

MANUAL **SEMI** Excelente



Índice

SEMI-Excelente. Proceso de certificación en calidad de la SEMI para las Unidades de Medicina Interna. Manual de ayuda y listado de verificación	2
o. Introducción	2
1. Listado de comprobación del cumplimiento de los requisitos	2
Anexo 1. Vía clínica de estancia en una unidad de hospitalización convencional (estándares 1, 4-6, 13-15)	9
Anexo 2. Ingreso en la UMI de paciente procedente de un nivel de cuidados más intensivos (estándar 2)	14
Anexo 3. Procesos desarrollados por la Unidad (estándares 3 y 12)	15
Anexo 4. Sistema track & trigger (seguimiento y activación) ¹ , (estándares 5 y 14)	16
Anexo 5. Informe de Alta (estándares 8-10, 16-18)	18
Adjuntar modelo de Informe de Alta.	19
Anexo 6. Manual de organización y funcionamiento (estándares 11, 28 y 29)	20
Anexo 7. Formas de relación con atención primaria (estándares 20, 21)	23
Anexo 8. Plan de asistencia continuada (PAC) (estándar 21)	24
Anexo 10. Informe de Alta de Consulta (estándar 24)	27
Anexo 11. Registro de complicaciones (estándar 31)	29
Anexo 12. Sesiones clínicas (estándares 32 y 33)	30
Anexo 13. Cuadro de Mandos de la SEMI (estándar 34)	31
Anexo 14. Intervenciones de bajo valor (estándar 36)	33
Anexo 15. Programa de Formación Continua (estándar 37)	34
Referencias	35

Tablas

Tabla 1. Estándares. Mecanismos de verificación. Criterios y documentación	2
Anexo 1. Tabla 1. Vía clínica de estancia en una unidad de hospitalización convencional	9
Anexo 4. Tabla 1. Sistema Modificado de Alerta Temprana (Modified Early Warning Scoring System) ⁰	16
Anexo 4. Tabla 2. Sistema de alerta y activación. Informe de alerta temprana	17
Anexo 5. Tabla 1. Contenidos del Informe de Alta	18
Anexo 10. Tabla 1. Contenidos del Informe de Alta de Consulta	27
Anexo 13. Tabla 1. Cuadro de Mandos de una UMI	31

SEMI-Excelente. Proceso de certificación en calidad de la SEMI para las Unidades de Medicina Interna. Manual de ayuda y listado de verificación

0. Introducción

Este documento es inseparable de: "SEMI-Excelente. Proceso de certificación en calidad de la SEMI para las Unidades de Medicina Interna" y trata de facilitar a los responsables de servicios y unidades de Medicina Interna una guía para elaborar los documentos que les permita reunir los requisitos para poder certificar en calidad por la SEMI sus respectivas unidades.

1. Listado de comprobación del cumplimiento de los requisitos

La remisión de la documentación se acompañará, **en archivo aparte**, del listado de comprobación que se adjunta con la remisión de la invitación (tabla 1). Es importante que se recoja en el listado de comprobación qué estándares cumple la UMI (para obtener la certificación no es imprescindible cumplir todos y cada uno de los requisitos), así como en qué lugar de la documentación remitida por la unidad se puede comprobar que reúne el requisito necesario para cumplir con el estándar.

En los anexos que acompañan a este manual se ponen **ejemplos** de documentos para cumplir con algunos estándares. Deben ser tomados como meras ilustraciones, siendo muy probable que la unidad disponga de documentos con otros formatos que cumplen igualmente los requisitos para cumplir con los estándares.

Tabla 1. Estándares. Mecanismos de verificación. Criterios y documentación

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
1. El equipo de la UMI deberá evaluar al paciente en las primeras 4 horas tras su llegada a planta, cuando el paciente no fuese ingresado por el equipo de guardia de MI en el área médica.	Documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar el tiempo de actuación. Ejemplo: Anexo 1.	☐	
2. La UMI debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización.	Disponer de un documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para estandarizar la comunicación en las transiciones asistenciales entre unidades (especialmente con la Unidad de Medicina Intensiva). Ejemplo: Anexo 2.	☐	
3. La UMI debe protocolizar y desarrollar vías clínicas para los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización.	Haber elaborado procesos o vías clínicas para los cinco procesos más frecuentes en la unidad (adjuntar los procesos elaborados o en los que participa la unidad). Anexo 3	☐	
4. La UMI debe asignar un médico internista referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención.	Documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar el tiempo de actuación. Ejemplo: Anexo 1.	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
5. La UMI debe garantizar que se realice, al ingreso, las actividades descritas en la guía NICE 50 (Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital).	Documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar el tiempo de actuación. Ejemplo: Anexo 1. En relación con el sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control de los pacientes ingresados asignados a la UMI. Ejemplo: Anexo 4	☐	
6. La UMI debe implantar un sistema formalizado de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente.	Documento (proceso, vía clínica), que establezca los mecanismos para garantizar el tiempo de actuación. Ejemplo: Anexo 1.	☐	
7. Dotar a las salas de las UMI de personal de enfermería suficiente, ajustada a las necesidades de niveles de cuidados	El estándar está fuera del ámbito de responsabilidad ajena a la UMI. Información sobre si existe, en el hospital o en la UMI algún instrumento de asignación de personal de enfermería por cargas de trabajo. Así como la relación pacientes / enfermera turno de mañana.		
8. La UMI 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, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.	Disponer de un protocolo explícito, adecuado a su entorno, establecido para asegurar la comunicación con atención primaria. En el Anexo 5 se propone un ejemplo.	☐	
9. El informe de alta debe contener un plan de actuación 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).	Disponer de un modelo de Informe de Alta, que recoja los requisitos establecidos. Un esquema de informe de alta se incorpora en el Anexo 5.	☐	
10. El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada		☐	
Los estándares 11 a 18 se refieren exclusivamente a las Unidades de Asistencia Compartida (UAC). Disponer de una Unidad de Asistencia Compartida no es un requisito necesario para acreditar la UMI en SEMI-Excelente. Solamente deben cumplimentar los estándares 11 a 18 las UMI que acrediten disponer de una UAC, para lo que se requiere que la UMI dedique recursos (médicos internistas) específicos (dedicados específicamente a esta actividad) y fijos (siempre los mismos) a la asistencia compartida (protocolos/vías clínicas comunes, pase de visita conjunta o interlocución formal con el responsable “primario” de la asistencia al paciente, toma de decisiones de manejo asistencial por parte del médico internista, participación del médico internista en el informe de alta)			
11. Hay un médico internista responsable y recursos específicos destinados a esta actividad.	Manual de Organización y Funcionamiento (Ejemplo: Anexo 6)	☐	
12. Se han elaborado vías clínicas conjuntas con el especialista responsable para la atención a los procesos más relevantes de la/s especialidad/es con las que se trabaja con este modelo asistencial (por ejemplo, la fractura de cadera en Traumatología).	Anexo 3	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
13. La Unidad Interconsulta debe asignar un médico internista referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención.	Anexo 1	☐	
14. La Unidad Interconsulta debe garantizar que se realicen, en el primer contacto con el paciente, las actividades descritas en la guía NICE 50 (Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital).	Anexos 1 y 4	☐	
15. La Unidad Interconsulta debe implantar un sistema formalizado de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente.	Anexo 1	☐	
16. La Unidad Interconsulta debe estandarizar el proceso de alta conjunto con la unidad donde está ingresado el paciente para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.	Anexo 5	☐	
17. El informe de alta debe contener un plan de actuación 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).	Anexo 5	☐	
18. El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.		☐	
19. La UMI debe establecer con atención primaria sistemas de comunicación estables, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada.	Anexo 7	☐	
20. La UMI debe ofertar sistemas estables de interconsultas no presenciales capaces de evitar consultas de urgencia o desplazamientos innecesarios de los pacientes.	Anexo 7	☐	
21. La UMI debe desarrollar con atención primaria modalidades de seguimiento compartido de pacientes crónicos o complejos	Disponer de un documento (proceso, ruta asistencial), consensuado con atención primaria que establezca los mecanismos para el seguimiento compartido de los pacientes crónicos complejos. Un modelo que se puede adaptar a las circunstancias específicas de cada hospital es el recogido en el documento de estándares y recomendaciones de las unidades de pacientes pluripatológicos del Ministerio de Sanidad, que se recoge, adaptado, en el Anexo 8 a este Manual.	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
22. Las gerencias de los centros deben asignar tiempos de carga de trabajo para las actividades de consulta e interconsulta no presencial y para favorecer el desplazamiento periódico del médico internista a los centros de salud.	El estándar queda fuera del ámbito de responsabilidad a la UMI. Información sobre si existe asignación de tiempos para consultas no presenciales y desplazamiento a los Centros de Salud y, en su caso, los criterios que se utilizan.		
23. La UMI debe disponer de criterios de priorización y de vías ambulatorias, consensuadas con atención primaria, que permitan establecer el diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su condición o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves en un tiempo adecuado, evitando, en la medida de lo posible, su ingreso hospitalario para estudio.	Disponer de un documento (proceso, ruta asistencial), consensuado con atención primaria que establezca los mecanismos para el proceso diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su condición o con expresión clínica no clara y presuntamente más graves. El Plan Estratégico de Medicina Interna 2011-2015 de la Comunidad Autónoma de Madrid identificaba las siguientes condiciones como susceptibles de establecimiento de criterios de atención prioritaria: ▪ Síndrome constitucional. ▪ Fiebre prolongada. ▪ Adenopatías. ▪ Masa torácica. ▪ Masa abdominal. ▪ Dolor abdominal de causas no aclaradas tras estudio inicial. ▪ Anemia de origen no aclarado. ▪ Enfermedad metastásica de origen no conocido. Ejemplo: Anexo 9	☐	
24. La consulta debe incluir historia completa, exploración sistemática (no dirigida) y la 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.	Para el Modelo de Informe de Alta de Consulta se puede utilizar un modelo simplificado del informe de alta que se propone en el Anexo 10.	☐	
25. En los pacientes crónicos complejos se recomienda el seguimiento compartido con su médico de atención primaria.	Anexo 8	☐	
26. La UMI debe disponer de un sistema estructurado de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital.	Anexo 7	☐	
27. Para áreas de salud > 100.000 habitantes, la UMI deberá tener asignada, al menos, una enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos.	El estándar queda fuera del ámbito de responsabilidad a la UMI		
28. Tener asignado un responsable, con dedicación en función de la complejidad del equipo asistencial.	Anexo 6	☐	
29. Dotarse de un Manual de Organización y Funcionamiento.	Anexo 6.	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
30. Elaborar una Memoria Anual.	Memoria Anual, en la que se recoja sintéticamente su actividad asistencial (véase estándar 34. Cuadro de Mandos) y, en su caso, procedimientos, así como la docente e investigadora. Recomendable introducir aspectos relativos a mejoras en la calidad y seguridad del paciente y en los procesos de gestión.	☐	
31. Disponer (UMI/hospital) de un sistema de registro de complicaciones.	El hospital debe tener un registro de complicaciones de la UMI y/o un sistema de registro de eventos adversos del hospital. Ejemplo: Anexo 11	☐	
32. Realizar, al menos dos veces al año, una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella.	Programa formalizado de sesiones (documento que puede tener soporte digital), que incluya la realización de, al menos dos veces al año, una reunión multidisciplinar con los profesionales/unidades que habitualmente colaboran con ella.	☐	
33. Disponer de un sistema estructurado de sesiones clínicas.	Ejemplo: Anexo 12	☐	
34. Dotarse de un sistema de indicadores, incluyendo los de calidad y seguridad, en la medida de lo posible de resultados, y realizar su seguimiento mediante un cuadro de mandos.	Disponer de un Cuadro de Mandos. En el Anexo 13 se recoge el recomendado por la SEMI.	☐	
35. Cumplir con las obligaciones legales relativas a los sistemas de información y los registros de la SEMI	La UMI debe participar en el registro RECALMIN y (recomendable) algún otro registro de SEMI.	☐	
36. 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.	La UMI debe tener un listado de actuaciones / intervenciones de bajo valor, incluyendo las establecidas por la SEMI Ejemplo: Anexo 13	☐	
37. Disponer de un plan de formación continuada para sus integrantes, basado en el desarrollo de competencias profesionales adecuadas a la cartera de servicios de la unidad.	La UMI debe tener establecido un programa de formación continuada formalizado (documento que puede tener soporte digital) para los profesionales de la unidad. Ejemplo: Anexo 14	☐	
38. Cada profesional de la UMI debe haber completado, al menos, 40 horas (4 ECTS - <i>European Credit Transfer and Accumulation System</i>), al año.	Cada profesional de la UMI debe acreditar 20 ECTS en un período de 5 años	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
39. Las UMI acreditadas para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán disponer de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos.	La UMI debe disponer de un programa de formación continuada formalizado (documento que puede tener soporte digital) para los MIR que hacen la especialidad en Medicina Interna. Los contenidos mínimos que debe tener el programa de formación son: ▪ Competencias generales que se deben adquirir. ▪ Competencias específicas por cada área. ▪ Tareas para cada competencia y su grado de responsabilidad. ▪ Cronograma, recursos docentes y metodologías. ▪ Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.	☐	
40. Las UMI acreditadas para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna deberán tener un tutor por cada 5 residentes con tiempo asignado para el desarrollo de su labor.	El estándar queda fuera del ámbito de responsabilidad a la UMI. Información sobre la situación de asignación de tutores por MIR y la asignación de tiempos para el desempeño de esta función		
41. Las UMI por las que roten médicos residentes de otras áreas de conocimiento especialistas deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos.	La UMI debe disponer de un programa de formación continuada formalizado (documento que puede tener soporte digital) para los MIR que desarrollan el programa formativo en otras especialidades. Los contenidos mínimos que debe tener el programa de formación son: ▪ Competencias específicas a adquirir en el área de Medicina Interna. ▪ Tareas para cada competencia y su grado 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.	☐	
42. Las UMI por las que roten alumnos del grado de Medicina deberán disponer para éstos de un programa de formación que incluya los requisitos mínimos requeridos.	La UMI debe disponer de un programa de formación continuada formalizado (documento que puede tener soporte digital) para los alumnos de grado que roten por la unidad. Los contenidos mínimos que debe tener el programa de formación son: ▪ Competencias específicas para cada año. ▪ Tareas para cada competencia. ▪ Cronograma, recursos docentes y metodologías. ▪ Métodos de evaluación y responsable/s de la evaluación.	☐	

Estándares	Criterios / Documentación	Check - List	Doc. de referencia
43. Tener a alguno de sus miembros como firmante de un artículo publicado en una revista científica indexada al año	Artículos publicados (2 últimos años) en los que figure algún miembro de la UMI: > 1 artículo en los hospitales de < 200 camas; > 2 artículos en los hospitales de > 200 y < 500 camas; > 3 artículos en los hospitales de > 500 y < 1.000 camas; > 4 artículos en los hospitales de > 1.000 camas.	☐	

Anexo 1. Vía clínica de estancia en una unidad de hospitalización convencional (estándares 1, 4-6, 13-15)

Anexo 1. Tabla 1. Vía clínica de estancia en una unidad de hospitalización convencional

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama) (días 1 a X)	Fase de recuperación (día X+1 a Alta)	Alta
Asistencia médica	Evaluar médicamente al paciente en las primeras 4 horas tras su llegada a planta (cuando el paciente no haya ingresado por el equipo de guardia de MI en el área médica)	Pase de visita diario (conjunto, médico/a y enfermero/a)	Pase de visita diario (conjunto, médico/a y enfermero/a)	Revisar al paciente. Asegurarse que está en condición de ser dado de alta
	Asignar un médico internista referente durante el periodo de hospitalización que el paciente ha de reconocer como responsable de su atención			
	Explicar el proceso / procedimiento que se va a realizar	Revisión de los resultados de las pruebas	Atender a cualquier problema que pueda aparecer	Asegurarse que está elaborado el informe para su médico general
	Solicitar las exploraciones complementarias, cuando se requiere (si programado y es posible, solicitar con antelación para que estén disponibles al ingreso)	Atender a cualquier problema que pueda aparecer	Evaluar la condición del paciente para el alta	Programar, en su caso, revisiones y /o criterios de derivación
	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	Solicitar otras exploraciones, cuando sea necesario	Prescribir tratamiento y solicitar las citas ambulatorias	Tratamiento, objetivos terapéuticos y régimen de vida
	Revisar ingresos previos infecciones con gérmenes multi-resistentes, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posibles aislamientos del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico			
	Prescribir del tratamiento			
	Realizar una valoración funcional, cognitiva, funcional y social en pacientes de edad avanzada			
	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 asignados a la UMI¹ (Anexo 4)			
	Evaluación de enfermería	Atención de enfermería		

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama) (días 1 a X)	Fase de recuperación (día X+1 a Alta)	Alta
Cuidados de enfermería		Mantener un entorno seguro		
	Suministrar pulseras de identificación	Posición en cama sentado o semi- sentado si la condición del paciente lo permite, para prevenir complicaciones pulmonares	Permitir la movilización con el consejo del médico	
	Instrucciones específicas			Completar el plan de alta:
	Valorar los requisitos / necesidades al alta.	Medias antiembólicas, cuando indicado, para prevenir trombosis venosa profunda. Las medias deben cambiarse en día alternos		Alta de enfermería
	Necesidad de fisioterapeuta (SI / NO)			
	Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social			
	Suministrar la medicación prescrita	Suministrar medicación conforme a prescripción médica y tiempos establecidos		Explicar los contenidos del alta, si necesario
	Explicar cómo se puede combatir el dolor y evaluar el nivel de dolor del paciente; si ≥ 2 administrar analgesia	Evaluar el nivel de dolor del paciente; si ≥ 2 administrar analgesia		Precauciones de rutina
	Control de constantes (P, R, T y TA ¹ ≥ 4 horas y ≤ 12 horas)	Control de constantes (P, R, T y TA ¹ ≥ 4 horas y ≤ 12 horas)		Toma de P, R y T
	Comprobar circulación, sensibilidad y movimiento de las extremidades afectadas			
	Asegurarse de que el paciente orina			
	Respiración			
		Comprobar que el paciente respira libre y profundamente		
		Estimular a que el paciente realice ejercicios de respiración profunda para reducir el riesgo de infección respiratoria		
	Comunicación			
	Explicar las funciones y actividades del equipo de enfermería	El paciente y familiares deben permanecer informados de los procedimientos y exploraciones que se practican y deben explicarse los procedimientos		

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama) (días 1 a X)	Fase de recuperación (día X+1 a Alta)	Alta
	Entregar el folleto de información sobre la UEH y explicar el espacio físico de la planta, incluyendo las salidas de incendio	Dar al paciente la oportunidad de expresarse		
	Comentar los requisitos / necesidades al alta			
	Facilitar que el paciente pregunte sobre proceso			
	Alimentación y bebida			
	Suministrar dieta y fluidos. Ayudar cuando sea necesario	Las comidas deben ser servidas de tal forma que los pacientes puedan manejarse fácilmente (por ejemplo, deben ser cortadas en pequeños trozos para facilitar la digestión)		
		Contenido alto en fibra y adecuada ingesta de líquidos, para evitar el estreñimiento		
		Facilitar la autosuficiencia mediante pajitas flexibles y vaso de alimentación		
	Evacuación			
	Ayudar con las necesidades de evacuación, cuando sea necesario	Prestar asistencia cuando sea necesaria	Estimular la independencia del paciente	
		Suministrar cuñas	Aconsejar al paciente la utilización del servicio	
		Estimular a que el paciente tome líquidos	Aconsejar sobre la ingesta	
	Limpieza y aseo personal			
	Ayudar a la higiene personal, cuando sea necesario	Estimular que el paciente sea tan independiente como sea posible	Estimular que el paciente sea tan independiente como sea posible. Permitir al paciente ducharse si lo prefiere y su condición lo permite	Ayudar con las necesidades de higiene, cuando sea necesario
				Ayudar con las necesidades para vestirse, cuando sea necesario
		Proporcionar ayuda cuando sea necesaria, manteniendo la privacidad		
		Posibilitar el lavado de dientes y del cabello		
		Mantenimiento de la temperatura corporal		Trabajo y juego:
		Medir diariamente la temperatura corporal		Evaluar la necesidad de una nota al alta
		Observar signos de elevación de la temperatura (tacto y color de la piel, somnolencia, etc.)		

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama) (días 1 a X)	Fase de recuperación (día X+1 a Alta)	Alta
	Prevención de las UpP			
	Evaluar el riesgo de UpP			
	Explicar la importancia de los movimientos para evitar infecciones respiratorias, trombosis venosa y UpP	Inspeccionar la piel del paciente para identificar signos anormales (decoloración, úlceras, pérdida de sensibilidad, etc.)		
		Estimular que el paciente se mueva		
			Fisioterapia:	
		Asesorar al paciente sobre la práctica de ejercicio, para reducir el riesgo de empeorar su estado		Asegurar la autonomía en la movilidad
		Dar consejos por escrito		Aconsejar los ejercicios en casa y proporcionar recordatorios por escrito
		Organizar la fisioterapia ambulatoria, si apropiado		
	Descanso y sueño			
	Mantener descanso en cama	Crear un ambiente que facilite la inducción al sueño		
	Crear un ambiente que facilite la inducción al sueño	Suministrar sedación si requerida y prescrita por el médico		
Resultados	El paciente demuestra que entiende el plan de cuidados			
	Fecha de admisión y alta	Tolera dieta y fluidos		Es dado de alta de una forma segura a su domicilio o recurso asistencial adecuado
			Es independiente, dentro de sus propias limitaciones	
		Tiene el dolor controlado		
		Micción adecuada	Orina sin dificultad	
			No tiene signos de trombosis venosa profunda	

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama) (días 1 a X)	Fase de recuperación (día X+1 a Alta)	Alta
		Piel no comprometida	Está apirético	
		Tiene movimientos intestinales		
		Circulación, sensibilidad y movimiento de las extremidades inferiores		
			Dispone de los servicios / ayudas necesarios para un alta segura	
Abreviaturas. 1. P, R, T y TA: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial, UpP: úlceras por presión				

Anexo 2. Ingreso en la UMI de paciente procedente de un nivel de cuidados más intensivos (estándar 2)

El traslado al paciente a la UEH desde una unidad de cuidados más intensivos (niveles 2⁽¹⁾ ó 3⁽²⁾), debe realizarse durante el día lo antes posible una vez indicado. Debe evitarse transferir al paciente entre las 22:00 y 07:00 horas, siempre que sea posible. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso. La unidad de cuidados intensivos o intermedios^{(3),2,3} que traslada al paciente y el equipo que lo recibe en la UEH comparten la responsabilidad de la asistencia mientras se produce el traslado. Ambos equipos deben asegurar conjuntamente la continuidad de la asistencia, formalizando un sistema estructurado de traspaso desde la unidad de cuidados más intensivos a la UEH, incluyendo al personal médico y de enfermería, sustentado en un **plan de cuidados escrito**, que debe incluir (Informe de Alta de la Unidad de Cuidados Críticos):

- Resumen de la estancia en la unidad de cuidados críticos, incluyendo diagnósticos y tratamiento.
- Plan de control y exámenes.
- El tratamiento de seguimiento, incluyendo medicamentos y terapias, dieta, presencia de infección y cualquier limitación al tratamiento.
- Necesidades físicas y de rehabilitación, psicológicas y emocionales, de comunicación o lenguaje.

Se debe asegurar que la unidad de hospitalización convencional, con apoyo del *servicio ampliado de cuidados críticos* (si está implantado), puede prestar el plan acordado. Cuando se transfiera a un paciente desde una unidad de cuidados más intensivos a la unidad de hospitalización convencional, se le debe informar sobre su situación y animarle a participar activamente en las decisiones relacionadas con su recuperación. La información debe adaptarse a las circunstancias particulares. Si el paciente está de acuerdo, debe involucrarse a la familia y/o cuidador/es. El personal de salud que trabaja en la unidad de hospitalización convencional debe haber recibido formación y entrenamiento para reconocer y entender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de los pacientes transferidos desde áreas de cuidados más intensivos.

⁽¹⁾ Ejemplos: Unidad de Recuperación Post-Anestésica; Unidad Coronaria.

⁽²⁾ Ejemplo: Unidad de Medicina Intensiva.

⁽³⁾ La denominación de unidad de cuidados intermedios en España se refiere a unidad de cuidados más intensivos (Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. Med. Intensiva 2007) y se corresponde con las "high dependency units" (Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. *Audit Commission*. 1999.), no debe confundirse con la "intermediate care unit" que en UK se refiere a unidad de convalecencia / media estancia.

Anexo 3. Procesos desarrollados por la Unidad (estándares 3 y 12)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital _____, ha elaborado los siguientes procesos asistenciales, que están implantados y se aplican:

Proceso	Otros servicios / unidades que han participado en la elaboración del proceso asistencial

Se adjuntan los documentos de los procesos relacionados

En _____, a _____, de _____, de 2019

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Anexo 4. Sistema track & trigger (seguimiento y activación)^{1,4 5} (estándares 5 y 14)

Para el control de los pacientes en la unidad hospitalización convencional del hospital general de agudos de debe sistematizar su seguimiento mediante la utilización de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación:

- Las constantes deben ser controladas como mínimo cada 12 horas (salvo que el médico y/o enfermera responsable decidan disminuir esta frecuencia).
- Se debe aumentar la frecuencia de los controles si se detectan datos anormales, de conformidad con una estrategia de respuesta graduada.
- El sistema de seguimiento y activación debe utilizar parámetros múltiples o puntuación agregada ponderada, que posibilitan una respuesta graduada. Estos sistemas deben definir los parámetros a medir y la frecuencia de las observaciones e incluir una declaración expresa de los parámetros, puntos de corte o puntuaciones que deben provocar una respuesta.
- El sistema (multiparámetros o puntuación agregada ponderada) debe medir: frecuencia cardíaca; frecuencia respiratoria; presión arterial; nivel de consciencia; saturación de oxígeno; temperatura.

Circunstancias concretas se deben obligar la vigilancia de otros parámetros como la diuresis horaria; analítica, como lactato, glucemia y pH arterial; y evaluación del dolor. Un ejemplo de sistema de seguimiento es el siguiente:

Anexo 4. Tabla 1. Sistema Modificado de Alerta Temprana (Modified Early Warning Scoring System) ⁽⁴⁾

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura		< 35	35,1-36	36,1-37,4	37,5-38,4	> 38,5	
Frecuencia cardíaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130
Tensión arterial (sistólica)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Frecuencia respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30
Saturación de oxígeno (%)	< 85	85-89	90-94	> 95			
Volumen orina (ml)	0 (comprobar sonda)	< 20 ml / hr	< 35 ml / hr			> 200 ml / hr	
Nivel de consciencia			Agitación o confusión nuevos	Alerta	Llamada	Dolor	Inconsciente

⁽⁴⁾ Central Middlesex Hospital. North West London Hospitals NHS Trust. October, 2005.
<http://www.library.nhs.uk/Pathways/ViewResource.aspx?resID=105039&tabID=288>. Consultado: 05.01.09

Si la puntuación del paciente está entre 1 y 3, se repetirán las mediciones en 30 minutos. Si la puntuación del paciente es ≥ 4 :

1. **avisar a** 1.1.) Médico internista responsable del paciente (lunes a viernes de XX:XX a XX:XX horas)
1.2.) Médico responsable de guardia (fuera de horario habitual)
2. **Cumplimentar el informe siguiente:**

Anexo 4. Tabla 2. Sistema de alerta y activación. Informe de alerta temprana

Fecha / Hora	Puntuación (Tabla 1)	Medidas adoptadas	Firma

Anexo 5. Informe de Alta (estándares 8-10, 16-18)

Anexo 5. Tabla 1. Contenidos del Informe de Alta

Contenidos	Observaciones
1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial	
1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.	
1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.	
2. Identificación del paciente	
2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).	
2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.	
3. Referidos al proceso asistencial	Obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en Establecimientos Sanitarios. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 14 septiembre 1984, núm. 221
3.1. Día, mes y año de admisión.	Los informes de alta recogen la fecha de ingreso y de alta en el hospital, incluyendo los traslados entre unidades asistenciales
3.2. Día, mes y año de alta.	
3.3. Motivo del alta: Por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento, o traslado a otro Centro para diagnóstico y/o tratamiento.	
3.4. Motivo inmediato del ingreso.	
3.4. Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.	
3.5. Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.	
3.6. Diagnóstico principal.	
3.7. Otros diagnósticos, en su caso.	
3.8. Procedimientos	

Contenidos	Observaciones
3.9. Recomendaciones terapéuticas	- Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. - Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. - Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso). - Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).
3.5. Objetivos terapéuticos específicos Se deben considerar las siguientes objetivos terapéuticos (recomendable check-list)	- Dieta: ingesta calórica y, en su caso, dieta. - Actividad física - Si el paciente está de baja laboral, indicar si debe permanecer de baja o se puede incorporar al trabajo - Consejo antitabáquico. - Vacunación antigripal, si indicada por grupo de riesgo. - Presión arterial. <140/90. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial. - Frecuencia cardiaca. - Lípidos. Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia a los fármacos. - Diabetes. Hemoglobina glicosilada. Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario (por ejemplo, en octogenarios. - Anticoagulación. - Indicar si se requiere alguna vigilancia especial en cuanto al tratamiento.
4. Calendario de visitas	Indicar si el paciente necesita una próxima revisión con medicina Interna y el plazo para ella. Indicar si el paciente es dado de alta por parte de Medicina Interna como debe ser el seguimiento por parte de AP. - Siempre se debe explicar al paciente y reflejar en el informe que si hay cambio de la sintomatología, el paciente debe acudir de nuevo a consultas de Medicina Interna. - Establecer criterios de derivación.
5. Apoyos de información al paciente y cuidador	

Adjuntar modelo de Informe de Alta.

Anexo 6. Manual de organización y funcionamiento (estándares 11, 28 y 29)

El Manual de Organización y Funcionamiento debe ser un documento abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de procedimientos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran. Sus contenidos son:

A. Organigrama

Debe definir las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de los miembros de la UMI.

- N° de Jefes de Servicio (o figura asimilable): ____
- N° de Jefes de Sección (o figura asimilable): ____
- N° de Médicos Adjuntos / Facultativos Especialistas de Área (o figura asimilable): ____
- Responsable del Servicio: Dr. _____

Funciones:

- Responsables de las unidades orgánicas/funcionales del Servicio:
 - Unidad / Sección de _____
 - Responsable: Dr. _____
 - Funciones:
 - Unidad / Sección de _____
 - Responsable: Dr. _____
 - Funciones:
 - Unidad / Sección de _____
 - Responsable: Dr. _____
 - Funciones:
 - Unidad / Sección de _____
 - Responsable: Dr. _____
 - Funciones:
- (Repetir cuantas veces sea necesario)
- Resto de profesionales de la unidad:
 - Dr. _____
 - Funciones:
 - Dr. _____
 - Funciones:
 - Dr. _____
 - Funciones:

- Dr. _____
 - Funciones:
- Dr. _____
 - Funciones:

(Repetir cuantas veces sea necesario)

B. Cartera de servicios

- Modalidades asistenciales:
 - Consulta. ☐
 - Atención en urgencias⁶. ☐
 - Hospitalización de día⁷. ☐
 - Hospitalización polivalente de agudos (niveles de cuidados o y 1)**Error!**
Bookmark not defined.. ☐
 - Interconsulta hospitalaria. ☐
 - Hospitalización a domicilio. ☐
- Especialidades integradas en el Servicio de Medicina Interna

Especialidades médicas integradas en el Servicio de MI:		Si la respuesta es positiva, número de profesionales adscritos a cada especialidad y, en el caso de que el servicio de urgencias dependa de Medicina Interna, a este servicio
Alergología	☐	
Cardiología	☐	
Dermatología	☐	
Aparato Digestivo	☐	
Endocrinología	☐	
Geriatría	☐	
Hematología	☐	
Nefrología	☐	
Neumología	☐	
Neurología	☐	
Oncología Médica	☐	
Reumatología	☐	
¿Depende el Servicio de Urgencias del hospital de Medicina Interna?	☐	

- Unidades funcionales / monográficas

Unidades / Consultas monográficas	
Unidad / Consulta monográfica de VIH	☐
Unidad / Consulta monográfica de Infecciosas	☐
Unidad / Consulta monográfica de riesgo cardiovascular	☐
Unidad / Consulta monográfica de diagnóstico rápido	☐
Unidad / Consulta monográfica de pluripatología	☐
Unidad / Consulta monográfica de genética	☐
Unidad / Consulta monográfica de enfermedad tromboembólica	☐
Unidad / Consulta monográfica de colagenosis/inmunología	☐
Unidad / Consulta monográfica de insuficiencia cardíaca	☐
Otras (especificar)	☐
	☐
	☐

C. Ubicación y recursos de la unidad

- Recursos

	Nº
Locales de consulta asignados al Servicio/Unidad	
Hospitalización de día (Nº de puestos si asignados al Servicio/Unidad)	
Hospitalización polivalente de agudos (Nº de camas de nivel de cuidados 0) *	
Hospitalización polivalente de agudos (Nº de camas de nivel de cuidados 1) *	
Otros recursos (especificar):	
* Si no hay asignación específica no contestar	

- Equipamiento disponible (si es de interés)

D. Manual de normas

- Procesos elaborados.
- Vías clínicas.

- Procedimientos, consentimientos informados...

Anexo 7. Formas de relación con atención primaria (estándares 20, 21)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital _____, tiene implantados los siguientes sistemas de relación con atención primaria:

Programa de atención a pacientes crónicos complejos ⁽⁵⁾	☐
% de población cubierta por el programa de atención a pacientes crónicos complejos en el área de influencia del hospital	☐
Correo electrónico	☐
Teléfono móvil	☐
Desplazamiento al centro de salud	☐
Videoconferencia	☐

Se adjuntan los documentos de los procesos relacionados

En _____, a _____, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Dr. _____, Responsable de Atención Primaria / de Continuidad Asistencial del Área de Salud adscrita al Hospital

⁽⁵⁾ Se considera que ha desarrollado un programa de atención a pacientes crónicos complejos/pluripatológicos si cumple con los siguientes requisitos:

1. La vinculación entre el/los médicos de la unidad y los médicos del nivel de atención primaria para la atención sistemática a los pacientes pluripatológicos / crónicos complejos.
2. La disponibilidad, por parte del Servicio, de un amplio abanico de modalidades asistenciales que permitan garantizar la atención a los pacientes crónicos complejos o pluripatológicos en el momento y lugar más adecuado.

Anexo 8. Plan de asistencia continuada (PAC)⁸ (estándar 21)

El modelo de asistencia conjunta, entre atención primaria y la UMI, del paciente crónico complejo (PCC) es denominado plan de asistencia continuada (PAC). La identificación del PCC tanto en el sistema de información del hospital como en la historia clínica es fundamental para la coordinación de las actuaciones de la UMI con otras unidades del hospital. El PAC se activará cuando el responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UMI consideren, de mutuo acuerdo, que el PCC necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico:

- Se considerará criterio objetivo para activar el PAC el que alguna de las enfermedades crónicas que justifican la consideración de PCC motive un ingreso hospitalario o la necesidad de valoración ambulatoria por más de dos especialidades médicas diferentes de forma simultánea.
- La activación del PAC se formalizará mediante una consulta presencial en la unidad de día de la UMI o a través del ingreso hospitalario.
- La activación del PAC se registrará por el médico de familia en el sistema de información de atención primaria y por el responsable de la UMI en el sistema de información del hospital.
- El PAC permanecerá activo aunque existan periodos de tiempo en los que la asistencia clínica sea llevada a cabo exclusivamente en atención primaria o atención hospitalaria⁽⁶⁾.
- Cuando sea el médico responsable del paciente en atención primaria el que concierte con el responsable de la UMI la activación del PAC, aquel realizará por primera vez o actualizará, según el caso, la valoración geriátrica integral (VGI) del PCC, emitiendo un informe clínico antes de su envío para consulta o ingreso, que adjunte el plan de cuidados de enfermería.
- Cuando la iniciativa de activación del PAC proceda del responsable de la UMI, éste emitirá el respectivo informe para el médico de atención primaria, que deberá incluir una actualización de la VGI del paciente.
- Durante todo el proceso de asistencia conjunta a través del PAC el médico responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UMI colaborarán estrechamente para unificar los planes terapéuticos y facilitar el cumplimiento de las recomendaciones procedentes de tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.

Es importante resaltar de nuevo que los pacientes atendidos en la UMI lo deben ser en estrecha coordinación con su médico / enfermera del ámbito de atención primaria, quienes mantienen en todo momento la tutela sobre el paciente. Por ello, el seguimiento una vez que el PAC ha sido activado, tendrá las siguientes características:

⁽⁶⁾ La experiencia acumulada por la unidad de gestión clínica de medicina interna / unidad continuidad asistencia, del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) ha llevado a que, una vez activado el PAC, este nunca se inactiva, con independencia de que se produzcan, como se recomienda en este documento, ingresos y altas de episodios en la Unidad de Pacientes Pluripatológicos.

- Los ingresos hospitalarios se programarán a través del médico responsable en el ámbito de atención primaria quien contactará directamente con el responsable de la UMI de referencia para indicar el ingreso, siendo un objetivo evitar en la medida de lo posible que el paciente recurra a la unidad o servicio de urgencias del hospital.
- Durante cualquier episodio de ingreso hospitalario en camas no asignadas a la UMI, el responsable de esta unidad será avisado para valorar al paciente, independientemente del motivo y unidad o servicio donde se efectúe. Tras la oportuna valoración, se decidirá, en colaboración con el correspondiente especialista de la unidad donde haya ingresado el paciente, la oportunidad o no del seguimiento durante el ingreso hospitalario.
- En los PCC ingresados en el hospital se realizará una planificación precoz del alta hospitalaria. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. Se considerará la intervención del Trabajador Social en función de las necesidades identificadas.
- En el momento del alta hospitalaria, a todos los PCC incluidos en el PAC se les realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y los problemas activos. En él figurarán el teléfono y el nombre de la enfermera de referencia de la UMI. Este informe será entregado al paciente e irá dirigido a la enfermera del ámbito de atención primaria y, cuando proceda, a la enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos.
- En los enfermos con PAC activado, todas las consultas a las diferentes unidades o servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios (hospitalización a domicilio, por ejemplo) se realizarán a través del responsable de la UMI.
- El responsable de la UMI y la enfermera de referencia de la misma se encontrarán disponibles para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con el médico y enfermera responsables en el ámbito de atención primaria
- La activación de los diferentes dispositivos de soporte domiciliario se realizará por acuerdo entre el médico responsable del paciente en el ámbito de atención primaria y el responsable de la UMI.

Las características de cronicidad y progresividad de sus enfermedades hacen que un PCC seguido en la UMI, pueda ser incluido en otros programas (diálisis o cuidados paliativos), lo que puede dar lugar a duplicidad asistencial. En el caso de que estos programas asuman la atención integral del enfermo, se desactivará el PAC de la UMI.

Anexo 9. Criterios de prioridad para la derivación a consulta de Medicina (estándar 23)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital _____, ha establecido con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital un criterio de derivación preferente (consulta en < 15 días), para las siguientes condiciones:

Síndrome constitucional	☐
Fiebre prolongada	☐
Adenopatías	☐
Masa torácica	☐
Masa abdominal	☐
Dolor abdominal de causas no aclaradas tras estudio inicial	☐
Anemia de origen no aclarado	☐
Enfermedad metastásica de origen no conocido	☐

En _____, a __, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Dr. _____, Responsable de Atención Primaria / de Continuidad Asistencial del Área de Salud adscrita al Hospital

Anexo 10. Informe de Alta de Consulta (estándar 24)

Anexo 10. Tabla 1. Contenidos del Informe de Alta de Consulta

Contenidos	Observaciones
1. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial	
1.1. Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.	
1.2. Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencia o servicio clínico que dé el alta.	
1.3. Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.	
2. Identificación del paciente	
2.1. Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.	
2.2. Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).	
2.3. Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.	
3. Referidos al proceso asistencial	
3.1. Día, mes y año de 1ª consulta.	
3.2. Día, mes y año de alta.	
3.3. Diagnóstico principal	
3.4. Otros diagnósticos, comorbilidades,...	
3.5. Procedimientos realizados	
3.6. Aspectos más relevantes de los exámenes complementarios	
3.7. Recomendaciones terapéuticas	- Se pondrán de forma clara y sencilla, para evitar posibles errores de prescripción o de interpretación. - Se pondrán todos los fármacos que tome el paciente. Si se pone el nombre comercial, sería deseable que entre paréntesis se pusiese el principio activo. - Se indicará la dosis del fármaco y cuándo se tiene que tomar (desayuno, comida, cena,...), así como si alguno tiene una dosificación flexible (por ejemplo diuréticos en el paciente con insuficiencia cardiaca, de acuerdo al peso). - Se indicarán aquellos fármacos a evitar (por ejemplo AINEs en insuficiencia cardiaca).

Contenidos	Observaciones
3.8. Objetivos terapéuticos específicos Se deben considerar las siguientes objetivos terapéuticos (recomendable check-list)	▪ Dieta: ingesta calórica y, en su caso, dieta. ▪ Actividad física ▪ Si el paciente está de baja laboral, indicar si debe permanecer de baja o se puede incorporar al trabajo ▪ Consejo antitabáquico. ▪ Vacunación antigripal, si indicada por grupo de riesgo. ▪ Presión arterial. <140/90. Indicar si el paciente tiene un objetivo diferente. Recomendaciones específicas en caso de mal control de la presión arterial. ▪ Frecuencia cardíaca. ▪ Lípidos. Recomendaciones específicas en caso de no control o intolerancia a los fármacos. ▪ Diabetes. Hemoglobina glicosilada. Realizar recomendaciones específicas en cuanto al tratamiento en caso necesario (por ejemplo, en octogenarios. ▪ Anticoagulación. ▪ Indicar si se requiere alguna vigilancia especial en cuanto al tratamiento.
4. Calendario de visitas	Indicar si el paciente necesita una próxima revisión con medicina Interna y el plazo para ella. Indicar si el paciente es dado de alta por parte de Medicina Interna como debe ser el seguimiento por parte de AP. Establecer criterios de derivación nuevamente a consulta.

Adjuntar modelo de Informe de Alta de Consulta.

Anexo 11. Registro de complicaciones (estándar 31)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital _____, ha desarrollado un sistema de registro de complicaciones

En _____, a __, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Alternativa:

El Hospital _____, ha desarrollado un sistema de registro de complicaciones, en el que participa el Servicio de Medicina Interna

Dr. _____, Director Asistencial/Médico del Hospital o figura equivalente

Anexo 12. Sesiones clínicas (estándares 32 y 33)

Programa de sesiones clínicas del Servicio de Medicina Interna del Hospital _____:

Fecha	Título / Contenido	Profesionales a quienes va dirigido

En _____, a __, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Anexo 13. Cuadro de Mandos de la SEMI (estándar 34)

Anexo 13. Tabla 1. Cuadro de Mandos de una UMI

		Aclaraciones
Población Ámbito		
Internistas		
Internistas * 1000 habitantes		
Hospitalización convencional		
Nº Altas		
Estancia Media		
IEMA ^(*)		Para aquellas UMI que integren una UCP conviene que estos indicadores se refieran a las altas dadas desde la hospitalización convencional
Peso medio GRD ^(*)		
Índice de Charlson ^(*)		
Nº Altas * Médico Internista * año		Nº de Altas / Médicos Internistas dedicados a hospitalización
Unidad de Cuidados Paliativos		
Nº Altas UCP		
EM UCP		
Nº Pacientes Domicilio		
Nº Interconsultas Hospitalarias (pacientes)		
Nº Visitas promedio por interconsulta		
Consultas Primeras		
Consultas Sucesivas		
Sucesivas : Primeras		
Consultas No Presenciales		
Nº Sesiones Hospital de Día (en puestos de HdD dedicados a MI)		
Proyectos de investigación de convocatorias competitivas (públicas o privadas) nacionales o internacionales (con al menos un miembro del servicio/unidad como investigador)		
Ensayos clínicos (EE.CC.) en los que participa al menos un miembro del servicio / unidad		
Publicaciones en revistas con factor de impacto (JCR) ha participado al menos un miembro del servicio / unidad		
Factor de impacto total		
Tasa bruta de mortalidad		
Tasa de mortalidad estandarizada por riesgo (MER) ^(*)		
Tasa de reingresos		
Tasa de reingresos estandarizada por riesgo (TRER)		

		Aclaraciones
Índice agregado de mortalidad en IAM, IC, neumonía, hemorragia digestiva, ictus y fractura de cadera (TMER) ^(*)		
TBM Insuficiencia Cardíaca (IC)		
Tasa de mortalidad por IC estandarizada por riesgo (TMER) ^(*)		
Reingresos por IC a los 30 días		
Reingresos por IC a los 30 días (TRER) ^(*)		
Mortalidad por neumonía		
Tasa de mortalidad por neumonía estandarizada por riesgo ^(*)		
Mortalidad por EPOC		
Reingresos por EPOC a los 30 días		
Tasa de infección hospitalaria (INCALSNS) ^(*)		El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3, 996.6x, 998.5x, ó 519.01 Exclusiones y/o excepciones: En la definición de origen (<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>), se excluyen los casos con estancia inferior a 2 días, y cualquier código que indique que el paciente es o está en una situación inmunodeprimida o de cáncer. En el modelo de explotación (SNS) del CMBD no se consideran estas excepciones salvo para el ámbito de análisis a nivel de un hospital concreto, donde dichas excepciones podrían tener impacto, pero no se realiza para el global del SNS, donde dicho impacto es mínimo.
Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria ^(*)		El numerador incluye todas aquellas altas en las que consta, en cualquier posición de diagnóstico secundario, el código 707.0 de la clasificación CIE-9 MC. Exclusiones: Altas con días de estancia inferior o igual a 4. Úlcera de decúbito como diagnóstico principal Altas de categoría diagnóstica mayor (CDM) 9 (piel y tejido subcutáneo), 14 (Embarazo, parto y puerperio), pacientes con diagnósticos de hemiplejía y paraplejía, espina bífida o daño cerebral por anoxia (definición de la <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>)
Tasa de infección por catéter venoso central ^(*)		99931, 99932. Excluye casos con códigos diagnósticos de cancer, inmunodeficiencia, o sin códigos de sexo, edad, año y diagnóstico principal
Fractura de cadera * 10.000 ^(*)		Altas con códigos de fractura de cadera en cualquier diagnóstico secundario (820.00-820.22; 820.30-820.32; 820.8; 820.9). Excluye: fractura de cadera como diagnóstico principal; enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conectivo (CDM 8), diagnóstico principal de convulsión, síncope, ictus, coma, parada cardíaca, envenenamiento, trauma, delirio u otras psicosis o daño cerebral anóxico; diagnóstico de cáncer metastásico, linfoma u óseo; autolesiones; altas de CDM.
^(*) Estos indicadores deben ser proporcionados por la Gerencia / Servicio d Salud o la SEMI		

Anexo 14. Intervenciones de bajo valor (estándar 36)

El Servicio de Medicina Interna del Hospital _____, ha establecido las siguientes intervenciones de bajo valor, por lo que no se realizan:

Intervenciones de bajo valor

No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos.

No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.

No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.

La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardiaca crónica.

En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.

En _____, a _____, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Anexo 15. Programa de Formación Continua (estándar 37)

Programa de formación continua del Servicio de Medicina Interna del Hospital _____:

Fecha	Título / Contenido	Profesionales a quienes va dirigido

En _____, a __, de _____, de 2018

Dr. _____, Jefe de Servicio de Medicina Interna

Referencias

- 1** Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
- 2** Castillo F, López JM, Marco R, González JA; Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. Med. Intensiva 2007; 31:36-45.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000100006&lng=es&nrm=iso
- 3** Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. Audit Commission. 1999.
- 4** Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
- 5** Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. London: NHS. National Patient Safety Agency. 2007.
- 6** Palanca I (Dir), Mejía F (Coord. Cientif.), 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>
- 7** Palanca I (Dir), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- 8** Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
- 9** Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA. 1999 Feb 17;281(7):613-20.