

## **NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

### **INDICE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>Pag 2</b>
<b>II.</b>	<b>ESTRUCTURA DEL SERVICIO .....</b>	<b>Pag 2</b>
	1. Recursos Humanos	
	2. Estructura física	
<b>III.</b>	<b>ORGANIZACIÓN .....</b>	<b>Pag 3</b>
	1. Trabajo Diario. Cronograma	
	2. Sala	
	3. Acogida del paciente que ingresa. Valoración del riesgo social	
	4. Responsabilidades del personal sanitario	
	5. Pase de visita	
	6. Alta. Informe	
	7. Historia Clínica. Organización documentos	
	8. Procedimiento para la atención de pacientes periféricos	
	9. Partes Interconsultas de pacientes ingresados en otros Servicios	
	10. Guardia de Medicina Interna	
	11. Protocolos y Procedimientos de Enfermería	
	12. Policlínica	
<b>IV.</b>	<b>DOCENCIA DE PREGRADO .....</b>	<b>Pag 13</b>
<b>V.</b>	<b>DOCENCIA DE RESIDENTES .....</b>	<b>Pag 13</b>
	1. Protocolo docente	
	2. Residentes Rotantes	
<b>VI.</b>	<b>ACTIVIDADES CONJUNTAS. SESIONES ...</b>	<b>Pag 15</b>
<b>VII.</b>	<b>ACTIVIDAD INVESTIGADORA .....</b>	<b>Pag 17</b>
<b>VIII.</b>	<b>VACACIONES Y PERMISOS .....</b>	<b>Pag 17</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

---

El objetivo fundamental de este documento es presentar una visión general del servicio y de su funcionamiento para conseguir una mejor asistencia a los pacientes, facilitando la actividad de los profesionales y favoreciendo así mismo nuestros compromisos docentes.

## **II. ESTRUCTURA DEL SERVICIO**

---

### **1. Recursos Humanos**

#### **Médicos:**

17 facultativos: Jefe de Servicio, 3 Jefes de Sección, 9 M. Adjuntos con plaza en propiedad y 5 eventuales con revisiones periódicas de los contratos.

24 Médicos Residentes, 5 por año desde el año 2008.

#### **Enfermería**

2 Supervisoras, 44 Enfermeras/os y 44 Auxiliares de Enfermería trabajando en turnos de mañana y tarde y guardias de turno de noche, en planta. Dos enfermeras en UICARV y 1 enfermera en Unidad de Patología Endotelial.

#### **Secretaría**

En la actualidad una Jefe de Equipo y cuatro Auxiliares Administrativas. En la UICARV dos auxiliares y en la UPE una auxiliar.

### **2. Estructura física**

El **Área de Hospitalización** consta de 97 camas, 10 en habitaciones individuales y el resto en dobles, distribuidas en 5 controles de Enfermería en las plantas 4ª derecha (controles A, B y C) y 3ª derecha (controles B y C). Hay 4 salas de trabajo para Residentes con dotación de 3-4 equipos informáticos en cada una. Anexas, existen áreas de despachos compartidos por los médicos de plantilla y 1 para Residentes.

Secretaría con 2 secretarias.

La **Policlínica** consta de 6 consultas, con dotación informática, área de Secretaria (2 Secretarias), zona organizativa y área de extracciones de sangre para pacientes de las unidades monográficas. La plantilla de Enfermería está formada por 3 Auxiliares.

La **Unidad de Enfermedades Autoinmunes** se ubica en la planta -1 derecha (consulta 5).

La **Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular del Anciano** dispone de un área de 3 consultas y zonas comunes en la planta -1 centro.

La **Unidad de Patología Endotelial** dispone de un área propia en el edificio de consultas externas del hospital con zona de laboratorio, consultas, área de exploraciones y despachos.

Área de **Laboratorio**. En la misma planta de hospitalización. Se compone de dos laboratorios.

**Aula de Sesiones**: 4º derecha control C. Capacidad para 30-35 personas. Sistema de proyección.

### **III. ORGANIZACIÓN**

---

#### **1. Trabajo diario. Cronograma**

**8:00 H** . Hora de entrada

**8:15 H.** Reunión en la Sala del Control A 4ª D. Pase de guardia de planta. Incidencias. Distribución pacientes periféricos

**8:30 H**. Martes, Sesión Monográfica. Aula del Servicio.

**8:30 H**. Miércoles, Sesión Bibliográfica. Aula del Servicio.

**9:00 H**. Miércoles, Sesión Oncológica. Sesión EAS

**8:30 H**. Jueves, Sesión Clínica. Aula del Servicio.

**8:30 H**. Viernes, Sesión de Residentes. Aula del Servicio.

**9:30 – 15 H**. Trabajo en Sala o Policlínica.

Cronograma de Enfermería, ver pags 16 a 31 del Documento "Manual de Acogida. Control Enfermería 4ª D A. Servicio de Medicina Interna".

#### **2. Sala**

**7 equipos de trabajo** formados por dos Médicos de Plantilla (o un R5) un Residente mayor de Medicina Interna o R-2 de Medicina Familiar y 1 residente rotante o R-1 Medicina Interna. Atienden a una media de 14-16 camas.

#### **3. Acogida del paciente que ingresa. Valoración del riesgo social.**

Una vez en la Sala, será recibido por la Enfermera/o responsable que le dará al paciente y a la familia la información necesaria y que está en el Protocolo de Acogida (ver más abajo). Hará una valoración del "riesgo social" y se lo comunicará al Médico y se informará por ambos a la Trabajadora Social a la mañana siguiente. Serán estos profesionales los encargados de gestionar y negociar las alternativas al

alta y el tipo de ayuda que necesite cada paciente. Se les procurará por parte de los Médicos responsables los informes necesarios. La experiencia aconseja que todas estas alternativas se centralicen a través de ellos y que el personal sanitario se abstenga de proponer soluciones. Sólo debe indicar las necesidades y favorecer el alta.

#### 4. Responsabilidades del personal sanitario

**Residente mayor de M. Interna.** Es el responsable directo, supervisado por el adjunto, de la atención y seguimiento de los pacientes. Por lo general, consultará con el adjunto antes de cualquier toma de decisiones, especialmente en aquellos casos que impliquen riesgo para el paciente o alteración en el plan de actuación. Específicamente sus funciones serán:

Conocimiento integral de la H<sup>a</sup> clínica.

Seguimiento diario del paciente, tanto en lo que respecta a su situación clínica, tratamiento y pruebas complementarias.

Supervisión y, en casos más complejos, redacción directa de los comentarios de la H<sup>a</sup> clínica, tanto al ingreso como durante la evolución. En especial, realizará los comentarios referentes al documento de **"Valoración por problemas"** de los pacientes.

Cumplimentación de la prescripción electrónica.

Participación en la toma de decisiones con el adjunto.

Información a pacientes y familiares. En los casos en los que una actuación diagnóstica o terapéutica específica requiera **Consentimiento Informado** (en el caso de nuestro Servicio, las transfusiones o la quimioterapia ó alguna manipulación directa), cumplimentarlo después de haber dado la información adecuada.

Realización de los informes de alta.

**Residente menor.** Es el encargado de realizar las tareas de apoyo al residente mayor. Entre otras:

- Organización de la H<sup>a</sup> clínica, que conlleva
- Redacción de los comentarios de la H<sup>a</sup> clínica, tanto al ingreso como durante la evolución.
- Cumplimentación de las hojas de monitorización de la analítica, la inclusión en la hoja de peticiones de todas las pruebas solicitadas, así como de la recepción del resultado (por ejemplo, marcándolas con un símbolo).
- Ordenación de toda la documentación incluida en la H<sup>a</sup>.
- Conocimiento de las pruebas pendientes y de las fechas en que las que está prevista su realización.
- Comunicarle al residente mayor las incidencias sucedidas a los pacientes durante el período de guardia.

- Llevar a cabo trámites para cuestiones menores (peticiones, recogida de pruebas, etc), asignados por el residente mayor.
- Comprobar que las gráficas están preparadas cuando se inicia la reunión antes del pase de visita
- Otras funciones delegadas por el residente mayor, siempre y cuando no impliquen toma de decisiones y estén adecuadamente supervisadas.
- Cuando un residente esté de guardia, su compañero asumirá sus funciones. Por tanto, el que vaya a estar de guardia debe comunicar a su R mayor, con antelación suficiente, la fecha de la misma y cualquier información relevante de los pacientes.

Objetivos de la rotación:

1. Realizar la entrevista clínica
2. Completar una exploración física adecuada
3. Saber interpretar sus resultados
4. Poder elaborar un diagnóstico de presunción
5. Conocer las opciones terapéuticas de los procesos más frecuentes
6. Familiarizarse con los distintos documentos, tanto escritos como electrónicos de uso diario en la Sala.

**Médico Adjunto.** Es el máximo responsable de la atención del paciente y de dar un contenido docente adecuado al trabajo en común con sus colaboradores.

Sus funciones se concretan en:

- Toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas.
- Información a pacientes o familiares en casos delicados.
- Implicación directa en consultas sobre cuestiones relevantes diagnósticas, terapéuticas o administrativas, en las que intervengan personal de otros servicios.
- Atención a cualquier consulta solicitada por el residente
- Es el responsable del alta y del informe final del paciente.

**Enfermera y Auxiliar de Enfermería.** Ver paginas 10 a 15 del citado documento de acogida.

## 5. Pase de visita

Constituye el núcleo de la actividad de la Sala. Previamente, desde la llegada al Servicio, los médicos responsables deben contactar con el personal de Enfermería y conocer las incidencias de la tarde/ noche anteriores. Se debe hacer una primera aproximación a los pacientes que han ingresado esa noche e interesarse por la evolución de los más comprometidos.

Antes de las 10 de la mañana existe el compromiso de que estén entregadas las gráficas por parte de la Enfermería y desde ese **momento**, y una vez valorado las exploraciones cuyos resultados han llegado ese día, iniciar el pase de visita.

Es esencial que, junto al equipo médico, pase también la Enfermera/o correspondiente. Se valorará cuidadosamente cada paciente, se comentarán los hechos más relevantes y una vez finalizada se informará a los familiares. Posteriormente, en los despachos, se comentarán los enfermos, se planteará la estrategia de estudio y tratamiento y se realizará la prescripción farmacéutica informatizada. Existe el compromiso de facilitarla a la Enfermería antes de las 13:30 H.

Durante el pase de la visita se habrá comunicado a la Enfermera/o. las altas de ese día y si van a necesitar ambulancia para su transporte al domicilio. Así mismo, si ese paciente fuera susceptible de trasladarse al Área de Pre-alta, en espera del traslado.

## **6. Alta. Informe**

1. Una vez decidida el alta por el Médico responsable, se informará a la enfermera correspondiente que será la que lo comunicará al Servicio de Admisión. Se tendrá en cuenta las instrucciones generadas desde ese Servicio.
2. El Médico responsable de las camas ó, en su defecto el Residente correspondiente, entregará a la Secretaria toda la documentación generada, desde ese momento es responsabilidad de la Secretaria la custodia de la citada Historia, anotando nombre del residente y fecha de alta en el listado del facultativo correspondiente. Es conveniente que se vaya el paciente con el informe definitivo. que se incluirá así mismo en la historia y se enviará inmediatamente la Historia Clínica al Archivo. El médico que da el alta será siempre el responsable del informe definitivo.
3. En los casos en los que el paciente se vaya con el Informe Provisional, se establece un periodo de una semana para generar el definitivo. Durante ese tiempo, la historia clínica permanecerá en custodia por la Secretaria. y una vez realizado el informe se procederá como en el caso anterior.
- 4 Se facilitará quincenalmente a cada interesado una relación de las altas pendientes.

La responsabilidad del informe de alta, que es una obligación legal, corresponde al Médico de plantilla a cuyo cargo está el paciente y la redacción inicial de los informes correrá a cargo del residente mayor.

## **7. Historia Clínica. Organización de documentos**

Para un adecuado seguimiento del paciente es esencial organizar toda la documentación de la Hª clínica de forma racional y consensuada, de manera que cualquier actuación que se lleve a cabo por la misma, independientemente de quien la haga, sea realizada de la misma manera. Se cumplimentarán **las hojas oficiales del Hospital al Ingreso y la evolución diaria** y se adjuntarán además las siguientes:

### **Informe del Ingreso desde el servicio de Urgencia**

## **Informes previos ordenados cronológicamente**

**Hoja de valoración por problemas.** Esta información se redactará en **las hojas de evolución** y estará siempre localizada después de los datos del episodio que se atiende. Una vez recogidos los datos clínicos y complementarios se efectuará una valoración de cada uno de los problemas que presente el paciente, entendiendo por problema no necesariamente un diagnóstico concreto, sino cualquier realidad del paciente que requiere ser valorada. Por tanto, un problema puede ser un síntoma (por ej. dolor abdominal), signo (por ej. adenopatía), dato analítico (por ej. hipertransaminasemia), hallazgo de imagen (por ej. nódulo pulmonar), un diagnóstico sindrómico (por ej. insuficiencia cardíaca) o específico (por ej. esclerosis múltiple). Dentro de esta valoración, se incluirá:

**Identificación** y aproximación diagnóstica de cada problema. Así mismo se realizará una evaluación en cuanto a gravedad y extensión del mismo.

**Objetivos** de diagnóstico y tratamiento de cada uno de ellos durante su estancia hospitalaria.

**Plan de actuación** concreto de diagnóstico y tratamiento. En cada uno de aquellos problemas que lo requieran se elaborará un plan de actuación, tanto diagnóstico como terapéutico (puede que haya alguno que no precise estudio durante la hospitalización). En algunos casos, por la gravedad del caso, el tratamiento será empírico. Así mismo se llevará a cabo una programación de monitorización del tratamiento (por ej. control de frecuencia cardíaca, función renal, niveles de fármacos, etc)

Esta valoración global se realizará siempre el primer día del ingreso y, posteriormente, se actualizará cada 3-4 días (dos veces en semana), integrando la información diagnóstica recibida y la evolución del paciente. En esta actualización, se revalorará tanto los problemas detectados al inicio del ingreso, como a los objetivados durante la evolución. Deberá especificarse si el plan elaborado durante el ingreso ha sido concluido, o por el contrario está pendiente de alguna actuación., que a su vez constará de:

### Motivo de consulta

Antecedentes (diagnósticos previamente conocidos; cuando el paciente refiera un diagnóstico sin apoyarlo con un documento clínico convincente, se hará constar en la Hª dicha circunstancia; no se considerarán antecedentes, síntomas o signos que están aún pendientes de filiar, ello se comentará en la anamnesis por órganos y aparatos.

Medicaciones, actualizadas (nombre comercial y principio activo, con las dosis)

Vida basal (previa a la Hª actual), especificando capacidad física, estado mental y situación socio-familiar

Hª actual, partiendo del momento en que se altera su situación basal. La información se aportará de forma cronológica, ordenada y completa, analizando adecuadamente cada uno de los síntomas que el paciente refiera. Aquella otra información no estrictamente relacionada con el motivo de consulta se aportará en la anamnesis por órganos y aparatos.

Anamnesis por órganos y aparatos, obtenida de forma clara, diligente y ordenada.

Evolución a partir de la atención en Urgencias hasta la realización de la H<sup>a</sup>. Se indicarán los hallazgos clínicos y complementarios a partir de su llegada a Urgencias.

Otros datos complementarios. Se reseñará otra información complementaria obtenida el mismo día que se realiza la H<sup>a</sup> de ingreso

Toda la información recogida en la H<sup>a</sup> del ingreso deberá haber sido contrastada directamente por el residente que lleve a cabo la H<sup>a</sup>. Por tanto, en ningún caso, se aceptará que se copie los contenidos de la H<sup>a</sup> de Urgencias sin previa confirmación. Teniendo en cuenta la celeridad con la que se implementan las historias de Urgencias, con frecuencia se recoge en ella información imprecisa o incierta.

**Comentarios** a cerca de la evolución diaria del paciente y de las pruebas recibidas.

**Hoja de peticiones:** Se especificará cada una de las pruebas solicitadas. El día de su realización y de la recepción del resultado. .

Todos los **documentos relativos al Servicio de Medicina Interna** deben incluirse en el apartado **nº 23** de la historia Clínica. Dentro de este Apartado debe haber tres espacios:

1. Copia de todos los Informes, tanto de Sala como de Policlínica, ordenados cronológicamente.
2. Todos los documentos de la Consulta y las hojas de evolución.
3. Todos los ingresos del paciente colocados como indica el Servicio de Documentación (hojas de enfermería, prescripción electrónica, gráficas, pruebas, hojas de evolución, informes provisionales de alta, informe definitivo, hoja de ingreso)

## **8. Procedimiento para la atención de pacientes periféricos**

1. Cada mañana, a las 8:15 H, la Secretaria de la Planta por vía electrónica elabora una lista de los pacientes ingresados a esa hora y su localización.
2. En la Sala del control A o en el Aula de Sesiones, se realiza un análisis de la misma por el Responsable del Servicio y a la que asisten miembros de cada uno de los grupos de trabajo de la Sala en que está dividido el Servicio.
3. Teniendo en cuenta el número de ingresos de cada uno de esos grupos, la naturaleza del proceso que motiva el ingreso, la relación con algún médico específico y la carga asistencial en cada momento, se procede a la asignación de los pacientes.

4. Estos, deben ser vistos a lo largo de la mañana. A última hora se comprueba que esto ha sucedido.
5. En relación a los pacientes situados en el **Servicio de Urgencias** o en la **Unidad de Preingresos** hay cinco Médicos de la plantilla del Servicio dedicados a su atención. Esta se realiza desde primera hora de la mañana. A lo largo del día, establece la preferencia de ingreso en las camas de hospitalización. Otro médico contratado se encarga de los pacientes en esa ubicación con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y la adscripción de los mismos, si cumplen los criterios, a la Unidad de Insuficiencia cardíaca del anciano, del propio Servicio de Medicina Interna.

## 9. Colaboración con otros Servicios.

### 1. Partes Interconsultas de Pacientes Ingresados en otros Servicios:

- Los volantes llegan a la Secretaria de las Consultas Externas y desde allí se entregan al médico responsable que será el de guardia de cada día. Se verán los pacientes dentro de las primeras veinticuatro horas de recepción del parte.
- Se encargarán de valorar al paciente, contestar la Hoja Interconsulta y asumir al paciente para continuar viéndole en el Servicio de procedencia, trasladarlo o hacer un seguimiento ambulatorio.

### 2. Hay establecida colaboración de Médicos del Servicio con:

- a. Unidad de Mama
- b. Servicio de Endocrinología (UTIG)
- c. Servicio de Nefrología: valoración de donantes en trasplante renal de donante vivo.
- d. Grupo multidisciplinar patología pulmonar.
- e. Grupo multidisciplinar de EAS.

## 10. Guardia de Medicina Interna

Diariamente hay un Médico del Servicio con Guardia de presencia física (**teléfono 51796**). Antes del día 20 del mes anterior se debe enviar la relación nominal de las guardias del mes. Para los cambios, se ajustarán a la reciente normativa.

Son la referencia de la Guardia de Medicina de Planta del Hospital, integrada por tres Residentes de los Servicios Médicos.

Tienen asignadas las plantas de Medicina como primera llamada con especial dedicación a los Servicios en los que no existe una guardia de la especialidad.

La primera llamada, de forma general, se asigna a los Residentes y son estos los que requerirán la presencia ó la consulta con el Médico de plantilla. Es labor de estos atender estas llamadas, manteniendo el carácter no sólo asistencial sino también docente de estas consultas.

En referencia al propio Servicio, se les comunicará diariamente los pacientes que van a requerir un seguimiento específico y los fines de semana y las tardes deberán tener conocimiento de los ingresos e incidencias significativas que se producen en la Planta.

Existe un documento pactado con Docencia, sobre la guardia de planta de Medicina.

Todas las mañanas, a las 8:15 horas se hace el pase de la guardia del día anterior al equipo entrante.

## **11. Protocolos y Procedimientos de Enfermería**

En el Documento de Acogida, paginas 41 a 49, se explicitan los siguientes:

Ingreso del paciente  
Alta  
Riesgo Social  
Dietética  
Caídas  
Cuidado de vías venosas  
Cuidados post mortem  
Alimentación enteral  
Citostáticos  
Procedimiento de identificación de pacientes

## **12. Policlínica**

Cada uno de los médicos tiene actividad de Consulta externa semanal. A partir del segundo año los residentes del Servicio se integran en la misma. Se inicia con una rotación de un mes y posteriormente consulta semanal supervisada por los tutores.

Como actividad específica ambulatoria se segrega la **Patología Oncológica**, con 3 médicos de plantilla que realizan consultas semanales y los pacientes que atienden las Unidades de **Patología Endotelial** y la de **Insuficiencia cardíaca y Riesgo vascular del Anciano** así como la **Consulta Monográfica de Enfermedades Autoinmunes**.

**El Horario** de atención a los pacientes de consulta comienza sobre las 9,30 horas.

Las **Agendas** de citación están informatizadas y la relación es la siguiente:

HMIN-01 Dr. Barbolla  
HMIN-02 Dr. Sabán  
HMIN-03 Dra. Cobo  
HMIN-04 Dr. Perales  
HMIN-05 Dr. Patier  
HMIN-06 Dr. Cebrian  
HMIN-08 Dr. Gómez del Olmo  
HMIN-07 Dra. Moreno  
HMIN-09 Dr. Manzano  
HMIN-10 Dra. Fraile  
HMIN-11 Dr. Calleja  
HMIN-12 Dra. Echaniz  
HMIN-13 Dr. Ruedas  
HMIN-14 Residentes  
HMIN-15 UICARV  
HMIN-16 Pat. Endotelial – Dr. Sabán  
HMIN-17 Dra. Sánchez

HMIN-18 Dr. Diz  
HMIN-19 Pat. Endotelial – Dra. Tello  
HMIN-ES Revisiones  
HMIN-EX Nuevos vacaciones

Distribución semanal de las consultas:

SALA 1	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	SALA 2	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES
8 a 9						8 a 9					
9 a 10			Manzano	Nava		9 a 10		Cobo			
10 a 11		Olivia	Manzano	Nava		10 a 11	Calleja	Cobo	Diz	Calleja	Moreno
11 a 12		Olivia	Manzano	Nava		11 a 12	Calleja	Cobo	Diz	Calleja	Moreno
12 a 13		Olivia	Manzano	Cobo		12 a 13	Calleja	Andres	Diz	Calleja	
13 a 14			Vivancos			13 a 14	Calleja	Andres	Diz	Calleja	
14 a 15			Vivancos			14 a 15	Calleja			Calleja	

SALA 3	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	SALA 4	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES
8 a 9						8 a 9					
9 a 10	Gómez					9 a 10					
10 a 11	Gómez	Ruedas		Ruedas		10 a 11		Echaniz		Patier	X - 01
11 a 12	Gómez	Ruedas		Ruedas		11 a 12		Echaniz		Patier	X - 01
12 a 13		Ruedas		Ruedas		12 a 13		Echaniz		Patier	X - 01
13 a 14		Ruedas		Ruedas	Mª Rosa	13 a 14		Echaniz		Patier	
14 a 15		Ruedas		Ruedas	Mª Rosa	14 a 15					

SALA 5	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES	SALA 6	LUNES	MARTES	MIERCOL	JUEVES	VIERNES
8 a 9	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	8 a 9					
9 a 10	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	9 a 10					
10 a 11	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	10 a 11	Patier	Barbolla	Moreno	Perales	Perales
11 a 12	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	11 a 12	Patier	Barbolla	Moreno	Perales	Perales
12 a 13	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	12 a 13	Patier	Barbolla	Moreno	Perales	Perales
13 a 14	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	13 a 14	Patier		Moreno		
14 a 15	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	Fraile	14 a 15					

Hay otras tres Agendas para otros tantos médicos que hacen **Consultas de Senior** por las tardes.

Las citas de segundas visitas se hacen en la misma Consulta y para las **primeras** existe un procedimiento específico, que se detalla a continuación:

La procedencia de los pacientes enviados a las Consultas Externas, se realiza por tres vías: 1ª Citación directa desde AP, con valoración eventual con programa SCAE. 2ª desde el Servicio de Urgencia, con Informe de Alta y vehiculizados por el Servicio de Admisión o presentados directamente por los propios pacientes o sus familiares. 3ª Parte Interconsulta enviados directamente desde los distintos Servicios del Hospital.

Diariamente, el responsable del Servicio y la Jefe de Equipo Administrativo valoran todos los partes recibidos. Se tiene en cuenta su procedencia, la causa que motiva la consulta y el tiempo de espera aconsejable para cada caso, teniendo en cuenta los huecos y las demoras en las distintas agendas, todas informatizadas.

De esta manera, la Jefe de Equipo de las Auxiliares Administrativas, efectúa las citaciones y las comunica al Servicio de Admisión que es quién lo traslada a los pacientes. En algunos casos, bien por el tipo de patología o la sospecha de una cierta urgencia, se realiza una llamada directa a los propios pacientes para aclarar alguna duda

Así, cada paciente tiene una asignación horaria y se trata de que cada uno espere el menor tiempo posible antes de que el Médico le reciba.

En algunos momentos del año: vacaciones y algunos congresos de especial significado para el Servicio, se **cierran** temporalmente las agendas. Cuando no se ha podido prever el cierre, se solicita al Servicio de Admisión el cambio de esas fechas. Existe el compromiso desde el propio Servicio de Medicina Interna de contactar con los pacientes y adecuar una nueva cita, generalmente adelantándola, a los intereses de los pacientes. Si la incidencia es de un día para otro, se harán los ajustes entre los restantes miembros del Servicio para que esos pacientes, tanto los nuevos como las revisiones, sean vistos ese mismo día.

### **Informe de Alta de Policlínica**

Una vez terminado el estudio, es preceptivo en los pacientes nuevos hacer el **informe de alta**. Asimismo, con una cierta periodicidad en las revisiones.

De forma habitual serán realizados con los dictáfonos y las cintas entregadas a las Secretarías correspondientes. En algunas ocasiones, se pueden obviar contestando directamente en el Volante de Interconsulta enviado desde Atención Primaria o, en los casos de pacientes enviados desde el Hospital, contestando en las hojas de evolución de la propia Historia Clínica.

### **Unidad de patología Endotelial**

Constituida por 1 médico de Plantilla, 1 eventual, 1 enfermera, 1 auxiliar de laboratorio y una Secretaria, desarrolla su actividad clínica e investigadora sobre una amplia población con factores de riesgo vascular.

### **Unidad de Insuficiencia cardiaca y riesgo vascular del anciano**

La constituye 1 Médico de plantilla y 2 eventuales, 2 Enfermeras, 1 Auxiliar y dos Secretarías. Tienen a su cargo la sala específica de 9 camas ya referida y una actividad ambulatoria que es la básica de la Unidad y en la que se hace un seguimiento de los pacientes con esta patología.

### **Unidad de Enfermedades Autoinmunes**

La constituye un médico de plantilla con consulta diaria.

#### **IV. DOCENCIA DE PREGRADO**

---

Dentro de la integración del Hospital en la Universidad de Alcalá, el Servicio de Medicina Interna cuenta con 1 Profesor Titular de Medicina y 4 Profesores Asociados del mismo Departamento. Se encargan de la formación práctica y teórica de los alumnos de los cursos clínicos..., así como a aquellos de otras universidades que lo soliciten debidamente.

La presencia diaria de los alumnos de estos cursos clínicos en la Sala, asignados en los grupos de trabajo de los médicos que son profesores, hace que esta circunstancia tenga que ser tomada en cuenta por todos los miembros del Servicio.

En esta tarea es fundamental la colaboración de todo el personal. Es importante la colaboración de todos en esta tarea docente. Una buena estrategia comienza por la implicación del residente, de cualquier año, en la formación del futuro médico.

Entre otras actividades, el estudiante:

Asistirá a las reuniones diarias y al pase de visita, animándole a participar activamente.

Acompañará al residente durante la realización de la H<sup>a</sup> clínica.

En ocasiones se le asignará, por motivos exclusivamente docentes, la realización de la H<sup>o</sup> a pacientes que previamente haya historiado el residente.

Podrá realizar funciones de apoyo médico-administrativo delegadas por el residente menor (cumplimentación de hojas de analíticas, obtención de resultados por el ordenador, solicitud de analíticas básicas, recados, etc.). Estas serán siempre supervisadas, de manera que el responsable de cualquier acto llevado a cabo por un estudiante será el residente menor, o en su defecto el residente mayor, al que esté asignado el paciente en cuestión.

En ningún caso redactará comentarios en la H<sup>a</sup> del paciente, ni efectuará prescripciones terapéuticas.

#### **V. DOCENCIA DE RESIDENTES**

---

La actividad docente del Servicio en relación a los Residentes, está dirigida a los 21 Residentes propios y a los aproximadamente 60 Residentes del Primer año de las distintas Especialidades y de Segundo año de Medicina Familiar. También cada año se producen estancias de Residentes extranjeros, fundamentalmente latinoamericanos.

En este momento el Servicio cuenta con seis Tutores, uno de los cuales actúa como coordinador, para motivar y facilitar el desarrollo de los Médicos en formación en estas tareas.

## 1. Protocolo docente del Servicio

Actualizado en enero de 2011. La oferta docente y las rotaciones están elaboradas según las directrices actuales de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Interna. Se entregará a los Residentes el protocolo docente y todos los documentos relativos a su formación.

El desarrollo del programa en la actualidad en **el Primer año**, se concreta en una estancia en el Servicio de seis meses, dividida en dos períodos de 3 meses. Períodos de dos meses en Cardiología y Neumología y de un mes en Urgencias e Imagen.

El médico se integra en los equipos de trabajo del Área de Hospitalización que ya se han mencionado. En su actividad diaria se va a aplicar a la obtención de la Historia Clínica y realización de la exploración física, orientación diagnóstica inicial y propuesta de exploraciones complementarias así como la valoración de las pruebas de laboratorio y de imagen. Deberá también realizar técnicas diagnósticas básicas: paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, sondaje vascular...

Recibirá entrenamiento en resucitación Cardiopulmonar y otras materias a través de cursos promocionados desde Docencia. Se implicará también en la gestión de las altas de los pacientes a su cargo.

**En el Segundo año**, rotaciones en períodos de tres meses en la sala de M. Interna. También dos meses en Infecciosas, Gastroenterología, Nefrología y Neurología, además de un mes en Dermatología. Durante este período, perfecciona su entrenamiento en la práctica clínica y va adquiriendo más responsabilidades, con la supervisión correspondiente.

**A partir del Tercer año**, se contemplan tres períodos de tres meses en Medicina Interna, dos meses en la UCI Médica y 1 mes para técnicas de reanimación.

Debe haber ya un gran protagonismo en la relación, estudio y tratamiento de los pacientes, relación con la familia, informes de alta y gestión de las camas a su cargo, autorizando también la labor de los residentes de años inferiores. Desde este momento, asistirá una vez a la semana a la Policlínica en las condiciones que ya se han referido.

**En el Cuarto y Quinto Año**, consolidará los conocimientos adquiridos y mantendrá su actividad en la Sala y la Policlínica, estableciéndose una rotación con los distintos grupos de trabajo y unidades del servicio. Adquirirá mayor protagonismo en las distintas sesiones clínicas del servicio y deberá intervenir en alguna de las generales del Hospital. En este período se prevé una rotación de hasta cuatro meses por Unidades específicas del propio Hospital u otros, tanto nacionales como extranjeros.

Un Residente seleccionado podría pasar el cuarto año de su residencia en el Servicio de E. Infecciosas.

Desde su incorporación al Hospital, realizan Guardias inicialmente sólo en la Urgencia del Hospital y a partir del 2º Año de Planta de Medicina. Una vez realizadas las rotaciones correspondientes, también se incorporan, con menor frecuencia, a las de UVI Médica y Enfermedades Infecciosas. En todas, se realiza la correspondiente supervisión y los Residentes van adquiriendo mayor protagonismo a medida que avanza el período de formación.

Al final de cada año se valora la actividad de cada uno y estos presentan su Memoria Anual que recoge toda su actividad tanto asistencial como docente e investigadora. Así mismo, realizan una evaluación sobre el propio Servicio y las rotaciones que hayan efectuado.

**El Servicio los evalúa** en cada una de las rotaciones que hacen por las unidades del mismo y, al final, se realiza una evaluación global para presentarla en Docencia del Hospital y se hace por consenso de todos los miembros de la plantilla.

### **Reuniones con los tutores**

De acuerdo con lo pactado se realizarán de forma regular, **no menos de** cuatro anuales, bien de forma individual ó colectiva con el grupo de Residentes adscritos a cada unos de los tutores.

Hay reuniones periódicas conjuntas de todos los tutores y residentes.

### **Guardias de los Residentes de Medicina Interna**

Una vez que las conozcan se deben comunicar al Servicio (Tutores) y al Médico con el que se está adscrito, tanto las de Puerta como las de Medicina de Planta (**buscas 54620, 59211, 51022**).

## **2. Residentes Rotantes**

Se trata de los Médicos de Especialidades Médicas que realizan el Rotatorio inicial además de los de Segundo año de Medicina de Familia.

El día de su recepción en el **Servicio**, al inicio de cada rotación, se le proporciona una **Carpeta** que incluye el Programa de Formación para los Residentes rotantes, la distribución de los mismos en el organigrama del Servicio y el calendario de Sesiones. En los grupos de trabajo adscritos sus funciones ya están referidas anteriormente.

Comunicarán al Médico de la plantilla sus guardias y vacaciones. Es necesario que estas se comuniquen a los tutores antes de la incorporación a la Rotación para tenerlo en cuenta a la hora de hacer la distribución.

Una vez terminada la Rotación los Tutores harán llegar al Medico responsable la hoja de evaluación para que sea rellena y poder ser enviada a Docencia.

## **VI. ACTIVIDADES CONJUNTAS. SESIONES**

---

Las actividades comunes y la comunicación entre los componentes del Servicio son fundamentales para cumplir los objetivos del mismo y deben implicar a todos sus miembros. Tanto las puramente clínicas como las que tienen un carácter más organizativo van a contribuir a conseguir una conexión sin la cual no va ser posible cumplir con nuestra tarea. En el organigrama, ya se ha hecho referencia a ellas y a su horario. Trimestralmente, se publicará su calendario. Desde hace tres años están

acreditada por la Agencia Lain Entralgo con una media de créditos por curso de 14. Se describen brevemente.

**Todas las sesiones se celebran en el Aula del Servicio, ubicada en la planta 4ª Dcha. control C**

#### **Sesiones Monográficas:**

Se celebrarán los martes. El tema será escogido por la dirección del SMI. Los expositores serán miembros de la plantilla y Residentes mayores (R-3, R-4 y R-5) del SMI o médicos invitados de otros Servicios.

Su finalidad es la adquisición de conocimientos tanto teóricos como prácticos sobre temas de alta incidencia en la práctica clínica, o temas novedosos y oportunos, o temas de interés en los que algún profesional del Hospital tenga una gran experiencia. Experiencia de práctica expositiva de los R mayores.

#### **Sesiones bibliográficas:**

Los miércoles 8,30 h. Cada semana un residente del Servicio de forma rotatoria expone un artículo de interés de una revista básica y fundamental de M. Interna. Contará con el apoyo de un médico de plantilla. Remitirá con unos días de antelación el citado artículo a través del correo corporativo del Hospital para facilitar la discusión.

#### **Sesiones Oncológicas y EAS:**

Los miércoles de 9 a 10 h. Sesión clínica sobre aspectos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes oncológicos o con patologías autoinmunes atendidos en ese momento por el SMI, generalmente presentados y discutidos por miembros de la plantilla del SMI.

Su intención es la participación en el conocimiento de la patología oncológica y de la de origen autoinmune asistida en el SMI, sobre todo los logros curativos y paliativos y las limitaciones, fracasos y efectos secundarios.

#### **Sesiones Clínicas:**

Los jueves a las 8,30 h. Se presentarán, por médicos de plantilla del SMI o Residentes propios o rotantes en ese momento en el SMI, de 2 a 4 casos clínicos, abiertos o cerrados, sobre los que se discutirá de la forma lo más abierta y distendida posible.

Su finalidad es comunicar al resto del SMI algunos "casos de interés" y recoger sus opiniones, sugerencias y ayudas sobre aspectos diagnósticos y terapéuticos. Si se realiza una "revisión a propósito de un caso" será muy breve.

En el calendario de sesiones se incluye una lista con un médico de plantilla y un residente para cada una de las sesiones clínicas, al margen de los casos que se presenten voluntariamente.

#### **Sesiones de Residentes:**

Los viernes a las 8,30 h. El Tutor asignará a un Residente, con la suficiente antelación, la presentación y discusión de un caso clínico y en otras ocasiones la exposición de una Revisión Diagnóstica o, mejor, Terapéutica sobre una patología de alta prevalencia y/o seleccionada por el Tutor entre las que soliciten los Residentes.

Su finalidad es la adquisición o puesta al día de aspectos diagnósticos y terapéuticos de una patología, y de experiencia en la preparación de comunicaciones y en la práctica expositiva.

Miércoles de la cuarta semana del mes a las 13,30 h. en el Aula de la 4ª Dcha.

Se convoca a todos los médicos del servicio para valorar la actividad del mes anterior, recibir información y discutir los aspectos organizativos que se consideren pertinentes.

**Sesión multidisciplinar de EAS:** una vez al mes a las 14 h. en el Aula de Medicina Interna.

**Reunión diaria 8,15 h:** Aula del **control C** de la 4ª dcha. los lunes, el resto de los días antes de la sesión correspondiente en el Aula. Fundamentalmente se tratarán los asuntos organizativos, se transmitirá la información recibida, situación de la Sala, distribución de pacientes "periféricos", pase de guardia, etc...

**Otras sesiones:**

Se fomentará también la presencia de los miembros del Servicio en otros dos tipos de actividades de M. Interna:

- las reuniones periódicas de la Sociedad de M. Interna de Madrid y Castilla la Mancha (SOMIMACA) para presentación de casos y dirigidas a Residentes que suelen tener una periodicidad trimestral.

- Sesiones de patología autoinmune promovidas por los Servicios de M. Interna de varios hospitales de Madrid para presentación y discusión de casos clínicos, con la idea de llegar a realizar otras actividades comunes (GEAS/SOMIMACA).

## **VII. ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

---

Es otra de las funciones fundamentales y se deben establecer los mecanismos para facilitarla a todos los miembros de Servicio y debe ser prioritario implicar a los Residentes.

Conociendo el calendario de **reuniones** y **congresos**, se planteará cada año las posibilidades de enviar comunicaciones a los mismos y se presentarán previamente para conocimiento de todos, una vez realizadas. Es obligación de todos facilitar esta labor.

Es conveniente en relación a las publicaciones, su presentación a nivel general una vez realizado, y aceptado, el trabajo.

Se debe estimular la realización de los cursos de doctorado y la elaboración de los proyectos de **Tesis doctorales**. Debe ser un objetivo que en el último año se puedan iniciar estos por parte de todos los Residentes.

En cuanto a los **Ensayos Clínicos**, se deberá cumplir escrupulosamente las Normas dictadas por el Hospital.

Lo mismo debe ocurrir con los **Proyectos de Investigación**.

## **VIII. VACACIONES Y PERMISOS**

---

Se someterán a las normas dictadas por el Hospital, que se adjuntan

Para las **vacaciones de Verano, Semana Santa y Navidad**, se convocarán reuniones específicas para buscar acuerdo entre todos y que se pueda seguir

desarrollando la actividad del Servicio. Una vez conseguido el acuerdo, se enviará a la Subdirección Médica la distribución de las mismas y un cuadro con la distribución de las tareas durante esos periodos.

Fuera de ello, para los denominados **puentes**, también se harán reuniones organizativas unas semanas antes para su distribución. Una vez alcanzado el acuerdo, las peticiones de los días específicos se harán en los impresos oficiales y se enviarán de forma individual a la Subdirección Médica a través de la Secretaría de Medicina Interna.

En relación a las **reuniones científicas**, se facilitará la posibilidad de la asistencia de todos los que lo soliciten. Es conveniente que se efectúe un calendario anual o semestral para hacer una correcta planificación. Los Residentes vehicularán la solicitud a través de sus tutores respectivos. Cuando se trate de reuniones en las que el número de peticionarios sea significativo, también se harán reuniones para alcanzar un acuerdo. Es prioritario el mantenimiento de la asistencia a los pacientes ingresados y por ello debe haber un acuerdo previo entre los miembros de cada grupo de trabajo. Para las consultas, será conveniente una planificación a medio plazo para no tener que cerrar agendas. Cuando esto no pueda ser, existirá el compromiso de cambiar las citaciones desde la Secretaría, fijando las fechas, a poder ser adelantándolas, sin causar perjuicio a los pacientes.

Cuando por necesidades del Servicio no puedan asistir todos los que lo solicitan se hará una priorización en la que primará en primer lugar el protagonismo de cada uno en la citada reunión y los intereses docentes en el caso de los Residentes y se tendrá en cuenta el número de días que cada miembro del servicio ha disfrutado para estas actividades.

En el caso de los residentes, para cualquier solicitud se deberá tener el conocimiento previo del Médico con el que trabajan.

Una vez acordado quién va a asistir, se hará la petición individual a la Subdirección. Se recuerda que debe enviarse en cuanto se conozca la asistencia, en los dos meses previos al evento, y se debe incorporar a la petición los datos de la reunión y el nivel de implicación en la misma.

Los Residentes Rotantes deberán cumplir estos requisitos. Se insiste en la necesidad de que se conozca previamente a su incorporación al Servicio sus planes de vacaciones y viajes. Transmitirán esa información a los Tutores. Se podrán denegar si pueden afectar a la duración del periodo formativo.

Las normas para las vacaciones del personal de **Enfermería** se concretan desde la pagina 50 del Documento de Acogida.