Antonio Zapatero - VICEPRESIDENTE 1° SEMI

RECALMIN

#QueEsGestionClinica

Coordinador Científico

Antonio Zapatero Gaviria. Vicepresidente de SEMI. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

Comité RECALMIN

- Emilio Casariego Vales. Presidente de SEMI. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, de Lugo.
- Raquel Barba Martín. Jefa del Área Médica del Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid).
- Jesús Diez Manglano. Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova (Zaragoza).
- Montserrat García Cors. Jefa de Servicio de Medicina. Hospital General de Cataluña. San Cugat del Vallés (Barcelona).
- Juan José Jusdado Ruiz-Capillas. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa (Leganés, Madrid).
- Pilar Román Sánchez. Ex-Presidenta de SEMI. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena (Valencia).
- Carmen Suárez Fernández. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital La Princesa (Madrid).
- Gregorio Tiberio García. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino (Pamplona).

Fundación IMAS

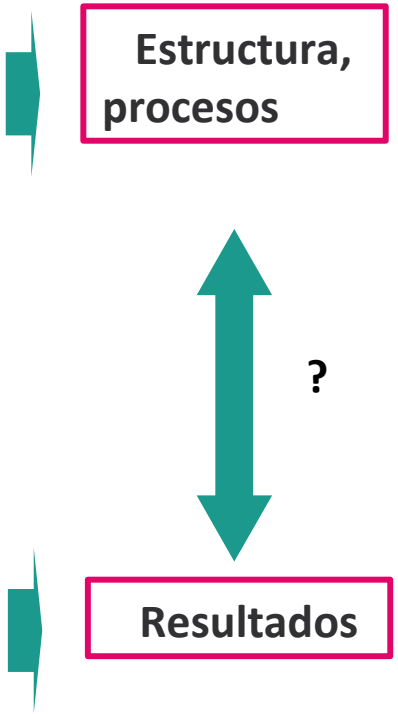
- Francisco Javier Elola Somoza. Director.
- Cristina Fernández Pérez. Análisis Estadístico.
- Aroa González Moreno. Documentalista.

Objetivos

- Desarrollar un Registro de Unidades Medicina Interna (UMI).
- Elaborar, basándose en el análisis del Registro, propuestas de políticas de mejora de la calidad y eficiencia de las UMI en el SNS.
- Facilitar un sistema de “benchmarking” de las UMI que permita su mejora continua.
- Facilitar a los distintos equipos de investigación el material preciso para poner en relación estructura y procesos con resultados.
- Elaborar un informe sobre la situación de las UMI en España.
- Disponer de una base de datos que permita poder informar a las autoridades y a entidades multinacionales sobre los recursos y actividad de las UMI en España.

Metodología

- Base de datos de unidades (encuesta -web- a J de Sº -103 preguntas-):
  - Caracterización de la unidad, hospital y área de salud donde está ubicada.
  - Datos de estructura (cartera de servicios, recursos humanos, relación con a.primaria).
  - Datos de actividad.
  - Docencia e investigación.
  - Análisis de buenas prácticas.
- Análisis de la base de datos del CMBD SNS (Altas MI).



RECALMIN 2014

Creado el Jueves, 18 Septiembre 2014 09:16 Por Mª Victoria Egurbide Arberas

0.1 Comunidad Autónoma
PV

0.2 Código del Hospital
480176

0.3 Nombre del Hospital
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

0.4 Camas Instaladas
935

0.5. Cluster Hospital
1

2.11.6. Ratio pacientes ingresados atendidos por el Servicio de Medicna Interna / enfermera en turno de noche, día festivo
20/1

2.11.7. Nº de enfermeras gestoras de casos / de enlace
2

3.1. Número de altas/año (hospitalización convencional)
1541

3.2. Estancia media (hospitalización convencional)
9,9

3.6. Nº de interconsultas hospitalarias
524

3.6.1. Nº de visitas promedio hasta la resolución de la interconsulta
3

3.7. Consultas primeras
1966

3.8. Número de consultas sucesivas/año
8,7

3.11. Nº de urgencias adultos (hospital)
196,000

4.1. ¿El hospital dispone de Historia Clínica Electrónica (HCE)?
si

4.1.1. En caso afirmativo, ¿puede compartir la historia electrónica con atención primaria?
si

4.1.2. En caso de que se comparta la HC con atención primaria. ¿Se trata de una sóla HCE ó están diferenciadas las HCE de atención primaria y atención especializada?
no

5.1. Nº de profesionales que, dependiendo del Servicio de Medicina Interna, se dedican a investigación
1

5.2. ¿Está integrada la unidad en alguna estructura organizativa estable (RETIC o CIBER) promovida por el Instituto Carlos III?
no

5.3. Proyectos de investigación de convocatorias públicas competitivas nacionales o internacionales (con al menos un miembro del servicio/unidad como investigador)
1

Productos

- Base de datos de UMI.
- Información actividad, calidad y rendimientos ➔ información para proponer políticas.
- Propuesta de estándares e indicadores ➔ desarrollo de sistemas de calidad en MI.
- Informe anual ➔ devolución información a los socios. Visibilidad social.
- Trabajos de investigación en resultados en salud de las unidades de medicina interna.
- Registro de interés SNS (cuando cumpla los criterios).

Muestra de unidades

Se han obtenido 142 respuestas de 139 hospitales distintos, sobre una muestra de 241 hospitales identificados (58% de respuestas).

Rev Clin Esp. 2016;216(4):175–182

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce

ORIGINAL

RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud

A. Zapatero Gaviria[a,*], R. Barba Martín[b], P. Román Sánchez[c], E. Casariego Vales[d], J. Diez Manglano[e], M. García Cors[f], J.J. Jusdado Ruiz-Capillas[g], C. Suárez Fernández[h], J.L. Bernal[i,j] y F.J. Elola Somoza[j]

[a] *Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España*
[b] *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España*
[c] *Hospital de Requena, Requena, Valencia, España*
[d] *Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, España*
[e] *Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España*
[f] *Hospital General de Cataluña, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España*
[g] *Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España*
[h] *Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España*
[i] *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*
[j] *Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS), España*

Recibido el 17 de diciembre de 2015; aceptado el 3 de enero de 2016
Disponible en Internet el 16 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE
Medicina interna;
Actividad asistencial;
Indicadores;
Calidad

Resumen

Objetivos: Elaborar un diagnóstico de situación sobre la asistencia en las unidades de medicina interna (UMI) en España y desarrollar, basándose en el análisis anterior, propuestas de mejora de calidad en dichas unidades.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal entre las UMI de hospitales generales de agudos del Sistema Nacional de Salud (SNS), con datos referidos a 2013. Las variables de estudio fueron recogidas mediante un cuestionario *ad hoc*.

Resultados: De un total de 260 hospitales identificados en el SNS español, se han obtenido 142 respuestas de 139 hospitales de toda España, que representan el 53,5% de las UMI del SNS. La media de internistas por UMI fue de 14 ± 8, siendo la tasa media de internistas por cada 100.000 habitantes de 7,2 ± 3,3. El promedio de altas hospitalarias de las UMI en 2013 fue de 2.987 ± 2.066 y las altas anuales por internista 232 ± 107. El 61% de las UMI ha desarrollado una unidad de interconsulta y el 41% un programa de atención sistemática al paciente crónico complejo. En el 33% de las UMI se realiza un pase de visita multidisciplinar y un 60% de las mismas planifica el alta.

Conclusiones: La encuesta RECALMIN 2013 desvela aspectos relevantes sobre la organización, estructura y gestión de las UMI. La notable variabilidad hallada en los indicadores de estructura, actividad y gestión probablemente refleja diferencias notables en eficiencia y productividad y, por tanto, propicia un amplio margen de mejora.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Tabla 2 Indicadores de actividad en las unidades de medicina interna en 2013

	Promedio	Mediana	DE	Min	Max
N.° altas hospitalización convencional	2.987	2.500	2.066	154	12.791
Estancia media (CMBD)	9,0	8,6	2,2	4,8	15,7
Frecuentación (n.° de altas de MI por 1.000 habitantes)	16	15	10	2	56
N.° altas médico internista año[a]	232	214	107	22	700
N.° pacientes en hospitalización domiciliaria	522	350	320	35	2.118
N.° interconsultas hospitalarias[a]	809	511	769	64	5.022
N.° visitas promedio interconsulta	3,2	3,0	1,8	1,2	9,7
Consultas primeras[a]	2.055	1.692	1.707	276	10.337
N.° de consultas primeras/1.000 habitantes[a]	9,4	6,9	7,1	1,2	32,0
Relación sucesivas: primeras[a]	3,6	3,1	1,9	1,1	10,0
Consultas no presenciales	522	217	493	20	3.546
N.° sesiones hospital de día	1.822	494	3.218	5	35.184

CMBD: conjunto mínimo básico de datos; DE: desviación estándar; Max: máximo; N.°: número; MI: medicina interna; Min: mínimo.

[a] Se han eliminado *outliers*.

Tabla 3 Indicadores de estructura, recursos y gestión en las unidades de medicina interna en 2013

	Total	Promedio/%	Mediana	DE	Min	Max
Estructura						
N.° de camas instaladas (hospital)		485	375	368	79	1.671
Población ámbito		227.179	193.486	141.383	35.000	700.000
N.° de internistas	1.790	14	12	8	4	42
Internistas/1.000 habitantes[a]		7,2	6,5	3,3	1,4	16,3
N.° total médicos	3.211	24,0	21,0	13,8	4,0	72,0
Recursos asignados a la UMI						
Unidad de corta estancia (hospital)	31	22%				
Hospital media estancia adscrito	30	21%				
N.° locales consulta		4,9	4,0	4,1	0,2	22,0
Consultas monográficas	55% VIH, 47% infecciosas, 45% cardiovascular; 39% diagnóstico rápido; 39% colagenosis; 34% enfermedad tromboembólica; 30% insuficiencia cardiaca; 27% pluripatología 6% genética					
Programa de atención a PCC	58	41%				
N.° de habitantes ámbito del programa de PCC		134.292	90.000	139.835	2.500	550.000
% Población cubierta		56%	67%	42%	1%	100%
Relación con atención primaria	66% correo electrónico, 63% teléfono móvil, 39% desplazamiento al centro de salud; 13% videoconferencia					

Unidad de interconsulta a otros servicios hospitalarios	86	61%				
N.° de médicos asignados a la unidad de interconsulta (ETC)[a]		1,7	1,0	1,2	0,3	5,0
UCP de agudos	58	41%				
¿La UCP está asignada a MI?	23	16%				
Hospitalización a domicilio	51	36%				
¿Asignada a MI?	14	10%				
N.° médicos adjuntos de guardia[a]		1,7	1,0	1,0	1,0	6,0
Ratio pacientes/enfermera (turno de mañana, día laborable)[a]		9,9	10,0	3,7	5,0	15,0
UMI que tienen asignadas enfermeras gestoras de casos		43%				
N.° de enfermeras gestoras de casos/de enlace por unidad		2,0	1,0	2,2	1,0	21,0
Gestión clínica						
Reuniones multidisciplinares	99	73%				
Comisión de seguridad	61	45%				
Sesiones de la UMI	123	92%				
Gestión por procesos						
Mapa de procesos	45	34%				
¿Se ha implantado una gestión por procesos, para aquellos procesos más relevantes que atiende la unidad?	39	29%				
N.° de procesos elaborados por la unidad		4,6	4,0	3,0	1,0	16,0
Dispone de un protocolo asistencial multidisciplinar para						
Plan de asistencia conjunta	43	34%				
Insuficiencia cardiaca	59	45%				
Otras patologías	72	55%				
Pase de visita (en planta) multidisicplinar	52	33%				
Sistema de seguimiento y activación	27	21%				
Planificación del alta	82	60%				

%: sobre el total de respuestas recibidas para cada elemento; DE: desviación estándar; ETC: equivalentes a tiempo completo; Max: máximo; MI: medicina interna; Min: mínimo; N.°: número; UCP: unidad de cuidados paliativos; UMI: unidad de medicina interna; PCC: paciente crónico complejo; UCP: unidad de cuidados paliativos.

[a] Se han eliminado *outliers*.

Tabla 4 Comparaciones entre tipologías de unidades

Tipología de la unidad	1	2	3	4	p[a]
Población	75.000 (99.609)	182.500 (198.989)	306.200 (310.962)	450.000 (457.333)	< 0,001
Internistas	7 (7)	11 (12)	19,5 (20)	23,5 (23)	< 0,001
Ratio de pacientes por enfermera en turno de mañana día laborable	9,4 (9)	11,1 (10)	9,1 (9)[b]	9,7 (9)	0,008
Altas por año	1.637 (2.006)	3.196 (3.150)	2.637 (3.460)	4.104,5 (4.087)	< 0,001
Altas por internista y año (mediana)	230 (222)[b]	244 (234)[b]	164 (176)	163 (185)	0,029
Estancia media	7,45 (7,49)[b]	7,52 (7,43)[b]	9,29 (9)	9,34 (9,28)	< 0,001
Relación consultas sucesivas primeras	2,61 (2,72)[b]	2,81 (3,04)[b]	4,27 (4,38)	3,99 (5,29)	< 0,001
Sistema de seguimiento y activación	8,11%	15,09%	27,27%	33,33%	0,01
Factor de impacto total	12,28 (31,14)	19,92 (54,75)	33,66 (68,22)	115,5 (116,11)	0,026

Los datos se expresan en promedios o porcentajes. La mediana se señala entre paréntesis.

[a] Comparación intergrupos (ANOVA, un factor).

[b] Diferencia estadísticamente significativa respecto del resto de tipos de unidades.

Diferencias entre CC.AA.

	Frecuentación	Hospitalizacion Evitable (%)	Estancia media global	IEMA	Mortalidad global (%)	RAMER Mortalidad	I Charlson (media)	Reingreso global (%)	RAMER reingreso
Andalucía	11,7	15,9	9,9	1,1	**14,3**	**15,5**	5,0	12,9	13,6
Aragón	17,3	15,3	9,6	1,1	10,2	9,9	4,8	**12,0**	**12,7**
Asturias	16,7	**21,9**	8,4	1,0	13,2	12,3	4,9	**15,4**	**16,3**
Baleares	13,3	15,2	8,6	1,0	11,8	13,1	4,6	13,7	15,0
Canarias	**4,8**	13,8	**13,8**	**1,5**	12,6	12,8	5,0	12,8	**13,0**
Cantabria	18,7	**21,6**	8,3	1,0	13,1	12,1	4,7	12,7	14,0
Castilla y León	**20,3**	17,0	9,3	1,1	12,5	11,2	**5,1**	**16,6**	**17,2**
Castilla La Mancha	15,0	12,5	8,7	1,0	9,8	10,7	4,4	13,2	14,4
Cataluña	12,7	**24,3**	7,9	0,9	**15,7**	**15,8**	4,6	13,2	14,0
Valenciana	15,1	12,7	**6,8**	0,8	9,8	11,0	**4,3**	13,9	15,4
Extremadura	**22,9**	**10,0**	8,3	1,0	10,9	11,8	4,5	**14,9**	**16,0**
Galicia	**20,3**	20,4	10,4	1,2	13,5	12,9	4,7	13,9	14,9
Madrid	13,8	11,6	8,9	1,0	**8,7**	**8,3**	4,7	13,9	14,9
Murcia	**22,1**	**10,4**	8,0	0,9	**7,0**	**8,3**	4,4	12,9	14,4
Navarra	15,0	19,1	8,3	1,0	**9,3**	**9,8**	4,6	13,3	13,6
País Vasco	13,2	**20,8**	7,8	0,9	10,7	10,3	4,5	13,1	13,8
Rioja	13,8	**25,3**	**6,5**	0,8	13,8	**13,4**	**5,3**	14,1	15,5
Ceuta	12,6	7,1	8,4	1,0	14,5	16,0	4,7	12,0	13,6
Melilla	21,5	7,2	12,3	1,4	13,9	16,1	4,4	11,2	12,7
Total	14,4	15,9	9,0	1,0	11,9	12,2	4,7	13,5	14,5
Promedio	**15,7**	**16,9**	**8,8**	**1,0**	**11,6**	**11,7**	**4,7**	**13,7**	**14,6**
Mediana	15,0	15,9	8,4	1,0	11,8	11,8	4,7	13,3	14,4
DS	4,4	4,8	1,6	0,2	2,3	2,1	0,3	1,1	1,2
Min	4,8	10,0	6,5	0,8	7,0	8,3	4,3	12,0	12,7
Max	22,9	25,3	13,8	1,5	15,7	15,8	5,3	16,6	17,2

Correlaciones

- ¿ Existe alguna asociación entre tipología de hospital y resultados ?.
- ¿Existe alguna asociación entre productividad médica y resultados?.
- ¿ Existe alguna asociación entre dotación de enfermeras y resultados ?.
- ¿ Qué otros datos de estructura y procesos se asocian con indicadores de resultados ?.

Tipología de Hospital

Cuanto mayor es la complejidad media de los pacientes atendidos (nº promedio de diagnósticos, peso medio de GRD, Índice de Charlson) en la unidad de MI, mayor es:

- La estancia media (bruta y ajustada -IEMA-).
- La tasa de bruta de mortalidad (no se han hallado diferencias en la ajustada)
- La tasa de reingresos.
- Las tasas de la mayoría de las complicaciones, pero…
- Mejores resultados en el manejo del IAM y la ICC (pacientes dados de alta por MI)

- Necesidad de comparar por grupos de hospitales cuando se contrastan resultados en salud
- En la medida de lo posible comparar resultados por patologías mediante ajustes específicos
- Como sucede en los resultados proporcionados por RECALCAR es probable que características asociadas a la complejidad: servicio de cardiología, laboratorio de hemodinámica, unidad de cuidados intensivos / cuidados intensivos cardiológicos de alta complejidad, etc. estén relacionados con un mejor manejo del IAM e ICC.

Dotación de enfermeras

Si se pondera la ratio de pacientes por enfermera multiplicándola por el índice promedio de Charlson de la unidad, cuanto mayor es la carga de enfermera en turno de mañana mayor es:

- **La estancia media (bruta) (la ajustada -IEMA- tiende a ser mayor, pero no es estadísticamente significativa la diferencia).**
- **La tasa de bruta de mortalidad.**
- **El índice agregado de mortalidad en IAM, IC, neumonía, hemorragia digestiva, ictus y fractura de cadera, ajustado por riesgo.**
- **La tasa de complicaciones médicas***

*** Correlación con la carga ponderada en el promedio de los turnos, no con t. de mañana.**

- **Probablemente baja dotación de enfermeras en las salas de MI (promedio: 10,1 pacientes*enfermera/mañana)1**
- **Necesidad de ajustar dotación a necesidad de cuidados**

1 Ann Page, Editor, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Institute of Medicine. Washington, D.C.: The National Academies Press. 2004.

Unidad de Corta Estancia

Si el hospital cuenta con una UCE*:

- **La tasa de reingresos es mayor (14,7% frente a 13,6%).**
- **No hay diferencias en relación con el IEMA.**
- **Los reingresos por EPOC son más frecuentes (16,6 : 14%).**

*** Resultados ajustados por complejidad (Charlson)**

Las supuestas ventajas de las UCE deben ser reconsideradas analizando no solo el desempeño aislado de estas unidades sino su repercusión sobre el conjunto del hospital

Comité de Seguridad del Paciente

Si la unidad tiene un Comité de Seguridad del Paciente*:

- **La estancia media y el IEMA son menores (0,96 frente a 1,06, para el IEMA).**
- **La mortalidad por ictus es menor (13,6% frente a 21,5%) (no se dispone de un ajuste por riesgo).**
- **Sin embargo, no se observan diferencias en el % de complicaciones médicas.**

*** Resultados ajustados por complejidad (Charlson)**

Parece existir una asociación entre la presencia de Comité de Seguridad y un mejor manejo clínico de los pacientes

Gestión por Procesos

Las unidades que contestan que gestionan por procesos *:

- **Tienen menos reingresos (12,7% frente a 14%) y reingresos por EPOC (15,2% frente a 11,9%).**
- **La mortalidad por ictus es menor (13,6% frente a 21,5%) (no se dispone de un ajuste por riesgo).**
- **Sin embargo, tienen una mayor tasa de úlceras por presión (4,8% frente a 2,6%).**

*** Resultados ajustados por complejidad (Charlson)**

Parece existir una asociación entre la implantación de una gestión por procesos y un mejor manejo clínico de los pacientes

Pase de visita multidisciplinar

Las unidades que contestan realizar un pase de visita multidisciplinar *:

- **Tienen una menor tasa bruta de mortalidad global (11,5% : 13%) y mortalidad por neumonía (11,4% : 13,8%).**
- **Sin embargo, aunque el índice agregado de mortalidad en IAM, IC, neumonía, hemorragia digestiva, ictus y fractura de cadera, ajustado por riesgo es menor (13,1% : 14,4%) la diferencia no es estadísticamente significativa.**

*** Resultados ajustados por complejidad (Charlson)**

Parece existir una asociación entre la realización del pase de visita multidisciplinar y un mejor manejo clínico de los pacientes

¿Qué nos dice todo esto?

- **SEMI dispone de una base de datos sobre estructura y actividad de más del 50% d las unidades identificadas del SNS.**
- **Con los datos de la encuesta parece que puede haber aspectos mejorables:**
  - Solamente un 41% de las unidades dice haber desarrollado un programa de atención sistemática al paciente crónico complejo. Las unidades que señalan haberla desarrollado tiene una cobertura poblacional del 56%. En otras palabras: **programas de atención sistemática al paciente crónico complejo dan cobertura a menos del 24% de la población**

Muy lejos de las recomendaciones del documento de estándares de unidades de pacientes pluripatológicos y de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS

¿Qué nos dice todo esto?

- Con los datos de la encuesta parece que puede haber aspectos mejorables:
  - Insuficiente protocolización de procesos (solamente el 45% de las unidades ha desarrollado un protocolo de atención al proceso más frecuente en Medicina Interna: la insuficiencia cardiaca.
  - Solamente en el 33% de las unidades el pase de visita es multidisciplinar.
  - Un escaso 21% de las unidades ha implantado una sistemática de seguimiento y activación.
  - Solo un 60% de las unidades dice planificar el alta.

Muy lejos de las recomendaciones del documento de estándares de las unidades de enfermería en hospitalización polivalente de agudos

¿Qué nos dice todo esto?

- Con los datos de la encuesta parece que puede haber aspectos mejorables:
  - Muy elevada relación consultas sucesivas sobre primeras, especialmente en los hospitales más complejos (4:1, como promedio, en hospitales de más de 500 camas).

- El análisis del CMBD también muestra que existen notables diferencias en algunos indicadores “sensibles” como el IEMA, los reingresos o la mortalidad (bruta y ajustada) entre las Comunidades Autónomas, y estas diferencias son aún mayores entre hospitales.

Las diferencias halladas pueden ser resultado de distintas formas organizativas y de gestión, pero probablemente ponen también de manifiesto la existencia de desigualdades en calidad y eficiencia

¿Qué nos dice todo esto?

Casi un 50% de los pacientes atendidos en salas de Medicina Interna tienen más de 80 años, predominando en este subgrupo las mujeres (57%).

Necesidad de disponer de información específica sobre las necesidades asistenciales y sociosanitarias de las mujeres mayores de 80 años de edad

¿Qué nos dice todo esto?

Se debe hacer un esfuerzo para desarrollar modelos de ajuste más específicos y adaptados al SNS que el Charlson para los procesos más frecuentemente atendidos en las salas de Medicina Interna, lo que requerirá la cooperación con otras especialidades.

Existen diferencias relevantes en estructura, procesos y resultados entre grupos de hospitales. Se debe comparar por grupos de hospitales cuando se contrasten resultados en salud. Se debe explorar una clasificación que combine datos de estructura y complejidad de los procesos atendidos

¿Qué nos dice todo esto?

- Se deben ajustar las dotaciones de enfermeras a las necesidades de cuidados de los pacientes atendidos en cada unidad.
- Una mejor dotación de enfermería puede ser costo / eficiente (menos estancias, complicaciones, etc.).
- Sería sugestivo vincular el probablemente necesario incremento en la dotación de enfermería a objetivos de resultados y programas de mejora de la calidad (reducción de la estancia media, implantación de sistemas de alerta y activación, pase de visita multidisciplinar, planificación del alta, mejora de las transiciones asistenciales, etc.)

¿Qué nos dice todo esto?

- **Las supuestas ventajas de las UCE deben ser reconsideradas analizando no solo el desempeño aislado de estas unidades sino su repercusión sobre el conjunto del hospital**

- **Parece existir una asociación entre buenas prácticas de gestión (Comité de Seguridad del Paciente, pase de visita multidisciplinar, gestión por procesos) con mejores resultados. Se debe profundizar en el análisis de estas correlaciones, tanto en la mejora de la información disponible (número de centros y calidad de las respuestas) como en el análisis de aquellas asociaciones que, siendo virtuosas, puedan discriminar mejor "buenas prácticas" vinculadas a mejores resultados en salud**

Resultados y comparación

de las Unidades Asistenciales de Medicina Interna

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

IMAS Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria

Unidades tipología 1: < Hospital de < 200 camas	Hospital	Promedio	Mediana	DS	Max	Min
Mortalidad por Insuficiencia Cardiaca (IC) (TMER)	7,7	9,7	9,4	3	17,2	4,8
Reingresos por IC	19,7	17,2	17	3,6	26,1	8,8
Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días (TRER)	5,7	7,2	5,9	3,5	22	2,7
Mortalidad por ictus	21,4	33,5	29,4	17,2	75	10,8
Mortalidad por neumonía	7,8	13	12	5	26,5	4,5
Mortalidad por EPOC	3,0	6,5	5,8	3,7	16	1,4
Reingresos por ictus a los 30 días	2,4	8,1	6,1	5,8	25	1,6
Reingresos por neumonía a los 30 días	11,5	12,5	11,5	3,9	22,3	4,6
Reingresos por EPOC a los 30 días	15,5	14,2	14	4,3	24,8	3,3
% Complicaciones médicas	23,6	16,4	16,2	6,6	35,1	3,7
Tasa de códigos de emergencia vital / 1.000 días de estancia	0,2	0,2	0,1	0,2	0,6	0,1
Tasa de infección hospitalaria (INCALSNS)	0,6	0,6	0,5	0,4	1,7	0,1
Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	2,7	2,7	2	2,4	13,1	0,2
Tasa de infección por catéter venoso central	0,14	0,1	0,1	0,1	0,4	0,04
Malnutrición	8,0	3,0	1,7	3,7	20,9	0,1
IPAMI	1,04	1,18	1,09	0,46	0,39	2,75
IPAMI Ajustado	1,09	1,10	1,12	0,37	0,24	1,75

Gráfico 1. Relación Sucesiva: Primeras

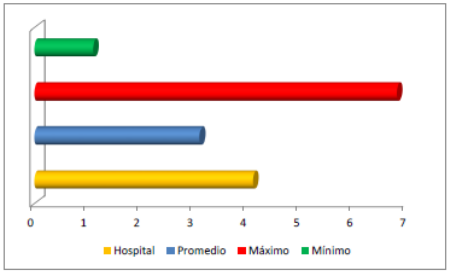


Gráfico 2. IEMA

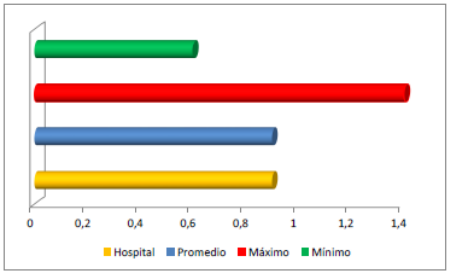


Gráfico 3. Tasa de Mortalidad Estandarizada por Riesgo

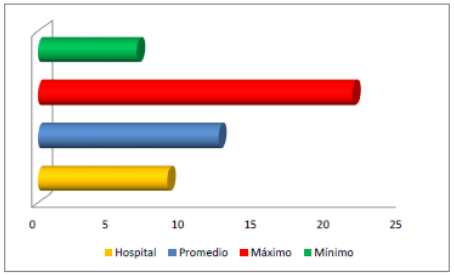
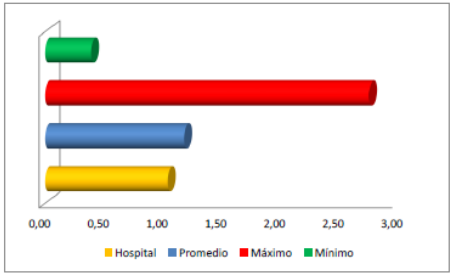


Gráfico 4. IPAMI



5.2. Un acercamiento a la productividad asistencial de las UMI

Se ha realizado una aproximación a comparar la productividad asistencial entre tipologías de UMI. Para ello se ha construido un Índice de Productividad Asistencial (IPAMI), que tiene solamente un valor de comparación relativo y que no considera la dedicación a la docencia (parte de la dedicación a la docencia puede ser compensada por la actividad asistencial de los residentes) ni la investigación (las UMI que más actividad de investigación desarrolla suelen tener profesionales dedicados a esta actividad en equivalentes a tiempo completo), basado en los siguientes pesos de valor relativo:

- 1,0: día de ingreso y de alta (fuente: CMBD).
- 0,5: resto días de estancia (fuente: CMBD).
- 0,5: consulta primera (fuente: Encuesta RECALMIN).
- 0,33: consultas sucesivas (fuente: Encuesta RECALMIN).
- 0,17: consultas no presenciales (fuente: Encuesta RECALMIN).
- 1,0: primera interconsulta (fuente: Encuesta RECALMIN).
- 0,33: interconsulta sucesivas (fuente: Encuesta RECALMIN).

El "IPAMI ajustado" corrige las estancias por el IEMA y el número consultas sucesivas se limita a no más de 6,3 (el promedio para el conjunto de hospitales) sobre las primeras.

La tabla 5.1. muestra los resultados del IPAMI agrupados por tipología de hospital, mientras que la tabla 5.2. muestra los resultados para el IPAMI ajustado. Se puede observar una tendencia a una mayor productividad asistencial en los hospitales de menos de 500 camas que en los de más de 500, pero probablemente lo que es más llamativo es la gran variabilidad en el resultado de este indicador, aún dentro del mismo grupo de hospitales, lo que probablemente indica -a pesar de lo grosero del indicador- importantes variaciones en la productividad asistencial.

Tabla 5.1. IPAMI

IPAMI					
	Total	< 200	200-<500	500-<1.000	> 1.000
Promedio	1,2	1,4	1,2	1,0	1,1
Mediana	1,1	1,2	1,1	0,9	1,0
SD	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4
Min	0,4	0,6	0,4	0,6	0,5
Max	2,9	2,5	2,7	2,9	2,0

Tabla 5.2. IPAMI ajustado

IPAMI Ajustado					
	Total	< 200	200-<500	500-<1.000	> 1.000
Promedio	1,1	1,1	1,1	0,9	1,1
Mediana	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0
SD	0,4	0,3	0,4	0,3	0,7
Min	0,2	0,6	0,2	0,4	0,5
Max	3,2	2,0	1,8	1,7	3,2

ORIGINAL

RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud

A. Zapatero Gaviria[a,*], R. Barba Martín[b], P. Román Sánchez[c], E. Casariego Vales[d], J. Diez Manglano[e], M. García Cors[f], J.J. Jusdado Ruiz-Capillas[g], C. Suárez Fernández[h], J.L. Bernal[i,j] y F.J. Elola Somoza[j]

Rev Clin Esp. 2016;216(4):175–182

Conclusiones

La encuesta RECALMIN 2013 desvela aspectos relevantes sobre la organización, estructura y gestión de las UMI. La notable variabilidad hallada en los indicadores de estructura, actividad y gestión de estas unidades probablemente refleja diferencias en eficiencia y productividad, lo cual ofrece la oportunidad de un amplio margen de mejora. Se han hallado brechas importantes en el manejo clínico de los pacientes en las UMI y las recomendaciones de buenas prácticas en la gestión clínica de los pacientes crítica y agudamente enfermos, así como en relación con la atención sistemática a los pacientes crónicos complejos. Probablemente existen barreras estructurales, organizativas y de gestión que dificultan la mejora de la asistencia en estos 2 relevantes ámbitos de actuación de la MI. Muchas de estas barreras trascienden los límites de responsabilidad de las UMI, y el compromiso de los médicos internistas con sus pacientes debe extenderse a su eliminación.