMI tengan asignados gestores/as de casos para el seguimiento de los pacientes crónicos con condiciones complejas (PCCC) dados de alta.	Estructura	Recomendación
HOSP5	Los SMI deberían disponer de ecógrafos en número suficiente y calidad adecuada, como para satisfacer sus necesidades clínicas	Estructura	Requisito
Ingreso			
HOSP7	El paciente debe ser ingresado en hospitalización convencional solamente si no es posible el manejo de su condición clínica en otras modalidades asistenciales ambulatorias o en hospitalización a domicilio	Proceso	Requisito
HOSP8	El ingreso desde el servicio de urgencias o consultas externas debe incorporar una nota de ingreso, que incluya al menos la historia clínica; exploración; datos complementarios más relevantes; un juicio diagnóstico que incorpore la indicación de ingreso y, en su caso, condiciones del ingreso (por ejemplo, aislamiento); tratamiento para las 24 horas siguientes; y solicitud de pruebas complementarias	Proceso	Requisito
HOSP9	Se recomienda que el paciente no permanezca más de 12 horas en el servicio de urgencias desde la orden de ingreso, evitando la estancia en urgencias durante la noche; asimismo, se recomienda que el paciente no se ingrese en camas no asignadas al SMI. En aquellos hospitales donde no hay asignación de camas por servicios es recomendable que los pacientes atendidos por el SMI estén en el mismo entorno.	Proceso	Recomendación
HOSP10	Si el paciente proviene de un traslado desde hospitalización convencional de otro servicio deberá incluir un informe de traslado; el tratamiento activo; y haber sido aceptado el traslado por el SMI	Proceso	Recomendación
HOSP11	El paciente debe ser evaluado en las primeras 4 horas tras su llegada a planta o antes de ingresar en planta de hospitalización, si no lo hubiera sido por el internista en el área de urgencias. En el caso de ingreso a partir de las 0 horas se puede posponer la evaluación hasta las 8 horas, siempre que la estabilidad del paciente lo permita (a criterio del médico que realiza el ingreso y de la enfermería que lo reciba en planta).	Proceso	Requisito
HOSP12	Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización.	Proceso	Recomendación

	Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI (HOSP)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
HOSP13	Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos (niveles de cuidados 2 y 3) a las unidades de hospitalización polivalente (niveles de cuidados 0 y 1), entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso	Proceso	Recomendación
HOSP14	Se debe iniciar un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control de los pacientes ingresados	Proceso	Requisito
HOSP15	Se deben protocolizar los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización.	Proceso	Requisito
Seguimiento			
HOSP16	El paciente debe tener un médico referente durante el periodo de hospitalización, que debe reconocer como responsable de su atención y que garantice la continuidad de la asistencia	Proceso	Requisito
HOSP17	Se debe revisar pormenorizadamente la medicación domiciliar antes de prescribir nuevos fármacos, con el fin de evaluar la adecuación de la medicación. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso	Proceso	Requisito
HOSP18	Se deben revisar las infecciones con gérmenes multi-resistentes en ingresos previos, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posible aislamiento del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico	Proceso	Requisito
HOSP19	Se debe realizar una valoración funcional, cognitiva y social en todo paciente de 75 o más años o de menor edad si hay signos o síntomas de deterioro cognitivo o fragilidad	Proceso	Requisito
HOSP20	Se deben evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad y ansiedad. Respeto del sueño del paciente	Proceso	Requisito
HOSP21	En pacientes de 75 o más años, o en los que se detecta/sospecha pluripatología, dependencia, discapacidad o fragilidad se debe realizar: Barthel, cribado nutricional, EQ 5D-3L, Frail y Paliar/Profund, en los restantes cribado nutricional	Proceso	Requisito
HOSP22	En los pacientes con multimorbilidad debe realizarse un método de cribado nutricional sencillo para identificar el riesgo de desnutrición; en los pacientes de riesgo, se debe realizar una evaluación más detallada y desarrollarse un plan de tratamiento, para consentir una terapia nutricional adecuada temprana y definir medidas de resultados de calidad de éxito	Proceso	Requisito
HOSP23	Se debe realizar todos los días laborables el pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente. En el caso de no realizarse, deberá comunicarse a la enfermera responsable del paciente, aquellos cambios que se vayan a realizar en el paciente, tras la visita del internista al paciente.	Proceso	Requisito
HOSP24	Se deben establecer las medidas de respuesta a las alertas de los sistemas “track and trigger” y los sistemas de relación con los servicios de cuidados críticos cuando sea preciso aumentar el nivel de cuidados	Proceso	Requisito
HOSP25	Se recomienda que el pase de visita se realice también los días no laborables	Proceso	Recomendación

	Proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital y asistido directamente por el SMI (HOSP)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
HOSP26	Se debe educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento	Proceso	Requisito
Planificación del alta y alta			
HOSP27	Se recomienda centrar la asistencia en el proceso asistencial que genera el ingreso, evitando estancias innecesarias por pretender resolver todos los problemas de salud durante el ingreso	Proceso	Recomendación
HOSP28	Es recomendable que se realice una planificación precoz del alta hospitalaria, elaborando cada centro un documento de planificación del alta adaptado a sus características	Proceso	Recomendación
HOSP29	Se deben valorar al ingreso las necesidades de soporte al alta, identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta y solicitar -cuando indicado- la colaboración de la unidad de asistencia social, así como -si preciso- de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc. para elaborar un plan asistencial personalizado	Proceso	Requisito
HOSP30	Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento y cuidados. La valoración mediante sistemas de ponderación de riesgo para eventos desfavorables (LACE Index, otros...), como el reingreso puede ser útil para identificar pacientes en los que realizar una actividad precoz tras el alta	Proceso	Requisito
HOSP31	Se recomienda que se den altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que otros días	Proceso	Recomendación
HOSP32	El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación	Proceso	Requisito
HOSP33	El informe de alta debe contener un plan asistencial personalizado con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria)	Proceso	Requisito
HOSP34	El informe de alta debe cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, así como las disposiciones de la Comunidad Autónoma sobre los informes clínicos	Proceso	Requisito
HOSP35	El informe de alta debe facilitar el registro de la información contenida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, así como las disposiciones de las Comunidades Autónomas sobre esta materia)	Proceso	Requisito
Seguimiento inmediato post-alta			
HOSP36	En PCCC se recomienda una teleconsulta por el gestor/a de casos dentro de las 72 horas post-alta y una consulta de seguimiento precoz a las 1-2 semanas después del alta para evaluar la situación clínica, tolerancia a los medicamentos y optimizar el tratamiento	Proceso	Recomendación

Anexo 7. Tabla 3. Estándares relativos al proceso asistencial “asistencia compartida”

	Asistencia compartida (AC)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
AC1	La unidad de asistencia compartida (UAC) debe tener un responsable asignado de forma estable	Estructura	Requisito
AC2	Se recomienda que haya una dotación de internistas (en equivalentes a tiempo completo) no inferior a 1 por cada 10 pacientes atendidos en asistencia compartida.	Estructura	Recomendación
AC3	La dotación del resto de internistas en la UAC debe ser estable en el tiempo, permaneciendo de forma fija en la UAC un mínimo de cuatro meses	Estructura	Recomendación
AC4	Debe haber un acuerdo entre el SMI y los servicios a los que se presta AC definiendo el alcance de la AC (todos los pacientes ingresados o solamente para determinados procesos o tipologías de pacientes), así como la asistencia fuera del horario laboral. Es recomendable que el documento de acuerdo también sea firmado por la dirección	Estructura	Requisito
AC5	La UAC debe disponer de un manual de organización y funcionamiento	Estructura	Requisito
AC6	El plan de calidad del SMI debe integrar los criterios aplicables a la UAC	Estructura	Requisito
AC7	La UAC debe disponer de un cuadro de mandos, que debe contener los datos requeridos para su certificación en función de su nivel de complejidad. Se recomienda que el cuadro de mandos incorpore los indicadores de resultados	Estructura	Requisito
AC8	La UAC debe elaborar una memoria anual	Estructura	Requisito
AC9	La UAC debe realizar sesiones específicas de la actividad, cuya frecuencia estará en función del nivel de su nivel de complejidad	Estructura	Requisito
AC10	Se recomienda que los pacientes asistidos mediante esta modalidad asistencial sean identificados en la historia clínica electrónica y se compute la actividad (ingreso, estancia, alta) tanto al SMI como al servicio que de ingreso del paciente.	Estructura	Recomendación
AC11	Los estándares de proceso durante el ingreso son los referidos al proceso asistencial del paciente agudamente enfermo ingresado en el hospital asistido directamente por el SMI	Proceso	Requisito
AC12	Cuando ingresa el paciente en el servicio donde se presta AC debe ser avisado el internista de AC a cargo de la asistencia a esos pacientes	Proceso	Requisito
AC13	Se recomienda que el informe de alta sea conjunto entre la UAC y el servicio al que se presta la AC. En caso de que esto no sea posible se debe prever en la historia clínica del paciente el alta por el SMI	Proceso	Recomendación

Anexo 7.4. Estándares relativos al proceso asistencial “interconsulta hospitalaria”

	Interconsulta hospitalaria (ICH)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
ICH1	El Servicio peticionario debiera de realizar su interconsulta en la Historia Clínica Electrónica del paciente. No se debiera de aceptar una solicitud exclusivamente oral	Estructura	Requisito
ICH2	El SMI no debe rechazar ninguna solicitud y debe informar las interconsultas hospitalarias por escrito	Estructura	Requisito
ICH3	En la distribución de las interconsultas entre los facultativos del SMI se sugiere asignar los diferentes servicios a los mismos facultativos	Estructura	Sugerencia
ICH4	La respuesta ha de incluir: una breve exposición razonada, la solicitud de los estudios diagnósticos oportunos, el tratamiento que se considera preciso (conciliado con el previo) y, en su caso, el seguimiento. De la misma forma, si existe un procedimiento quirúrgico, se incluirán las indicaciones pre y post intervención	Estructura	Requisito
ICH5	La respuesta podría no incluir aspectos que es preferible que realice el servicio peticionario. En este caso se recomienda hacerlo constar.	Estructura	Recomendación
ICH6	Siempre que sea posible debe haber una comunicación personal entre los facultativos de ambos servicios	Estructura	Recomendación
ICH7	El SMI ha de incluir las “recomendaciones al alta”, preferiblemente el día previo a la misma. Se incluirán las órdenes específicas y, de ser preciso, una cita ambulatoria en el SMI	Estructura	Requisito
ICH8	Tiempos de respuesta: Urgente: Precisa respuesta inmediata; Preferente: Respuesta en un plazo máximo de 24 h; Ordinaria o normal: Respuesta menos de 36 horas	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 5. Estándares relativos al proceso asistencial “hospitalización a domicilio”

	Hospitalización a domicilio (HaD)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
HaD1	La unidad de hospitalización a domicilio (UHaD) debe tener un responsable asignado de forma estable.	Estructura	Requisito
HaD2	La UHaD debe disponer de un manual de organización y funcionamiento.	Estructura	Requisito
HaD3	La UHaD debe establecer criterios explícitos de procesos y procedimientos susceptibles de HaD y los requisitos asociados de equipamiento y recursos humanos.	Estructura	Requisito
HaD4	La UHaD debe disponer de un proceso genérico elaborado, en el que se contemple la gestión de las emergencias, efectos adversos y otras complicaciones del paciente.	Estructura	Requisito
HaD5	La UHaD debe garantizar la gestión del soporte las 24 horas del día, con procesos y procedimientos para identificar el deterioro clínico con una guía robusta de niveles de deterioro.	Estructura	Requisito
HaD6	La UHaD debe establecer criterios explícitos de reingreso del paciente en hospitalización convencional.	Estructura	Requisito
HaD7	La UHaD debe prestar servicio los 365 días del año y debe contar con un punto fijo de contacto.	Estructura	Requisito
HaD8	La UHaD debe disponer de un cuadro de mandos.	Estructura	Requisito
HaD9	La UHaD debe elaborar una memoria anual.	Estructura	Requisito
HaD10	La UHaD debe realizar sesiones específicas de la actividad, cuya frecuencia estará en función de su nivel de complejidad	Estructura	Requisito
HaD11	Se recomienda que la UHaD disponga de un programa estructurado de telemonitorización y telemedicina, integrado en la historia clínica electrónica	Estructura	Recomendación
Valoración inicial e ingreso			
HaD12	La UHaD debe haber establecido criterios clínicos, sociofamiliares, de distancia al hospital de referencia y estructurales de inclusión y exclusión del programa. Los pacientes seleccionados deben tener indicación clínica de ingreso hospitalario con un nivel “0” de cuidados (hospitalización convencional sin necesidad de monitorización continua).	Proceso	Requisito
HaD13	El acceso de los pacientes a la HaD debe ser informado, consentido, voluntario e implantado en forma de cooperación paciente/cuidador y UHaD.	Proceso	Requisito
HaD14	El paciente y la familia deben de ser informados de los cuidados que son necesarios asumir por su parte como la toma de constantes, la colaboración en curas sencillas, o la administración de medicación. En caso de ser necesario educación para su realización se iniciará desde el hospital y se continuará durante la hospitalización domiciliaria	Proceso	Requisito

Hospitalización a domicilio (HaD)		Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
Seguimiento			
HaD15	Todos los pacientes de HaD deben tener un plan individualizado de atención pactado entre los profesionales sanitarios, el paciente y sus cuidadores teniendo en cuenta la patología que ha provocado el ingreso, la gravedad clínica y los requerimientos de cuidados de enfermería. Siendo las modalidades de atención telemáticas o presenciales tanto de médicos, como enfermeras, como otros integrantes del equipo (trabajadores sociales, rehabilitadores...) ajustados al plan inicial y adaptado de forma dinámica durante el ingreso del paciente.	Proceso	Requisito
HaD16	La UHaD debe protocolizar la visita domiciliaria presencial, que debe incluir como mínimo la toma de constantes, anamnesis sobre síntomas y signos de la enfermedad que motivó el ingreso, y examen físico; la conciliación y administración de la medicación; y adaptar e informar del plan individualizado de seguimiento en los siguientes días de ingreso.	Proceso	Requisito
HaD17	La visita domiciliaria telemática deberá incluir como mínimo el registro de las automedidas de constantes del paciente, los síntomas y signos de la enfermedad que motivo el ingreso, la conciliación de la medicación y la adaptación e información del plan individualizado de seguimiento en los siguientes días de ingreso	Proceso	Requisito
Planificación del alta y alta			
HaD18	Son aplicables los estándares y recomendaciones de planificación del alta y alta del paciente ingresado en hospitalización convencional.	Proceso	Requisito
HaD19	La UHaD debe establecer acuerdos con la AP/servicios sociales para el alta del paciente	Proceso	Requisito
Seguimiento inmediato post-alta			
HaD20	En PCCC se recomienda una teleconsulta por el gestor/a de casos dentro de las 72 horas post-alta y una consulta de seguimiento precoz a las 1-2 semanas después del alta para evaluar la situación clínica, tolerancia a los medicamentos y optimizar el tratamiento	Proceso	Recomendación

Anexo 7. Tabla 6. Estándares relativos al proceso asistencial "hospital de día"

	Hospital de Día (HdD)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
HdD1	Se recomienda que los SMI que tengan un programa de PCC dispongan de puestos de hospital de día	Estructura	Recomendación
HdD2	El SMI debe recoger al menos los siguientes datos de la actividad de HdD: Número de sesiones en HdD; Número de sesiones por proceso atendido en el HdD	Estructura	Requisito
HdD3	El SMI debe elaborar vías clínicas para los procesos/procedimientos más frecuentemente asistidos mediante hospital de día.	Proceso	Requisito
HdD4	El SMI debe establecer los criterios de alta de HdD	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 7. Estándares relativos al proceso asistencial "consulta ambulatoria"

	Consulta ambulatoria (general o monográfica) (Cons)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
Recepción			
Cons1	Los SMI deben establecer con los médicos de AP del área de influencia del hospital criterios de derivación a consulta externa.	Proceso	Requisito
Cons2	Se recomienda que los SMI sean los referentes para el diagnóstico en relación con atención primaria mediante las consultas de diagnóstico rápido o de alta resolución, actuando de "puerta de entrada" de pacientes con patología compleja (pluripatología; crónico complejo); o en rápido deterioro; o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves.	Proceso	Recomendación
Cons3	Se recomiendan que los SMI implanten la e-consulta con los equipos de AP como método de cribado de las derivaciones de AP al servicio.	Proceso	Recomendación
Atención/ Exploraciones complementarias			
Cons4	Se recomienda asignar un único médico referente del paciente en consulta.	Proceso	Recomendación
Cons5	La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y solicitud de los estudios adecuados y generar un informe al finalizar el proceso de consulta/interconsulta con un esquema básico que incluya los estudios realizados, la orientación diagnóstica y el plan/tratamiento a seguir.	Proceso	Requisito
Cons6	Se recomienda establecer, en cada hospital, un número limitado de protocolos con demoras establecidas para la realización ambulatoria de los estudios complementarios que se consideren más útiles para llegar a un diagnóstico sin necesidad del ingreso del paciente.	Proceso	Recomendación
Alta/Seguimiento			
Cons7	El SMI debe evitar revisiones innecesarias, según la situación clínica del paciente. El criterio general debe ser dar el alta de consulta y seguimiento del paciente por AP y medir de forma sistemática el índice: nuevos/revisiones.	Proceso	Recomendación
Cons8	En los pacientes muy complejos se recomienda el seguimiento compartido con su médico de AP.	Proceso	Recomendación
Cons9	El HdD puede ser una alternativa a la consulta cuando el paciente requiere observación o la realización de algún procedimiento	Proceso	Sugerencia

Anexo 7. Tabla 8. Estándares relativos al proceso asistencial “consulta de atención inmediata”

	Unidades de diagnóstico rápido. Consultas de atención inmediata (UDR)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
UDR1	Debe disponer de una unidad monográfica con un internista dedicado a tiempo parcial o completo dependiendo del volumen asistencial del hospital.	Estructura	Requisito
UDR2	Debe establecer los criterios de derivación a la unidad desde AP.	Estructura	Requisito
UDR3	La consulta de atención inmediata se podrá realizar como e-consulta.	Estructura	Sugerencia
UDR4	Se debe citar al paciente en menos de 7 días desde la derivación de AP.	Proceso	Requisito
UDR5	Se deben establecer circuitos rápidos y tiempos de demora cortos con los servicios de diagnóstico (imagen, endoscopia, etc.) para los pacientes asistidos en la unidad de diagnóstico rápido.	Proceso	Requisito
UDR6	Se debe establecer como objetivo llegar a un diagnóstico antes de los 15 días desde la primera consulta.	Proceso	Recomendación

Anexo 7. Tabla 9. Estándares relativos al proceso asistencial “prehabilitación quirúrgica”

	Prehabilitación quirúrgica. Consulta preoperatoria (PHQ)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
PHQ1	Debe haber un acuerdo entre el SMI y los servicios quirúrgicos con los que se colabora en esta modalidad asistencial. El acuerdo debe especificar los criterios para referir los pacientes a la consulta preoperatoria de MI.	Estructura	Requisito
PHQ2	Se recomienda que se oferte esta modalidad asistencial a los servicios con los que existen acuerdos de AC.	Estructura	Recomendación
PHQ3	El SMI debe disponer de una consulta monográfica destinada a esta actividad.	Estructura	Recomendación
PHQ4	En el supuesto de que el SMI preste esta modalidad asistencial, debe registrar: Número de consultas primeras de pacientes referidos a prehabilitación quirúrgica; Número de consultas sucesivas hasta la fecha de intervención; Número de pacientes que, referidos a esta consulta, finalmente no son intervenidos.	Estructura	Requisito
PHQ5	Se recomienda que el paciente referido a consulta de prehabilitación quirúrgica sea asistido al ingreso para intervención mediante AC.	Estructura	Recomendación
PHQ6	Los estándares de proceso son los mismos que para la consulta de los SMI.	Proceso	Aplican los niveles de recomendación de la consulta (Cons)
PHQ7	Resto de la actividad relacionada con el proceso: los establecidos para la asistencia compartida.	Proceso	

Anexo 7. Tabla 10. Estándares relativos al proceso asistencial “e-consulta”

E-consulta (E-Cons)		Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
ECons1	Debe disponerse de un sistema de comunicación entre AP y el SMI que garantice la confidencialidad de los datos personales de los pacientes, generalmente la historia clínica electrónica.	Estructura	Requisito
ECons2	Se recomienda el establecimiento de criterios de selección y exclusión de pacientes/condiciones de salud para esta modalidad asistencial.	Estructura	Recomendación
ECons3	Se recomienda el establecimiento de un formulario para que el médico de AP resuma los aspectos más relevantes por los que se solicita la consulta con el SMI y aporte las exploraciones complementarias relevantes.	Proceso	Recomendación
ECons4	Se recomienda que el SMI conteste la solicitud de interconsulta en el primer día hábil siguiente a ser emitida.	Proceso	Recomendación
ECons5	El SMI debe responder al médico de AP con una de las siguientes alternativas: 1. Recomendaciones para el manejo del paciente, con diálogo/comunicación posterior de ser necesario; 2. Recomendaciones de actuación y sugerencia de nueva consulta posterior; 3. Cita presencial (con fecha asignada) en la consulta de MI; y 4. Cita presencial (con fecha asignada) en Hospital de Día.	Proceso	Requisito
E-consulta como puerta de entrada a la interconsulta desde AP y hospitalaria en Medicina Interna.			
ECons6	Se recomienda su implementación al facilitar el cribado de las interconsultas, tanto hospitalarias como ambulatorias.	Estructura	Recomendación

Anexo 7. Tabla 11. Estándares relativos al proceso asistencial “teleconsulta”

	Teleconsulta (T-Cons)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
TCons1	Debe disponerse de un sistema de comunicación entre el paciente y el SMI que garantice la confidencialidad de los datos personales de los pacientes. La vía de comunicación, bien telefónica, bien mediante videollamada, deberá contar con las medidas de seguridad adecuadas.	Estructura	Requisito
TCons2	El internista debe disponer de los medios telemáticos precisos, así como un lugar adecuado, para mantener la seguridad y privacidad de la teleconsulta.	Estructura	Requisito
TCons3	Debe disponer de protocolos acordados, una alerta para cualquier fallo en el sistema de comunicación y un proceso de retroalimentación incorporado.	Estructura	Requisito
TCons4	El SMI debe establecer los criterios de selección y exclusión de pacientes/condiciones de salud para esta modalidad asistencial.	Estructura	Requisito
TCons5	Se debe obtener el consentimiento explícito del paciente, que generalmente será verbal.	Estructura	Requisito
TCons6	La asistencia mediante teleconsulta deberá quedar registrada en la historia clínica y deberá figurar como parte de la actividad del SMI, con su agenda correspondiente.	Estructura	Requisito
TCons7	El registro de la información deberá cumplir con los estándares de seguridad y privacidad en las normas legales y orientación profesional sobre la conservación, almacenamiento y transferencia de datos del paciente.	Estructura	Requisito
TCons8	Se recomienda que los registros de teleconsulta del paciente se puedan buscar por una variedad de criterios para fines de auditoría, así como para su uso secundario	Estructura	Recomendación
TCons9	Se recomienda el establecimiento de un formulario específico para cada teleconsulta adaptado a la consulta monográfica.	Proceso	Recomendación
Previo a la consulta			
TCons10	El internista debe revisar previamente la historia clínica del paciente.	Proceso	Requisito
Consulta			
TCons11	Al inicio de la teleconsulta se deben identificar tanto paciente/cuidador como internista.	Proceso	Requisito
TCons12	Transmisión de información por parte del paciente/cuidador.	Proceso	Requisito
TCons13	Trasmisión de información por parte del internista.	Proceso	Requisito
TCons14	Comprobación de que el paciente/cuidador ha entendido la información transmitida por el internista.	Proceso	Requisito
Post-consulta			
TCons15	Registro de los datos en la historia clínica; elaboración del informe clínico; prescripción/conciliación de la medicación; ajuste de la receta electrónica; gestión de la próxima cita y remisión del informe al paciente mediante correo electrónico o carta postal	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 12. Estándares relativos al proceso asistencial “Programa de atención al Paciente con Condiciones Crónicas Complejas”

	Programa de atención al PCCC	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
PCCC1	El programa de PCCC debe tener un responsable o coordinador del programa asignado de forma estable.	Estructura	Requisito
PCCC2	El programa de PCCC debe estar integrado por un equipo multidisciplinar que incluya, al menos, a internistas, enfermeras y trabajadores sociales. Es recomendable las relaciones fluidas y las consultas con otras especialidades (endocrinología y nutrición, geriatría, rehabilitación...) y disciplinas (fisioterapia, nutrición, psicología,...).	Estructura	Requisito
PCCC3	Debe haber al menos una enfermera gestora de casos / enfermera de enlace asignada al programa.	Estructura	Requisito
PCCC4	Debe haber establecido los criterios de selección y exclusión, diseñados a nivel local, de los pacientes seguidos por el programa.	Estructura	Requisito
PCCC5	Se recomienda realizar una búsqueda activa entre los pacientes ingresados de aquellos susceptibles de ser seguidos en un programa de PCCC. Para ello se sugiere utilizar criterios sencillos (por ejemplo, número de reingresos) y con una entrevista de selección durante el ingreso. Se recomienda diseñar un listado de comprobación de criterios de exclusión e inclusión para utilizar en esa primera entrevista.	Estructura	Recomendación
PCCC6	Se sugiere que la inclusión en el programa del paciente procedente de AP se realice mediante e-consulta. El internista y el médico AP valorarán conjuntamente si procede o no su inclusión.	Estructura	Recomendación
PCCC7	El programa del PCCC debe ofertar las modalidades asistenciales de hospitalización convencional, consulta externa y hospital de día. Se recomienda integrar la hospitalización a domicilio, la teleasistencia y la telemedicina con telemonitorización dentro del programa.	Estructura	Requisito
PCCC8	El programa de PCCC debe disponer de una consulta monográfica para estos pacientes.	Estructura	Recomendación
PCCC9	El programa de PCCC debe ofertar consulta del paciente/cuidador con el gestor de casos, y con el profesional sanitario de atención primaria mediante, al menos, correo electrónico o historia clínica electrónica compartida.	Estructura	Requisito
PCCC10	El programa de PCCC debe disponer de teléfonos móviles corporativos de contacto con el internista y el gestor de casos.	Estructura	Requisito
PCCC11	El programa de PCCC debe establecer un circuito específico de atención a los pacientes en el servicio de urgencia hospitalario.	Estructura	Requisito
PCCC12	El SMI con programa de PCCC debe ofertar actividades de formación para médicos de familia, enfermeras gestoras de casos y enfermeras de AP.	Estructura	Requisito
PCCC13	El SMI debe realizar sesiones de actualización, como mínimo semestralmente.	Estructura	Requisito
PCCC14	El proceso debe definir los flujos de pacientes dentro del proceso asistencial y de los métodos de identificación, etiquetado e inclusión en el proceso asistencial.	Proceso	Requisito
PCCC15	El proceso debe incluir la valoración integral multidimensional del PCCC.	Proceso	Requisito

	Programa de atención al PCCC	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
PCCC16	El proceso debe incorporar la detección precoz de la fragilidad y de la sarcopenia.	Proceso	Requisito
PCCC17	Todo paciente incluido en el proceso asistencial del PCCC debe estar identificado como tal en la historia clínica electrónica y disponer de un plan asistencial personalizado.	Proceso	Requisito
PCCC18	Todo paciente incluido en el proceso asistencial de PCCC debe tener identificado sus referentes en atención primaria (médico y enfermera) y en atención hospitalaria (internista y enfermera gestora de casos).	Proceso	Requisito
PCCC19	El proceso debe establecer criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales, especialmente entre atención primaria y el SMI.	Proceso	Requisito
PCCC20	El proceso debe contemplar los sistemas de derivación preferente del PCCC descompensado.	Proceso	Requisito
PCCC21	El proceso debe definir las transiciones asistenciales a lo largo de la evolución del paciente (hospital-domicilio; hospital-centro de larga estancia/sociosanitario; cuidados paliativos).	Proceso	Requisito
PCCC22	Debe disponer de una vía clínica para el seguimiento estructurado de pacientes susceptibles de HaD, para aquellos programas de PCCC que oferten esta modalidad asistencial.	Proceso	Requisito
PCCC23	Debe disponer de un protocolo de asistencia en el HdD.	Proceso	Requisito
PCCC24	Debe existir un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de descompensación.	Proceso	Requisito
PCCC25	Debe haberse establecido un proceso de seguimiento estructurado para la detección precoz de la descompensación y la optimización terapéutica del PP mediante una vía clínica específica basada en la detección por parte del paciente y/ o su cuidador de síntomas y signos de alerta.	Proceso	Requisito
PCCC26	Debe haberse desarrollado un proceso específico para la atención del PCCC en las fases finales de la vida.	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 13. Estándares relativos al proceso asistencial de "atención en unidades multidisciplinarias"

Unidades multidisciplinarias (UMD)		Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
UMD1	Debe formalizar un acuerdo de creación entre los servicios que participan en ella, incluyendo los compromisos de cada una de las partes.	Estructura	Requisito
UMD2	Es indispensable tener un responsable/coordinador propuesto por los servicios integrantes de la misma y aprobado por la dirección del centro.	Estructura	Requisito
UMD3	Debe establecer un organigrama de gestión.	Estructura	Requisito
UMD4	Debe establecer los criterios de selección de los pacientes que se benefician de su actividad.	Estructura	Requisito
UMD5	Debe definir e integrar en una sola cartera de servicios todos los recursos útiles y modalidades asistenciales para el manejo de los procesos objeto de su alcance. En todo caso deberá dotarse de una consulta monográfica.	Estructura	Requisito
UMD6	Es recomendable que toda unidad multidisciplinaria tenga asignado un gestor/a de casos.	Estructura	Recomendación
UMD7	Debe disponer de un cuadro de mandos.	Estructura	Requisito
UMD8	Debe disponer de un manual organizativo y de gestión.	Estructura	Requisito
UMD9	Debe elaborar una memoria anual.	Estructura	Requisito
UMD10	Debe reunirse periódicamente y haber establecido la periodicidad, duración y sistemática de las reuniones.	Estructura	Requisito
UMD11	Debe tener un plan de formación continua de sus componentes.	Estructura	Requisito
UMD12	Debe haber formalizado el/los procesos que son objeto de su actividad.	Proceso	Requisito
UMD13	Debe haber establecido los criterios de derivación a la misma.	Proceso	Requisito
UMD14	Debe definir los flujos de pacientes dentro del/los proceso/s o rutas asistenciales y de los métodos de identificación e inclusión de los pacientes.	Proceso	Requisito
UMD15	Debe definir los criterios y las vías de derivación entre dispositivos asistenciales.	Proceso	Requisito
UMD16	Debe definir las transiciones dentro del proceso/ruta asistencial a lo largo de la evolución del paciente, incluyendo los criterios de salida de unidad y derivación a otras unidades o dispositivos asistenciales.	Proceso	Requisito
UMD17	Debe disponer de los procesos formalizados para aquellas modalidades asistenciales que incorpora su cartera de servicios (hospitalización; HdD; HaD, etc.).	Proceso	Requisito
UMD18	Debe establecer un programa estructurado de educación al paciente y cuidadores en el autocuidado de su condición de salud, incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de deterioro.	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 14. Estándares relativos al proceso asistencial de “atención en unidades de cuidados paliativos”

	Unidad de cuidados paliativos (UCP)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
UCP1	Debe disponer de camas específicas dedicadas a cuidados paliativos dependientes del SMI, pudiendo ser una unidad autónoma o integrada en el área de hospitalización general.	Estructura	Requisito
UCP2	Debe contar con un responsable/coordinador clínico.	Estructura	Requisito
UCP3	Debe establecer los criterios de admisión y exclusión coherentes con los niveles de complejidad definidos por el Ministerio de Sanidad.	Estructura	Requisito
UCP4	Es recomendable que su cartera de servicios incluya interconsulta, actividad de hospital de día y consulta monográfica.	Estructura	Recomendación
UCP5	Debe tener acceso a una cartera de servicios propia o vinculada a otros dispositivos que incluya psicología clínica, especialidad de unidad del dolor, trabajo social, atención espiritual y apoyo al duelo.	Estructura	Requisito
UCP6	Debe contar con profesionales de enlace (enfermería experta, gestora de casos, trabajo social) que faciliten la coordinación con recursos comunitarios, sociosanitarios y sociales, garantizando continuidad asistencial.	Estructura	Requisito
UCP7	El equipo multidisciplinar de la UCP debe reunirse de forma periódica, preferiblemente con la participación de profesionales como psicología y trabajo social. Asimismo, debe garantizar la adecuada continuidad asistencial mediante la coordinación con atención primaria, los equipos de atención domiciliar de paliativos y los distintos servicios clínicos implicados en el proceso del paciente –oncología, nefrología, neurología u otros–, asegurando la coherencia y continuidad del plan terapéutico teniendo en cuenta las preferencias y valores del paciente y su familia.	Estructura	Requisito
UCP8	Debe disponer de un cuadro de mandos.	Estructura	Requisito
UCP9	Debe disponer de un manual organizativo y de gestión.	Estructura	Requisito
UCP10	Debe elaborar una memoria anual.	Estructura	Requisito
UCP11	Debe implementar un plan de formación continua para todos sus miembros.	Estructura	Requisito
UCP12	Se recomienda protocolizar los aspectos clave de la asistencia de pacientes en la UCP, utilizando escalas de valoración basadas en la evidencia y validadas en España para la evaluación de síntomas, funcionalidad, fragilidad y necesidades psicosociales.	Proceso	Recomendación
UCP13	Deben evitarse ingresos innecesarios de pacientes sin indicación de atención especializada, garantizando que el ingreso en la UCP responda a criterios de alta complejidad.	Proceso	Requisito
UCP14	Debe planificarse el alta desde la UCP garantizando la continuidad asistencial: cuando el paciente vuelve a su domicilio o a un recurso social intermedio, se realizará la coordinación con atención primaria y/o los equipos de cuidados paliativos domiciliarios; si cumpliera los criterios necesarios se gestionará su ingreso en recurso específico especializado en unidad de cuidados paliativos de media o larga estancia.	Proceso	Requisito
UCP15	Se deben protocolizar las actividades relacionadas con las órdenes de no resucitación, la atención en los últimos días, la agonía, la sedación paliativa y la atención al proceso del duelo.	Proceso	Requisito
UCP16	Las órdenes de no resucitación deben incluirse en la historia clínica de los pacientes ingresados agudamente enfermos.	Proceso	Recomendación
UCP17	Se deben protocolizar las actividades relacionadas con las órdenes de no resucitación, la atención en los últimos días, la agonía y sedación paliativa y el duelo.	Proceso	Requisito

Anexo 7. Tabla 15. Estándares relativos a la actividad de formación en el servicio de Medicina Interna

	Formación (F)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
Formación continuada			
F1	El SMI deben disponer de un plan de formación continuada adaptado a sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad.	Estructura	Requisito
F2	Se recomienda incluir dentro de la formación el uso de herramientas, tanto "duras" (por ejemplo el uso de ecografía a pie de cama o el uso y limitación de la Inteligencia Artificial en labores tan distintas como asistencia a la entrevista clínica, orientación diagnóstica, asistencia bibliográfica o en la confección de artículos científicos) como "blandas" (por ejemplo habilidades de comunicación o presentación oral de trabajos científicos).	Estructura	Recomendación
F3	Se recomienda que, en los hospitales donde la guardia general de Medicina Interna es atendida también por profesionales de otras especialidades médicas, se asegure que estos profesionales reúnen las competencias necesarias mediante programas de capacitación específicos.	Estructura	Recomendación
F4	Cada profesional del SMI debe haber completado, al menos, 40 horas (4 ECTS -European Credit Transfer and Accumulation System-), al año.	Estructura	Requisito
F5	Se sugiere instaurar programas de rotaciones externas breves para el aprendizaje de técnicas o habilidades de interés asistencial.	Estructura	Sugerencia
F6	Se recomienda la utilización de la simulación clínica para la formación continuada, especializada y de grado	Estructura	Recomendación
Formación de postgrado (MIR)			
F7	Los SMI acreditados para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán disponer de: 1. Un programa de calidad docente, que recoja organización docente del centro e indicadores de calidad docente con resultados de los últimos años; 2. Un protocolo de supervisión, que especifique el grado de supervisión de las habilidades del residente (no de rotaciones ni de conocimientos) en función de año de residencia	Estructura	Requisito
F8	Un itinerario formativo que, adapte el programa oficial de la especialidad a las características del centro, publicado en su web	Estructura	Requisito
F9	Se recomienda que un servicio que esté certificado en SEMI-Excelente, por cumplir con los estándares establecido en este informe y tenga un mínimo de 5 integrantes, pueda optar a la acreditación para la formación MIR en MI, siempre que cumpla los criterios asistenciales y docentes correspondientes.	Estructura	Recomendación
F10	Los SMI acreditados para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán tener un máximo de un tutor por cada 5 residentes en formación (Real Decreto 589/2022), con tiempo asignado para el desarrollo de su labor.	Estructura	Requisito
F11	Los SMI por las que roten médicos residentes de otras áreas de conocimiento especialistas deberán disponer para éstos de un programa de formación	Estructura	Requisito
Formación de grado			
F11	Los SMI por los que roten alumnos de grado de Medicina deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los siguientes ítems: 1. Competencias específicas para cada año; 2. Tareas para cada competencia; 3. Cronograma, recursos docentes y metodologías; 4. Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación	Estructura	Requisito

Anexo 7. Tabla 16. Estándares relativos a la actividad de investigación en el servicio de Medicina Interna

	Investigación (I)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
I1	Se recomienda que todos los SMI desarrollen proyectos de investigación, en especial aplicada, siendo recomendable que se haga en colaboración con otros SMI, o servicios asistenciales distintos de los SMI, incluyendo las de atención primaria.	Estructura	Recomendación
I2	Se recomienda participar al menos en un registro de SEMI.	Estructura	Recomendación
I3	Se recomienda participar, al menos una vez al año, en concursos competitivos de proyectos de investigación.	Estructura	Recomendación
I4	Todo SMI debería publicar anualmente, al menos: SMI de hospitales de < 200 camas: 1 artículo; SMI de hospitales ³ 200 - < 500 camas: 2 artículos; SMI de hospitales ³ 500 camas: 3 artículos	Estructura	Requisito

Anexo 7. Tabla 17. Estándares relativos a la asistencia centrada en la persona en el servicio de Medicina Interna

	Asistencia centrada en la persona (ACP)	Tipo de estándar (clasificación)	Tipo de recomendación
ACP1	Se recomienda que el SMI utilice un cuestionario de recogida de información sobre resultados informados por los pacientes. Se sugiere que, por su sencillez, estar validado en España y ser gratuito se utilice el EQ5D-3L, pudiendo iniciarse su uso por los pacientes ingresados en las plantas de MI. La enfermería puede incorporar este test dentro de los de cribado sistemático de los pacientes ingresados en los SMI.	Estructura	Recomendación
ACP2	Se recomienda que el SMI evalúe la experiencia del paciente. Se sugiere, por estar validado en España y ser gratuito, la utilización del IEXPAC (Instrumento para Evaluar la Experiencia del Paciente Crónico”).	Estructura	Recomendación
ACP3	Se recomienda que el SMI se dote de un protocolo para garantizar que los miembros del servicio consideran los objetivos que los pacientes prefieren, siguiendo un principio de orientación por objetivos y las decisiones compartidas.	Estructura	Recomendación
ACP4	Se sugiere que los SMI establezcan relaciones con las asociaciones de pacientes, especialmente las de pacientes con necesidades asistenciales complejas, para adecuar en la medida de lo posible el funcionamiento del servicio a las necesidades y demandas de los pacientes.	Estructura	Sugerencia

Referencias

Referencias

1. Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviría A, Elola-Somoza FJ, en nombre del Comité de Estándares de Unidades de Medicina Interna. Rev Clin Esp 2017;217: 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.06.003>
2. Varela J, Zapatero A, Gómez-Huelgas R, Maestre A, Díez-Manglano J, Barba R. Por una Medicina Interna de alto valor. Sociedad Española de Medicina Interna, 2019.
3. Díez-Manglano, Gómez-Huelgas, Elola FJ. El Hospital del Futuro. SEMI. 2021. ISBN: 978-84-09-29951-5. Disponible en: *920.pdf*
4. Carretero-Gómez J, Chimeno-Viñas MM, Porcel-Pérez JM y cols. RECALMIN V. Evolución de la actividad de las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (2007-2022). Rev Clin Esp 2025 (aceptado a publicación).
5. Carretero Gómez J, Chimeno Viñas MM, Porcel Pérez JM, Méndez Bailón M, Pérez Martínez P, Herranz Marín MT, Elola Somoza FJ; en nombre de los miembros de los comités para el proceso de reflexión estratégica de la SEMI. Resumen ejecutivo de la reflexión estratégica de la Sociedad Española de Medicina Interna 2025-2029 paragarantizar la asistencia integral a la persona enferma en un Sistema Nacional de Salud de alto valor. Rev Clin Esp (Barc). 2024;224:609-622.
6. García-Alegría J, Gómez-Huelgas R. Enfermedad COVID-19: el hospital del futuro ya está aquí. Rev Clin Esp. 2020;220(7):439-441.
7. Palanca I (Dir), González L (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>
8. Palanca I, Medina J, Elola FJ, Bernal JL, Paniagua JL, Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
9. Terol E, Palanca I, Elola J y cols. Hospital de Día Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible: *CUBIERTA MONTADA OK*.
10. Palanca I (Dir), Esteban de la Torre A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

11. Palanca I (Dir), Mejía F (Coord. Científ.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
12. Dowdle R. Acute internal medicine and general internal medicine. En: Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013, pp.: 17-25.
13. Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, Roux X, Schumm-Draeger PM, Weidanz F, van Hulsteijn JH; Working Group on Professional Issues; European Federation of Internal medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med.* 2014 Feb;25(2):125-7. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.013. Epub 2014 Jan 25. PMID: 24472695.
14. Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;344:e256.
15. Michael Bliss. William Osler: A Life in Medicine. New York, NY: Oxford University Press, 1999.
16. National Academy of Medicine. 2022. Transforming Human Health: Celebrating 50 Years of Discovery and Progress. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26722>
17. Sachs, J.D., Lafortune, G., Fuller, G., Drumm, E. (2023). Implementing the SDG Stimulus. Sustainable Development Report 2023. Paris: SDSN, Dublin: Dublin University Press, 2023. [10.25546/102924sustainable-development-report-2023.pdf](https://doi.org/10.25546/102924sustainable-development-report-2023.pdf)
18. World Health Organization (WHO), "Universal Health Coverage": www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.
19. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020 Oct 17;396(10258):1250-1284. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30750-9. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32861314; PMCID: PMC7562819.
20. Haug CJ, Drazen JM. Artificial Intelligence and Machine Learning in Clinical Medicine, 2023. *N Engl J Med.* 2023 Mar 30;388(13):1201-1208. doi: 10.1056/NEJMra2302038. PMID: 36988595.
21. Lee P, Bubeck S, Petro J. Benefits, Limits, and Risks of GPT-4 as an AI Chatbot for Medicine. *N Engl J Med.* 2023 Mar 30;388(13):1233-1239. doi: 10.1056/NEJMr2214184. PMID: 36988602.
22. Bradley C, Seong J, Smit S, Woetzel J. On the cusp of new era?. McKinsey Global Institute. Octubre, 2022. Disponible en: *On the cusp of a new era? | McKinsey*.

23. Cassel CK, Reuben DB. Specialization, subspecialization, and subspecialization in internal medicine. *N Engl J Med*. 2011 Mar 24;364(12):1169-73. doi: 10.1056/NEJMs1012647. PMID: 21428774
24. The EFIM Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe; Bauer W, Schumm-Draeger PM, Koebberling J, et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. *Eur J Intern Med*. 2005 Jun;16(3):214-217. doi: 10.1016/j.ejim.2005.02.003
25. OECD(2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7a-fb35-en>
26. Hardeep A. Multimorbidity: understanding the challenge. A report for the Richmond Group of Charities. 2018. *multimorbidity_-_understanding_the_challenge.pdf* (richmondgroupofcharities.org.uk).
27. Bodenheimer T. Coordinating care—a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008 Mar 6;358:1064-71. doi: 10.1056/NEJMhpr0706165.
28. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly patients—development of a discharge checklist for hospitalists. *J Hosp Med*. 2006;1:354-60. doi: 10.1002/jhm.129.
29. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018; 28;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161. PMID: 29959146; PMCID: PMC6042583.
30. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, Fenger-Grøn M. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Med*. 2023;21:305. doi: 10.1186/s12916-023-03021-3. PMID: 37580711; PMCID: PMC10426166.
31. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
32. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med* 1996; 335: 514-7.
33. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 – The 20th Anniversary of the Hospitalist. *N Engl J Med*. 2016 Sep 15;375(11):1009-11. doi: 10.1056/NEJMp1607958. Epub 2016 Aug 10. PMID: 27508924.
34. “The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease”. En: Mark E. Silverman, T. Jock Murray, and Charles S. Bryan, eds. *The Quotable Osler*. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2008. *Sir William Osler and Internal Medicine | ACP Online*.

35. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2023. Achieving Whole Health: A New Approach for Veterans and the Nation. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26854>
36. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* | The National Academies Press.
37. *The Picker Principles of Person Centred care* - Picker.
38. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(3):243-6. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
39. Gómez Huelgas R, Díez Manglano J, Carretero Gómez J, Barba R, Corbella X, García Alegría J, et al. El hospital del futuro en 10 puntos. *Rev Clin Esp*. 2020;220:444-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.009>
40. Bestsennyy O, Chmielewski M, Koffel A, Shah A. From facility to home: How healthcare could shift by 2025. McKinsey & Company. February 2022. Disponible en: *From facility to home: How healthcare could shift by 2025* | McKinsey.
41. Hollander J, Sharma R. Telemedicine Is Mainstream Care Delivery. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2022; 07. 10.1056/CAT.22.0176.
42. Allen S, Wiesenthal A, Cox M. Hospitals in the future 'without' walls. Deloitte. April, 2022. Disponible en: *Care delivered in hospitals today will be delivered in the community and at home tomorrow* | Deloitte Global.
43. Cranston M, Semple C, Duckitt R, Vardi M, Lindgren S, Davidson C, Palsson R; European Board of Internal Medicine Competencies Working Group. The practice of internal medicine in Europe: organisation, clinical conditions and procedures. *Eur J Intern Med*. 2013 Oct;24(7):627-32. doi: 10.1016/j.ejim.2013.08.005. Epub 2013 Sep 10. PMID: 24028929.
44. Williams MV. Hospitalists and the hospital medicine system of care are good for patient care. *Arch Intern Med*. 2008 Jun 23;168(12):1254-6; discussion 1259-60. doi: 10.1001/archinte.168.12.1254. PMID: 18574080.
45. Sharma G, Kuo YF, Freeman J, Zhang DD, Goodwin JS. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med*. 2010 Feb 22;170(4):363-8. doi: 10.1001/archinternmed.2009.553. PMID: 20177040; PMCID: PMC2843086.
46. Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, et al; Hospitalist-Orthopedic Team Trial Investigators. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141(1):28-38.
47. Rohatgi N, Loftus P, Grujic O, Cullen M, Hopkins J, Ahuja N. Surgical comanagement by hospitalists improves patient outcomes. *Ann Surg*. 2016;264(2):275-282. doi:10.1097/sla.0000000000001629

48. Fierbințeanu-Braticevici, Raspe M, Preda AL et al. Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care. *Eur J Int Med* 2019;61:44-7.
49. Phy MP, Vanness DJ, Melton LJ III, et al. Effects of a hospitalist model on elderly patients with hip fracture. *Arch Intern Med*. 2005;165(7):796-801.
50. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg50>
51. Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome – An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Eng J Med* 2013;368:100-102.
52. Curtis BR, Tian S, Shrestha S, Denton T, Haller B, Sebolt J, Adams M, Taylor SP, Paje D. The association of hospitalist medical procedure service with operational efficiency at an academic medical center. *J Hosp Med*. 2024; 19:1155-1159. doi: 10.1002/jhm.13484.
53. Bernabeu Wittel M, García Romero L, et al, Cronicom Project researcher. Characterization of Patients with Chronic Diseases and Complex Care Needs: A New High-Risk Emergent Population. *Int J Integrated Care* 2022 Nov 21; 3(11): 1321-1336. doi: 10.37871/jbres1601, Article ID: JBRES1601, Available at: <https://www.jelsciences.com/articles/jbres1601.pdf>
54. Byrne D, Silke B. Acute medical units: review of evidence. *Eur J Intern Med*. 2011 Aug;22(4):344-7. doi: 10.1016/j.ejim.2011.05.016. Epub 2011 Jun 13. PMID: 21767750.
55. Sumner J, Lim YW. Back to the hospital for chronic care: a hybrid generalist model. *J Gen Intern Med*. (2021) 36(3):782-5. doi: 10.1007/s11606-020-06271-6
56. Lai YF, Leow SY, Lee SY-F, Xiong J, Lim CW, Ong BC. General medicine at the frontline of acute care delivery: comparison with family medicine hospitalist model implementation in Singapore. *Proc Singapore Healthc*. (2021) 30(1):10-7. doi: 10.1177/2010105820937747
57. Levels of Adult Critical Care Second Edition Consensus Statement. Intensive Care Society. Mach, 2021. Disponible en: *Intensive Care Society | Levels of care*.
58. La Medicina Interna del siglo xxi: estándares de organización y funcionamiento. SEMI. 2017. Disponible: *ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PARA ASEGURAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (fesemi.org)*.
59. Vora H (Chair). Co-Management Workgroup 2016-2017. The Evolution of Co-Management In Hospital Medicine. Society of Hospital Medicine. 2017. Disponible en: *pm-17-0019-co-management-white-paper-m1.pdf (hospital-medicine.org)*.

60. Montero-Ruiz E, y por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Asistencia compartida (comanagement). *Rev Clin Esp*. 2016;216(1):27–33.
61. Para O, Valuparampil JB, Merilli I, Caruso L, Raza A, Parenti A, et al. Comanagement of surgical patients between neurosurgeons and internal-medicine clinicians: observational cohort study. *Intern Emerg Med*. 2025 Feb 11. doi: 10.1007/s11739-025-03866-x. Epub ahead of print. PMID: 39934619.
62. Engels RC, Harrop CM, Ackermann LL. Medical Consultation and Comanagement. *Med Clin North Am*. 2024 Nov;108(6):993-1004. doi: 10.1016/j.mcna.2024.04.012. Epub 2024 Aug 1. PMID: 39341623.
63. Shaw M, Pelecanos AM, Mudge AM. Evaluation of Internal Medicine Physician or Multidisciplinary Team Co-management of Surgical Patients and Clinical Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020 May 1;3(5):e204088. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.4088. PMID: 32369179; PMCID: PMC7201311.
64. Foley MP, Westby D, Walsh SR. Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Surgeon-Physician Co-management Models on Short Term Outcomes for Vascular Surgery Inpatients. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2024 Sep;68(3):336-345. doi: 10.1016/j.ejvs.2024.05.005. Epub 2024 May 11. PMID: 38735522.
65. Montero Ruiz E, Monte Secades R. Definiciones de la actividad de Medicina Interna fuera de su propio servicio. *Rev Clin Esp*. 2015;215: 182-5.
66. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Ricauda NA, Tibaldi V and Wilson AD (2009a) 'Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data', *CMAJ Can. Med. Assoc. J*. 180, 175-182.
67. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, Shepperd S. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 3. Art. No.: CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub3.
68. Bosch X, Aibar J, Capell S, Coca A, López-Soto A. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. *Med J Aust*. 2009;191:496-8. doi: 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02912.x. PMID: 19883344.
69. Kendall MJ, Toescu V, Wallace DM. QED: quick and early diagnosis. *Lancet*. 1996;348:528-9. doi: 10.1016/s0140-6736(96)03483-6. PMID: 8757158.
70. Sanclemente-Ansó C, Bosch X, Salazar A, Moreno R, Capdevila C, Rosón B, Corbella X. Cost-minimization analysis favors outpatient quick diagnosis unit over hospitalization for the diagnosis of potentially serious diseases. *Eur J Int Med* 2016; 30: 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.12.015>.

71. Montori-Palacín E, Prieto-González S, Carrasco-Miserachs I, Altes-Capella J, Compta Y, López-Soto A, Bosch, X. Quick outpatient diagnosis in small district or general tertiary hospitals: A comparative observational study. *Medicine* 96(22):p e6886, June 2017. | DOI: 10.1097/MD.0000000000006886
72. Kann MR, Estes E, Pugazenthi S, Barpujari A, Mohan V, Rogers JL, et al. The Impact of Surgical Prehabilitation on Postoperative Patient Outcomes: A Systematic Review. *J Surg Res.* 2025 Feb;306:165-181. doi: 10.1016/j.jss.2024.11.024. Epub 2025 Jan 7. PMID: 39778235.
73. Organización Mundial de la Salud. Oficina para el desarrollo de las Telecomunicaciones. La TM en el mundo. Situación actual. Informe de la Oficina para el desarrollo de las Telecomunicaciones. 1997. Report No. 7.
74. Zugasti A, Bretón I, Rubio MA (Ed.). Teleconsulta en Endocrinología y Nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. 2021. Disponible en: 160620_105727_7128864936.pdf (seen.es). Consultado el 13.11.21.
75. Almonacid C, Plaza V (Coord). Guía SEPAR para la teleconsulta de pacientes respiratorios. RESPIRA-FUNDACION ESPANOLA DEL PULMON-SEPAR. 2020. Disponible en: GUÍA SEPAR PARA LA TELECONSULTA DE PACIENTES RESPIRATORIOS by SEPAR - Issuu.
76. Barrios V, Cosin-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol* 2020; 73 (11): 910-918.
77. Cinza Sanjurjo S, Mazón Ramos P, Iglesias Álvarez D, Rey Aldana D, Portela Romero M, González-Juanatey JR. Consulta electrónica (e-consulta) para pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados a largo plazo. *Rev Esp Cardiol.* 2022 Jan;75(1):93-95. Spanish. doi: 10.1016/j.recesp.2021.06.011. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34248252; PMCID: PMC8260825.
78. Rey-Aldana D, Mazón-Ramos P, Portela-Romero M, et al. Longer-Term Results of a Universal Electronic Consultation Program at the Cardiology Department of a Galician Healthcare Area. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2022 Jan;15(1):e008130. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008130. Epub 2022 Jan 18. PMID: 35041483.
79. Bravo-Amaro M, Calvo-Iglesias FE, Peña-Gil C, Castro-Verdes M, Paredes-Galán E, Soto-Loureiro F, Íñiguez-Romo A. Consulta electrónica y modelo evolutivo en la asistencia ambulatoria de procesos cardiovasculares. *REC Cardiol Clinics* 2022;57:97-106.
80. Suárez-Dono FJ, Martínez-Rey C, Novo-Platas J, Fernández Peña C, Rodríguez-Méndez ML, Pérez-Iglesias A, Casariego-Vales E. E-consulta entre Atención Primaria y Medicina Interna: implementación, accesibilidad, beneficios e implicaciones. *Revista Clínica Española* 2024;224:421-427.
81. Ravi S, Meyerowitz-Katz G, Yung C, Ayre J, McCaffery K, Maberly G, Bonner C. Effect of virtual care in type 2 diabetes management – a systematic umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2025 Mar 6;25(1):348. doi: 10.1186/s12913-025-12496-0. PMID: 40050767; PMCID: PMC11884068.

82. Casariego-Vales E, Blanco-López R, Rosón-Calvo B, Suárez-Gil R, Santos-Guerra F, Dobao-Feijoo MJ, et al. Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. *J Clin Med*. 2021;10:2893. doi: 10.3390/jcm10132893. PMID: 34209725; PMCID: PMC8268946.
83. Suárez-Gil R, Casariego-Vales E, Blanco-López R, Santos-Guerra F, Pedrosa-Fraga C, Fernández-Rial Á, et al. Efficacy of Telemedicine and At-Home Telemonitoring following Hospital Discharge in Patients with COVID-19. *J Pers Med*. 2022;12:609. doi: 10.3390/jpm12040609. PMID: 35455725; PMCID: PMC9029667.
84. Yun S, Comín-Colet J, Calero-Molina E, Hidalgo E, José-Bazán N, Cobo Marcos M, et al.; HERMeS trial investigators group. Evaluation of mobile health technology combining telemonitoring and teleintervention versus usual care in vulnerable-phase heart failure management (HERMeS): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Digit Health*. 2025 May;7(5):100866. doi: 10.1016/j.landig.2025.02.006. Epub 2025 May 14. PMID: 40374486.
85. Humphries, R. Social care funding and the NHS. An impending crisis?. The King's Fund. 2011. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/social_care_funding.html
86. Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
87. Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).
88. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.
89. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
90. SEMI-Excelente Manual de Acreditación para los Programas de Pacientes Pluripatológicos (PPP). Disponible en UOC-TELVENT.
91. Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm San*. 2007; 5(2):283-92.
92. Méndez-Bailón M, Lorenzo-Villalba N, González-Franco Á, Manzano L, Casado-Cerrada J, Cerqueiro JM, Pérez-Silvestre J, Arévalo-Lorido JC, Conde-Martel A, Dávila-Ramos MF, Carrera-Izquierdo M, Andrès E, Montero-Pérez-Barquero M. Prognostic Impact of the UMIPIEC Program in the Follow Up in Patients with Heart Failure and Cardiorenal Syndrome. *J Clin Med*. 2023 Nov 23;12(23):7261. doi: 10.3390/jcm12237261. PMID: 38068309; PMCID: PMC10707439
93. Cerqueiro-González JM, González-Franco Á, Carrascosa-García S, Soler-Rangel L, Ruiz-Laiglesia FJ, Epelde-Gonzalo F, Dávila-Ramos MF, Casado-Cerrada J, Casariego-Vales E, Manzano L. Benefits of a comprehensive care model in patients with heart failure and preserved ejection fraction: The UMIPIEC program. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2022 Jun-Jul;222(6):339-347. doi: 10.1016/j.rceng.2021.11.006. Epub 2022 Mar 9. PMID: 35279404

94. González-Franco Á, Cerqueiro González JM, Arévalo-Lorido JC, Álvarez-Rocha P, Carrascosa-García S, Armengou A, Guzmán-García M, Trullàs JC, Montero-Pérez-Barquero M, Manzano L; RICA registry investigators. Morbidity and mortality in elderly patients with heart failure managed with a comprehensive care model vs. usual care: The UMIPIC program. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2022 Mar;222(3):123-130. doi: 10.1016/j.rceng.2021.05.007. Epub 2021 Oct 3. PMID: 34615617.
95. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:283-93.
96. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013. Disponible en: *UNIDADES ASISTENCIALES CANCER*.
97. Nguyen M, Rumjaun S, Lowe-Jones R et al. Management and outcomes of heart failure patients with CKD: experience from an inter-disciplinary clinic. *ESC Heart Fail* 2020;7:3225- 30.
98. Palanca I, Elola J, Pascual A (Dir.). Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: *UCP*.
99. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44: 166-203.
100. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-70.
101. Porter, M.E. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.
102. Guidance on the routine collection of Patient Reported Outcome Measures (PROMs). NHS-Department of Health. 2009.
103. Lord Darzi Report. High Quality Care For All NHS Next Stage Review Final Report. June, 2008.
104. Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE (CG 138). Last updated 17 June 2021.
105. Shared decision making. NICE guideline. Published: 17 June 2021 www.nice.org.uk/guidance/ng197
106. Zapatero-Gaviria A, Javier Elola-Somoza F, Casariego-Vales E, Fernandez-Perez C, Gomez-Huelgas R, Bernal JL, Barba-Martin R. RECALMIN: The association between management of Spanish National Health Service Internal Medical Units and health outcomes. *Int J Qual Health Care*. 2017; 29:507-511. doi: 10.1093/intqhc/mzx055. PMID: 28541515
107. Canetta C, Accordino S, Sozzi FB. Intermediate Care Units in Internal Medicine. *Eur J Intern Med*. 2025;137:55-66. doi:10.1016/j.ejim.2025.03.033

108. Haimovich AD, Berry SD, Landon BE. Prolonged Emergency Department Stays for Older US Adults. *JAMA Intern Med.* 2025 Jun 30:e252006. doi: 10.1001/jamainternmed.2025.2006
109. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al.; FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators; FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med.* 2023;183:1378-1385. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.5961
110. Fernández-Castro I, Mayán-Conesa P, Franco-Álvarez M, Barba-Queiruga JR, Fernández-Cambeiro M, Casariego-Vales E. Influencia del tiempo de estancia en urgencias en la mortalidad hospitalaria en un hospital español de tercer nivel. *Emergencias*; 2025 (aceptado para publicación).
111. McGaughey J, Fergusson DA, Van Bogaert P, Rose L. Early warning systems and rapid response systems for the prevention of patient deterioration on acute adult hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 11. Art. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858.CD005529.pub3.
112. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 12;9(9):CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3. PMID: 28898390; PMCID: PMC6484374. Disponible en: *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital - Ellis, G - 2017 | Cochrane Library.*
113. Vallejo-Maroto I, Cubo-Romano P, Mafé-Noguerol MC, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte LM, Said-Criado I, y cols., en representación del Grupo Focal de Envejecimiento de la Sociedad Española de Medicina Interna y el Grupo de Trabajo de Pluripatología y Edad Avanzada. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clín Esp* 2021;221:347-358.
114. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003 Aug;22(4):415-21. doi: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0. PMID: 12880610.
115. Dean J (Co-chair), Ashby N (Co-chair), et al. Modern ward rounds. Good practice for multidisciplinary inpatient review. Royal College of Physicians, 2021. Disponible en: *Resources | RCP.*
116. Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted to internal medicine wards over the weekend. *Am J Med Qual.* 2010; 25:312-8. doi: 10.1177/1062860610366031. Epub 2010 May 19. PMID: 20484660.
117. Elola J, et al. Ingresos en fines de semana y festivos por insuficiencia cardiaca descompensada y mortalidad intrahospitalaria. ¿Un efecto acumulativo de los «días no laborables»? *Rev Esp Cardiol* 2024; 77:440-447. doi: 10.1016/j.rec.2023.10.003. Epub 2023 Nov 15. PMID: 37977280.

118. Albert NM, Barnason S, Anita Deswal A, Adrian Hernandez A, Kociol R, Lee E, Paul S, Ryan CJ, White-Williams C; on behalf of the American Heart Association Complex Cardiovascular Patient and Family Care Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2015;8:384–409.
119. van Walraven C, Wong J, Forster AJ. LACE+ index: extension of a validated index to predict early death or urgent readmission after hospital discharge using administrative data. *Open Med*. 2012; 19;6:e80-90. PMID: 23696773; PMCID: PMC3659212.
120. Lee KK, Yang J, Hernandez AF, Steimle AE, Go AS. Post-discharge Follow-up characteristics associated with 30-day readmission after heart failure hospitalization. *Med Care* 2016;54:365_372
121. Pang_RK, Shannon_B, Collyer_T, Srikanth_V, Andrew_NE. Community care navigation intervention for people who are at risk of unplanned hospital presentations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 6. Art. No.: CD014713. DOI: 10.1002/14651858.CD014713.pub2.
122. Zapatero-Gaviria A, Barba-Martín R, Canora Lebrato J, Fernández-Pérez C, Gómez-Huelgas R, Bernal-Sobrino JL, et al. RECALMIN II. Ocho años de hospitalización en las Unidades de Medicina Interna (2007-2014). ¿Qué ha cambiado? *Rev Clin Esp* 2017; 217:446-453. doi: 10.1016/j.rce.2017.07.008. Epub 2017 Aug 30. PMID: 28851485.
123. 2024 Hospital-Wide Readmission Measure Updates and Specifications Report – Version 13.0 Submitted By: Yale New Haven Health Services Corporation – Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE). Prepared For: Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). April 2024.
124. 2024 Procedure-Specific Readmission Measures Updates and Specifications Report Isolated Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery – Version 11.0 Elective Primary Total Hip Arthroplasty (THA) and/or Total Knee Arthroplasty (TKA) – Version 13.0. Submitted By: Yale New Haven Health Services Corporation – Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE). Prepared For: Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). April 2024.
125. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24(5):335-42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
126. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and Validation of an Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):13.
127. The Dartmouth Atlas of Healthcare: ICD-9 procedure codes for inpatient surgery. www.dartmouthatlas.org/faq/SxICD9codes.pdf. Accessed March 1, 2009.

128. Fisher AA, Davis MW, Rubenach SE, Sivakumaran S, Smith PN, Budge MM. Outcomes for older patients with hip fractures: the impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. *J Orthop Trauma*. 2006;20(3):172-180.
129. Zuckerman JD, Sakales SR, Fabian DR, Frankel VH. Hip fractures in geriatric patients. Results of an interdisciplinary hospital care program. *Clin Orthop Relat Res*. 1992;(274):213-225.
130. Cunningham JM, Leverence R, Gotera N, Minor PA, Seigny N, Segon A. Improving promptness and quality of hospitalist-consultant interactions at an academic teaching hospital. *J Hosp Med*. 2025 May 5. doi: 10.1002/jhm.70047. Epub ahead of print. PMID: 40325873.
131. Shepperd S, Craddock-Bamford A, Butler C, Ellis G, Godfrey M, Gray A, et al. Hospital at Home admission avoidance with comprehensive geriatric assessment to maintain living at home for people aged 65 years and over: a RCT. *Health Soc Care Deliv Res* 2022;10.
132. Levine DM, DeCherrie LV, Siu A, Schiller G, Timpe C, Murphy S, Paulson M, Lung CL, Nottidge M, Titchener K, Leff B; Hospital at Home Users Group Practice Standards Council. Practice Standards for Acute Hospital Care at Home. *J Am Geriatr Soc*. 2025 Mar 29. doi: 10.1111/jgs.19427. Epub ahead of print. PMID: 40156507.
133. Hospital in the Home. Queensland Health. October, 2024. Disponible en: *Hospital in the Home | Queensland Health guideline | Queensland Health*.
134. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaecche del Campo M, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Rev Clin Esp*. 2014;214:328-335
135. Fainsinger RL, Brenneis C, Fassbender K. Edmonton, Canada: a regional model of palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):634-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.012. PMID: 17482060.
136. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134:505-10.<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-consenso-elaboracion-del-informe-alta-13149573>
137. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24(5):335-42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
138. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and Validation of an Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):13.

139. Gómez-García R, Berenguera A, Navarro-Rubio MD, Fernández-Cano P. "Development and validation of the IEXPAC (Instrument for Evaluation of Patient Experience with Chronic Illness Care)." *Gac Sanit.* 2017;31(3):210-215.
140. Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, Roux X, Schumm-Draeger PM, Weidanz F, van Hulsteijn JH; Working Group on Professional Issues; European Federation of Internal medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med.* 2014 Feb;25(2):125-7. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.013. Epub 2014 Jan 25. PMID: 24472695
141. Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;344:e256
142. Freid L, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology* 2004; 59:255-263.
143. Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.



Estándares de los Servicios de Medicina Interna 2026