

PLAN DE GOBERNANZA  
UGC MEDICINA INTERNA  
2022

UGC MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA  
SOFIA



# LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA.

## 1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.

La Unidad Clínica de Gestión de Medicina Interna tiene como **misión** prestar una atención, personalizada, integral y con garantías de continuidad a los adultos con patología de Medicina Interna. Se entiende la atención integral como la atención sanitaria que evita la fragmentación en órganos y aparatos. La formación global e integradora del internista, le otorga un papel particularmente idóneo en aquellas enfermedades o procesos que afectan simultáneamente a diversos órganos y sistemas, así como en aquellos casos de pluripatología. La polivalencia le permite adaptarse a las necesidades asistenciales cambiantes.

La Unidad procurará una correcta utilización de los recursos materiales y humanos, con el fin de cubrir las expectativas y dar la máxima satisfacción a nuestros usuarios y profesionales, así como favorecer el desarrollo docente e investigador para generar una práctica clínica de acuerdo a las mejores evidencias disponibles. Así mismo, oferta y presta cuidados enfermeros profesionales, fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a nuestros usuarios y a sus cuidadores, de forma continuada, proporcionándoles el mejor grado posible de bienestar físico, psíquico y social y ayudándoles a conseguir la máxima independencia, a través del diagnóstico enfermero y del plan de cuidados.

La **visión** de la UGC de Medicina Interna estriba en constituirse como una Unidad Clínica de Gestión excelente en la función asistencial (logrando un nivel de satisfacción elevado en los pacientes), la investigación y la docencia, mediante la contribución al desarrollo de la medicina y en concreto de la especialidad de Medicina Interna y a través de la formación de especialistas con una sólida adquisición de competencias, que lleven al servicio en particular y al hospital en general, a ser referente del Sistema Sanitario Público Andaluz y del Sistema Nacional de Salud.

Por ello esperamos:

- ❖ Alcanzar el mayor liderazgo clínico como servicio médico en el Sistema Sanitario Público Andaluz.
- ❖ Mantener la máxima eficiencia en el cumplimiento de nuestras funciones.
- ❖ Lograr la máxima calidad asistencial, docente, investigadora y gestora para ser ariete y referencia de la Medicina Interna en nuestro sistema sanitario.

El espíritu de servicio, la actualización continua, el sentido del logro y la calidad humana son los **valores básicos**, que se pueden desglosar:

- ❖ Vocación y dedicación al Sistema Sanitario Publico
- ❖ El paciente es el centro de referencia para nuestra actividad.
- ❖ El respeto a las creencias y decisiones de la persona enferma y sus allegados
- ❖ Accesibilidad a las prestaciones y asistencia humanizada.
- ❖ La continuidad asistencial.
- ❖ La búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial con afán de superación e innovación.
- ❖ La comunicación con información y transparencia.
- ❖ Experiencia, conocimientos profesionales y un uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- ❖ El liderazgo clínico responsable con seriedad, fiabilidad y credibilidad.
- ❖ Nuestro principal recurso son las personas. El respeto mutuo, trabajo en equipo y sentido de pertenencia al servicio.
- ❖ La confidencialidad e intimidad del paciente necesarias para preservar la dignidad de las personas
- ❖ El trabajo en equipo
- ❖ El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica

#### **Comisión de Dirección de la UGC de Medicina Interna.**

Esta comisión constituye el nexo de unión entre la organización y los profesionales que conforman la Unidad. Entre sus funciones destacan:

- ❖ Establecer una coordinación fluida y eficaz entre todos los estamentos de la Unidad.
- ❖ Organizar y hacer funcionar eficientemente la Unidad en base a la mejor evidencia médica y sanitaria disponible.
- ❖ Favorecer una gestión eficiente y de calidad de la Unidad.
- ❖ Tomar decisiones y realizar las recomendaciones más adecuadas para la gestión de los recursos humanos y materiales de la unidad clínica.
- ❖ Coordinar la gestión integral de los pacientes, en cuanto a sus derechos y garantías, seguridad o cuidados.

- ❖ los instrumentos necesarios para una gestión integral de la calidad, la docencia y la investigación en una unidad clínica.
- ❖ Velar por el bienestar y los derechos de todos los miembros de la Unidad.

En la actualidad dicha Comisión está constituida por:



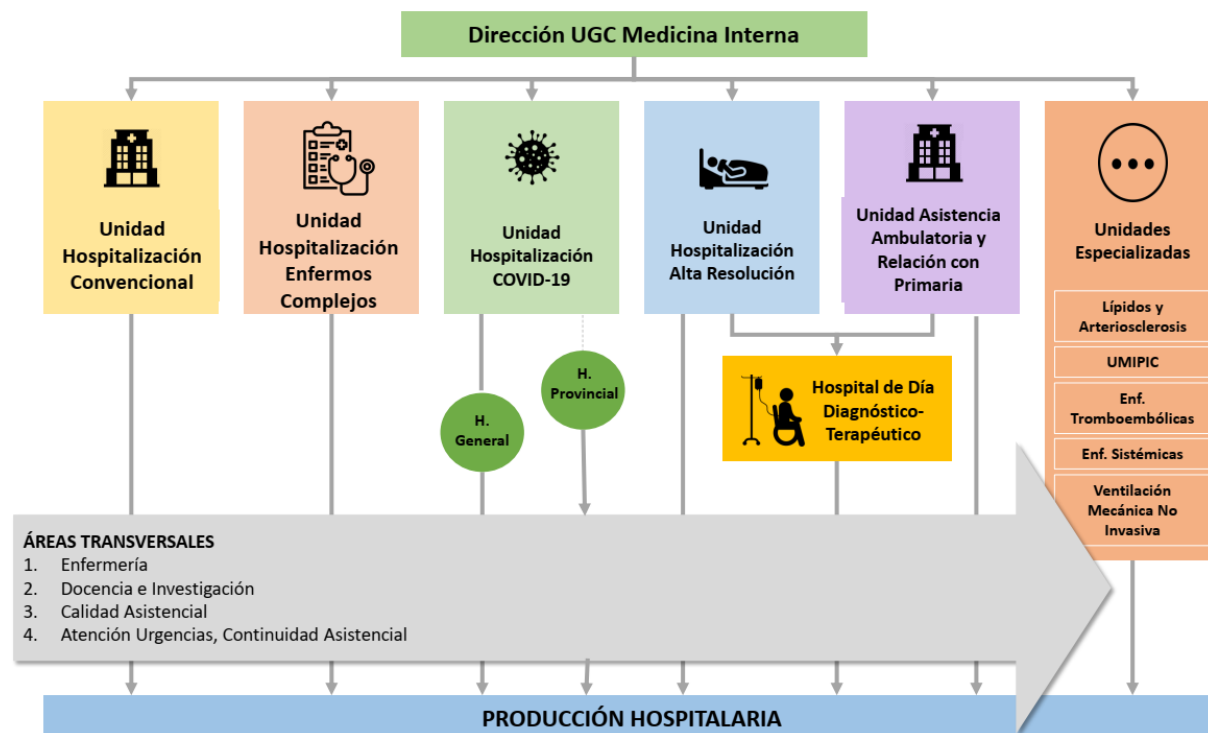
Los Responsables de Área corresponden a las siguientes áreas de: 1. Investigación, 2. Continuidad asistencial, 3. Asistencia ambulatoria.

La comisión de Dirección se reúne con periodicidad y siempre que surge algún tema extraordinario que precise de la misma.

### **COMPOSICION COMISION DE DIRECCION UGC M. INTERNA**

- Presidente: José López Miranda
- Vicepresidente: M<sup>a</sup> Angeles Turrado Muñoz
- Secretario: Javier Delgado Lista
- Vocales: Francisco Fuentes Jiménez, Pablo Pérez Martínez, M<sup>a</sup> Angeles Blanco Molina, Rafael Molero Cabrilla, Juan Antonio Ortiz Minuesa, Sonsoles Ojeda Guzmán, Gloria Cuadro Calvo, Teresa Martín Fernández, Joaquín Alfaya Tierno, María Del Carmen Vidal Gómez.

## ESQUEMA ORGANIZATIVO DE LA UGC MEDICINA INTERNA



## ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

En la actualidad, la UGC de Medicina Interna se ha organizado en diferentes Unidades, respondiendo a la demanda asistencial, a la redefinición de espacios dentro del Hospital y a los perfiles asistenciales específicos de los enfermos de nuestra especialidad. Esta organización ha tenido en cuenta, adicionalmente, el principio del apoyo mutuo entre las distintas unidades y la adscripción de los distintos médicos a cada unidad según la carga de trabajo que exista en los distintos momentos del año. Las Unidades indicadas son las siguientes:

**1. Unidad de MI General Hospital Provincial:** A esta unidad se han destinado un total de 9 facultativos, incluyendo 1 Jefes de Sección a cargo de las distintas unidades, además del apoyo de un facultativo con contrato de urgencias que completan su jornada laboral con dicha actividad. En estas áreas se atienden un alto porcentaje de los enfermos de la especialidad y disponen de un total de 100 camas. La procedencia de los enfermos es mayoritariamente de

Observación Urgencias (97%), lo que hace que su carga de trabajo fluctúe de modo importante (superior al 100%), en función de la época del año. Sus facultativos prestan además apoyo a las demandas asistenciales generadas por las especialidades ubicadas en el mismo centro, especialmente a Traumatología y Psiquiatría, como luego se indicará.

**2. Unidad de Alta Complejidad:** Atiende a los enfermos de alta complejidad y presta apoyo a los distintos servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General. Tiene 20 camas y está atendida por 1 Jefa de Sección y 3 facultativos especialistas. El 70% de los ingresos son pacientes urgentes y el 30% programados. Su labor asistencial incluye a los pacientes afectos de un proceso de diagnóstico o tratamiento complejo, con alta interacción con otros servicios y unidades, difícil de realizar cuando el paciente está ingresado en otro centro. Esta Unidad presta especial atención a la enfermedad tromboembólica, tanto en la hospitalización del propio Servicio, como el apoyo a otras Unidades del Hospital, en directo contacto con la consulta externa, específica de esta patología. Los pacientes que ingresan en dicha Unidad son fundamentalmente:

- 1.- Pacientes sin diagnóstico preciso o no evidente, con procesos no focalizados en un órgano o sistema o con enfermedades sistémicas.
- 2.- Enfermos cuya complejidad en su diagnóstico o manejo precise de la colaboración de varios especialistas.
- 3.- Pacientes ingresados por un problema quirúrgico con complicaciones médicas.
- 4.- Enfermedad tromboembólica venosa que precise hospitalización.
- 5.- Consultas dentro del programa del SAS de segunda opinión médica.

**4. Unidad de Alta Resolución (UAR):** Se ubica en la sexta Planta (módulo C) del Hospital General y está definida como una Unidad para la atención de los pacientes inestables que precisan una atención más próxima y que por las condiciones de su enfermedad podrían ser subsidiarios de una estancia hospitalaria de  $\leq 6$  días. Dispone de 16 camas y entre las patologías que se atenderán se incluyen, principalmente, las siguientes:

1. Paciente Pluripatológico frágil (el que ha reingresado 3 ó más veces en el último año).
2. Insuficiencia cardiaca descompensada.
3. EPOC descompensado.
4. Accidente isquémico transitorio o Ictus isquémico sin coma.
5. Alteraciones metabólicas o hidroelectrolíticas.
6. Neumonía.
7. Pielonefritis.

Se implantó en el año 2006, y actúa como apoyo del Servicio de Urgencias-Observación, para lo que sería de una coordinación funcional ágil con dicho Servicio, con las unidades

responsables de realizar las exploraciones complementarias y con el resto de las unidades de Medicina Interna, apoyándose en el catálogo de procesos anteriormente enumerado. Actualmente cuenta con 1 Jefe de Sección en funciones y 3 facultativos especialistas.

**5. Unidad COVID Hospital Provincial.** En esta Unidad ubicada según las necesidades de ingresos de pacientes con Covid en la planta 8 del HP, se ingresan los pacientes que requieren aislamiento por padecer una infección por Covid y además son pluripatológicos frágiles no subsidiarios en ese momento de ingreso en UCI. En esta Unidad se instaló un sistema de Videovigilancia de los pacientes centralizado en el control de enfermería para un mejor control y vigilancia de estos pacientes dadas las características de pluripatología y deterioro cognitivo que presentan estos pacientes y que requieren una vigilancia mas estrecha por video.

**6. Unidad COVID Hospital General.** Esta Unidad está ubicada según el Plan de Contingencia para atención integral del Paciente COVID en el Hospital Universitario Reina Sofia en la planta 3C del HG. En ella se atienden los pacientes que requieren aislamiento por infección Covid de MI que pueden ser subsidiarios de UCI según los criterios establecidos en el citado Plan de Contingencia.

### **7. Organización asistencial de urgencia**

Hace varios años, nuestra Unidad asumió su papel de especialidad troncal, haciéndose cargo de la atención urgente de los pacientes hospitalizados, sustituyendo la labor que anteriormente desarrollaban especialistas de endocrinología, oncología, reumatología, neumología y neurología. El total de puestos que han de cubrirse es de 3 (2 en el Hospital y 1 en el Hospital General). Para cubrir el horario de 20:00 a 8:00 existen un total de 7 facultativos y otros dos con actividad parcial. La actividad, durante la tarde, la llevan a cabo los médicos que realizan la continuidad asistencial.

### **8. Atención ambulatoria y apoyo a medicina primaria.**

Una de las Secciones de la Unidad se ocupa de la atención a los pacientes en consultas externas, a aquellos que ingresan desde Urgencias durante la jornada de mañana y las consultorías con atención primaria. Dicha labor, cuenta con 2 facultativos propios y con el apoyo del resto de facultativos del Servicio que semanal o bisemanalmente atienden una consulta propia. La carga asistencial de esta unidad incluye 4 consultas diarias y 1 consulta 3 días a la semana, en jornada de mañana, 2 consultas semanales en jornada de tarde y las consultorías bisemanales a todos los centros de salud de nuestra área asistencial. Además, se ocupa de evaluar a todos los pacientes que ingresan durante la jornada de mañana,

distribuyéndolos entre las distintas unidades asistenciales. Los pacientes que se atienden en dicha unidad incluye:

- 1.- Referidos de Primaria.
- 2.- Procedentes del Servicio de Urgencias.
- 3.- Interconsultas de otros Servicios.
- 4.- Pacientes de revisión de la propia Unidad.

### **9. Hospital de Día Médico.**

En mayo de 2011 comenzó a funcionar de forma operativa la nueva unidad de Hospital de día Médico (en adelante HDM) integrado en la UGC de medicina Interna. Con la creación de esta Unidad se pretende diagnosticar en el menor tiempo posible aquellos pacientes con sospecha de patología subyacente grave, generalmente neoplásica, y aquellos con anemias ferropénicas y necesidad de estudios endoscópicos. Existe un Facultativo responsable de esta Unidad. La tipología y las patologías más frecuentes de los pacientes subsidiarios del HDM, son los siguientes:

#### TIPOLOGÍA DEL PACIENTE SUBSIDIARIO DE INGRESO

- 1-Pacientes no pluripatológicos y en situación clínica estable.
- 2-Pacientes con pluripatología previa pero en situación clínica estable, sin demencia severa, con mínima autonomía para poder desplazarse en el recinto hospitalario, y sin necesidad de medicación intravenosa.

#### PROCEDENCIA DEL PACIENTE SUBSIDIARIO DE INGRESO

- 1-Consultas externas de Medicina Interna
- 2-Pacientes ingresados en planta de Medicina Interna, en situación clínica estable, que quedan pendientes de alguna prueba complementaria y puede realizarse ambulatoriamente.

#### PATOLOGÍAS SUBSIDIARIAS DE ESTUDIO

- 1-Síndrome constitucional y/o sospecha de neoplasia por datos clínicos o analíticos, en los que la demora diagnóstica pueda suponer un avance de la enfermedad.
- 2-Anemias ferropénicas con necesidad de estudio digestivo endoscópico.
- 3-Síndrome febril de duración intermedia en paciente inmunocompetente.

### **Relación con Atención Primaria**

La realización conjunta con Atención Primaria, de protocolos básicos y sencillos de actuación de determinada patología que podría asumir o que pudieran derivar en las mejores



condiciones, así como, definir los requisitos básicos para remitir a los pacientes desde Atención Primaria a nuestro Servicio y viceversa.

Así y a través de las hojas de registro, definiremos de forma cuantitativa y cualitativa, la patología más frecuente que se demanda, incluso si esta es genérica al Área o concreta en una población, iniciando un protocolo de mutuo acuerdo con las Zonas Básicas y una formación adecuada interniveles (Formación Continuada), que será coordinada por la figura del Especialista Consultor, del que hablaremos más adelante. Los resultados se evaluarán anualmente.

En la actualidad hemos protocolizado con determinados Servicios hospitalarios los criterios de remisión de pacientes, en especial con el Servicio de Urgencias, que es uno de los grandes generadores de demanda de consulta, por otra parte lógica dado que presta asistencia a un gran número de pacientes. En este caso no solo hemos protocolizado la patología y criterios de derivación (anemias, síndrome febril, síndrome constitucional, TVP, enfermo pluripatológico, etc.) sino además los tiempos de respuesta de forma que la gran mayoría (>95%) de estos enfermos serán atendidos en un tiempo inferior a una semana (consulta preferente).

### **Relación con otros Servicios Clínicos del Hospital**

El sistema de interrelación de los distintos servicios hospitalarios con actividad clínica es la hoja de consulta o Interconsulta. Esta forma de comunicación entre servicios es la convencionalmente implantada en los hospitales públicos. Forma parte de la actividad asistencial, reglada o urgente, de cualquier UGC. Su importancia viene subrayada por el hecho de que la propia solicitud implica una petición de ayuda de un facultativo de otra unidad clínica para resolver una situación que, de otra manera, no sería capaz de solucionarla. Aunque, fundamentalmente en hospitales de tercer nivel, como el nuestro, con el auge de las Subespecialidades y Superespecialidades, se está asistiendo a una sobreutilización de este recurso, en nuestro medio el uso de la Interconsulta se hace habitualmente de una manera racional y sin excesos. Con ese margen de confianza, la UGC de Medicina Interna debe cubrir esta importante faceta asistencial de una forma rápida y eficaz.

### **INTERCONSULTA DE OTROS SERVICIOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

#### **1. URGENTE.**

Se contestará de forma relativamente inmediata, en base a la gravedad objetiva y demanda asistencial, y siempre el mismo día de la solicitud. Durante el horario de 8 a 15 horas (lunes a viernes) el responsable es el facultativo asignado a hospitalización según el turno

correspondiente. El resto de los días y horas se asume por el facultativo de guardia que atiende la planta de hospitalización.

## 2. REGLADA O PREFERENTE.

Se responderá en un plazo máximo de 24 horas desde el momento de la entrada al Servicio.

### a) Distribución.

- Las dirigidas a Medicina Interna se contestarán por un facultativo de planta por orden alternativo
- Registro interno. Para un conocimiento cuantitativo de las interconsultas se procede a un Registro de entradas

## INTERCONSULTAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA A OTRAS UNIDADES CLÍNICAS

Se registrará por la administrativa de planta la fecha de salida, el facultativo que solicita la Interconsulta y la Unidad Clínica dónde se dirige.

### **Relación y Coordinación con los Servicios Centrales del Hospital.**

La comunicación, información, coordinación y relación con estos servicios o unidades debe ser parte de la gestión llevada a cabo por un Servicio Clínico. En un marco de evaluación coste/beneficio y de la consecución de la máxima eficiencia, los servicios centrales juegan un papel primordial para la obtención de objetivos de calidad y cantidad mutuos. Es imprescindible, pues acometer conjuntamente la idoneidad de procedimientos diagnósticos, que por su número o por su coste unitario aconsejen irse evaluando. Se trata de establecer unas pautas de análisis conjunto, entre el Servicio Central correspondiente y la UGC de Medicina Interna, de la variabilidad de estilos de práctica a nivel de cada facultativo de Medicina Interna, su adecuación respecto a estándares de buena práctica y la validación de indicadores de calidad específicos por patologías o pruebas.

## **UNIDADES ASISTENCIALES ESPECIALIZADAS**

### **1. UNIDAD DE LIPIDOS Y ARTERIOSCLEROSIS.**

### **2. UMIPIIC**

### **3. UNIDAD DE ENFERMEDADES TROMBOEMBOLICAS**

### **4. UNIDAD DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

### **5. UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA**

### **6. UNIDADES COVID HG Y HP**

## CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGC DE MEDICINA INTERNA.

### ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA.

#### Secciones:

- ❖ Unidad de enfermos complejos del Hospital General (6ªC)
- ❖ Unidad de alta resolución del Hospital General (6ªC)
- ❖ Unidades COVID HG y HP
- ❖ Unidad de hospitalización del Hospital Provincial (8ª y 9ª)
- ❖ Interconsultas hospitalarias

#### Procesos clínicos:

- ❖ Paciente con alto riesgo cardiovascular
- ❖ Paciente pluripatológico
- ❖ Procesos prevalentes de otras especialidades médicas, en las que participa en su atención medicina interna (ACVA, insuficiencia cardiaca, EPOC, neumonía, AIT, anemias)
- ❖ Enfermedad tromboembólica venosa.
- ❖ Infección por COVID-19
- ❖ Problemas médicos de los pacientes quirúrgicos o de las diferentes especialidades médicas
- ❖ Enfermedades huérfanas de difícil adscripción. Enfermedad de Gaucher, Von Hippel Lindau, etc
- ❖ Procesos frecuentes en el ámbito hospitalario, fundamentalmente en personas mayores
- ❖ Síndrome febril prolongado.
- ❖ Síndrome febril sin foco evidente. Fiebre de origen desconocido
- ❖ Hiperlipemias genéticas y complejas
- ❖ Pacientes con patologías médicas de difícil adscripción a un órgano o aparato. Enfermedades sistémicas.
- ❖ Enfermedades metabólicas. Síndrome metabólico.
- ❖ Ventilación Mecánica no invasiva (VMNI), tanto BIPAP como CPAP en pacientes con insuficiencia cardiorrespiratoria.

## CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA.

### Consultas médicas:

Además del manejo de la patología anteriormente descrita, característica de una Unidad de Medicina Interna como la nuestra, tenemos especial interés en ciertas áreas como son: el paciente de alto riesgo cardiovascular, la Enfermedad Tromboembólica venosa, la Enfermedad de Gaucher, la Insuficiencia cardíaca y el paciente con EPOC.

Existen varias modalidades de consultas en la UGC de Medicina Interna:

- ❖ Consulta Externa: cuya agenda está configurada de forma que se garantiza el Decreto sobre atención ambulatoria en las especialidades para pacientes nuevos en menos de 30 días.
- ❖ Consulta de M. Interna en los Centros de Salud: concebida para fomentar y estrechar lazos entre ambos niveles asistenciales, comentar casos clínicos compartidos, apoyar la formación continuada y seleccionar las derivaciones necesarias. Tienen una periodicidad mensual y se mantienen los martes y jueves en horarios de formación continuada para los facultativos de Atención Primaria.
- ❖ Consulta de Manejo Integral de pacientes con insuficiencia cardíaca (UMIPIC). Se siguen a pacientes con IC tras hospitalización con el objetivo de evitar rehospitalizaciones.
- ❖ Consultas telefónicas: consultas de temas concretos, dudas sobre derivaciones, sobre manejo o diagnóstico/terapéuticas, efectuadas desde AP a los facultativos que pasan la consulta de Medicina Interna a diario.
- ❖ Consultas por e-mail: con finalidad similar a las telefónicas y a las que tenemos acceso todos los facultativos de Medicina Interna que dispongan de correo electrónico corporativo.
- ❖ Consulta de enfermería: donde desarrolla su actividad la enfermera de nuestra Unidad.
- ❖ Hospital de día diagnóstico donde se gestionan y priorizan pruebas complementarias ambulatorias en determinados procesos prevalentes de consultas para facilitar y acelerar su proceso diagnóstico.



*Consulta “tipo” de Medicina interna (foto izquierda) y sala de espera (foto derecha) ubicada en la 2ª planta del edificio de Consultas externas del HURS.*

### **CONSULTA DE ENFERMERÍA:**

La cartera de servicios de la enfermera de consultas externas de la UGC son las siguientes:

- ❖ Medida Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA). ECG.
- ❖ Doppler: para el despistaje de la arteriopatía periférica y cálculo del índice tobillo/brazo.
- ❖ Educación nutricional para la salud: donde se realizan cuestionarios de frecuencia de alimentos, registros dietéticos de 3 días y educación sobre alimentación saludable para los pacientes que lo precisen.
- ❖ Educación diabética: utilización de los distintos tipos de bolígrafos de insulina y recomendaciones dietéticas y de estilo de vida para los pacientes diabéticos.
- ❖ Medidas antropométricas: impedanciometría bioeléctrica, medición de pliegues cutáneos y perímetro de cintura y cadera.
- ❖ Test funcionales: test de estimulación con ACTH, test de sobrecarga con glucosa, test de sensibilidad a la insulina, sobrecarga intravenosa de glucosa, sobrecarga de metionina para despistaje de hiperhomocisteinemia.
- ❖ Ecografía de carótida para medición del complejo IMT.
- ❖ Extracción y Procesamiento de las muestras biológicas de los diferentes Ensayos/estudios clínicos en los que participa la UGC.
- ❖ Supervisión de las analíticas y pruebas complementarias que son recibidas en las consultas externas de la UGC.

- ❖ En la consulta de Manejo Integral de pacientes con insuficiencia cardiaca (UMIPIC). Se realiza educación al paciente con IC, enfatizando en la importancia del control del peso, se educa a los cuidadores sobre el ajuste de las dosis de diuréticos e identificación de síntomas y signos de alarma.

## **PLANES DE CUIDADOS RELACIONADOS CON EL PROCESO CLÍNICO Y CON LAS NECESIDADES Y RESPUESTA AL ENFERMO Y SU FAMILIA.**

- ❖ Para pacientes afectos de insuficiencia cardiaca
- ❖ Para pacientes afectos de ictus
- ❖ Para pacientes afectos de AIT
- ❖ Para pacientes afectos de EPOC
- ❖ Para pacientes afectos de neumonía
- ❖ Para paciente con proceso pluripatológico
- ❖ Para pacientes intervenidos de fractura cadera
- ❖ Individualizados para todas aquellas patologías que no tengan planes de cuidados estandarizados.

### **Procedimientos Asistenciales Hospitalarios**

Manual de procedimientos y protocolos generales establecidos en el centro.

### **Protocolos asistenciales**

- ❖ Protocolo de utilización de VMNI
- ❖ Guía para el manejo del paciente con infección por Covid-19
- ❖ Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión
- ❖ Guía de cuidados del paciente hemipléjico
- ❖ Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas
- ❖ Manual de exploraciones en medicina nuclear
- ❖ Guía de cuidados accesos venosos centrales
- ❖ Guía y manejo de muestras para determinaciones microbiológicas
- ❖ Guía para la administración segura de medicamentos
- ❖ Manual de Manejo integral del paciente con insuficiencia cardiaca crónica". 2ª edición. 2012.

- ❖ Guía para el uso e indicaciones de Neurolépticos en pacientes con Agitación y Sd. confusional agudo.

## 2.5. DOCENCIA

### Pregrado:

Formación de pregrado dentro del departamento de Medicina de la Facultad de Medicina y Enfermería:

	Asignatura	Carácter	Créditos ECTS	Curso
GRADO	Introducción a la Patología: Parámetros Vitales y Soporte Vital Básico	obligatoria	3	1º
	Patología General, Semiología Clínica y Medicina de Familia y Comunitaria	obligatoria	9	2º
	Enfermedades Endocrino-Metabólicas	obligatoria	6	3º
	Nutrición	obligatoria	3	4º
	Urgencias, Emergencias e Intoxicaciones	obligatoria	6	5º
	Integración Clínica: Enfermo Pluripatológico	Obligatoria	6	5º
	Rotatorio Medicina de Familia	Obligatoria	9	6º
	Rotatorio de Medicina	obligatoria	12	6º

### Postgrado:

Formación a médicos residentes de Medicina Interna y de las Especialidades Médicas que incluyen en su formación la rotación por Medicina Interna.

Formación a médicos de Atención Primaria en programas de Formación Continuada (lípidos, ETEV).

#### **1.- Máster de Nutrición y Metabolismo:**

- ❖ Nutrigenómica
- ❖ Nutrición y envejecimiento

#### **2.- Máster de Investigación Biomédica Traslacional**

- ❖ Nutrigenómica

#### **3.- Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias**

#### **4.- Máster en Olivicultura u Olaiotecnia**



Posibilidad de realizar tesis doctorales con mención de Doctorado Europeo

Participación en el Máster de Insuficiencia cardiaca. SEMI. Universidad de Barcelona.

Participación en el Máster de Enfermedad Cardiovasculares. SEMI. Universidad de Barcelona.

Participación en el Máster de Diabetes. SEMI. Universidad de Barcelona.

### **Investigación.**

Grupos del Plan Andaluz de Investigación:

- Interacción genes-ambiente (CTS 525)
- Nutrición y enfermedad (CTS 212)

IMIBIC: Dirección científica (Prof. Pérez Martínez)

Ensayos clínicos: CordioPrev, Predimed Plus, Probióticos como ensayos clínicos independientes y ensayos clínicos en Fase II y III en áreas relacionadas con las hiperlipemias genéticas, la enfermedad cardiovascular, Diabetes tipo 2, HTA, EPOC y ETEV.

Proyectos europeos (NUTRITECH, FAME, POWER2DM)

### **Asesoría a la administración pública.**

- ❖ Fondo de Investigaciones Sanitarias
- ❖ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
- ❖ Ministerio de Economía y Competitividad
- ❖ ANECA
- ❖ ANEP

### **Actividad en el Consejo Asesor, comité editorial o como revisores de revistas científicas.**

- ❖ Metabolism Clinical and Experimental (Member of Editorial Board)
- ❖ Medicina Clínica (comité de expertos)
- ❖ Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (comité editorial)
- ❖ European Journal of Clinical Investigation
- ❖ BBA
- ❖ Journal of Lipid Research
- ❖ Atherosclerosis
- ❖ British Journal of Nutrition
- ❖ The Lancet

- ❖ New England Journal of Medicine
- ❖ Diabetologia
- ❖ Diabetes
- ❖ Journal of Nutritional Biochemistry
- ❖ Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease
- ❖ Journal of Nutrition
- ❖ Journal Clinical Endocrinology and Metabolism
- ❖ American Journal of Clinical Nutrition
- ❖ Clinical Endocrinology
- ❖ Plos-ONE
- ❖ Molecular Nutrition and Food Research
- ❖ International Journal of Obesity
- ❖ Revisor de Revista Clínica Española

#### **Actividad como miembros de Juntas Directivas de Sociedades Científicas.**

Sociedad Española de Arteriosclerosis

Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Sociedad Andaluza de HTA y riesgo vascular

Sociedad Española de Medicina Interna:

- ❖ Grupo de trabajo de Insuficiencia cardiaca
- ❖ Grupo de trabajo de ETEV
- ❖ Grupo de trabajo de obesidad y diabetes
- ❖ Grupo de trabajo de lípidos

#### **Catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias.**

- ❖ Genotipaje de apolipoproteínas para diagnóstico genético
- ❖ Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)
- ❖ Biopsia grasa
- ❖ Test de sobrecarga grasa
- ❖ Test de resistencia a la insulina
- ❖ Estudio no invasivo mediante Láser-Doppler de la función endotelial

- ❖ Ecografía carotídea para estudio grosor intima-media
- ❖ Test de sobrecarga con Metionina, para la detección de las hiperhomocisteinemias Índice tobillo-brazo mediante doppler
- ❖ Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos
- ❖ Registros alimentarios
- ❖ Impedanciometría bioeléctrica

## 2.6. LÍNEAS ASISTENCIALES PRIORITARIAS DE LA UGC DE MEDICINA INTERNA.

Además de ofrecer la atención propia a todos los pacientes de la especialidad de Medicina Interna, la UGC debería poner especial énfasis en ciertas áreas en las que se conjugan, de una parte, la motivación de los miembros de la UGC y, por otra, las líneas prioritarias del Servicio Andaluz de Salud y del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En concreto, nuestras áreas de especial interés son:

**Enfermedades Metabólicas y Nutrición:** El origen de esta área es múltiple:

- ❖ Motivos históricos, en relación a que son áreas de interés, desde hace años, de varios miembros del equipo.
- ❖ Creciente impacto social de atención a diversas enfermedades del metabolismo, en que el consejo o el tratamiento dietético juegan un papel importante: hiperlipemias, obesidad, HTA, diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico.

Desde hace tiempo, en esta área existe una relación directa entre la labor asistencial propiamente desarrollada en la Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis y la labor Investigadora centrada en la Nutrición, Alimentación Mediterránea y sus efectos sobre la salud así como en los factores genéticos que condicionan y determinan el grado de respuesta a la dieta en los diferentes factores de riesgo.

**Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis:**

La creciente problemática de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares nos ha conducido a un planteamiento específico de manejo integral de los enfermos con un riesgo elevado de desarrollo de eventos cardiovasculares. Este grupo de enfermos que requiere una valoración global del riesgo cardiovascular incluye a los siguientes procesos:

- ❖ Enfermos que ya han presentado una manifestación clínica de la enfermedad arteriosclerótica.
- ❖ Pacientes con hiperlipemias genéticas severas que aumentan el riesgo de cardiopatía isquémica y/o pancreatitis aguda
- ❖ Hipercolesterolemia familiar
- ❖ Hiperlipemia familiar combinada
- ❖ Disbetalipoproteíemia
- ❖ Hipertrigliceridemia familiar

- ❖ Hiperlipoproteinemias tipos I y II
- ❖ Enfermos con Diabetes Mellitus tipo 2.
- ❖ HTA
- ❖ Pacientes con enfermedad cardiovascular prematura
- ❖ Pacientes con múltiples factores de riesgo.
- ❖ Pacientes con alto riesgo cardiovascular que precisen de estudio de arteriosclerosis subclínica. En este sentido es objetivo prioritario continuar y potenciar la realización de ecografías carotídeas en el modelo de consulta de acto único para medir el grosor íntima-media en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio (10-20%) a los diez años con el objetivo de identificar a aquellos que presentan un engrosamiento del grosor de la íntima-media arterial indicativo de una arteriosclerosis subclínica con importantes repercusiones pronósticas a corto, medio y largo plazo. En este grupo de enfermos en virtud de las evidencias científicas actuales se deben considerar como enfermos de alto riesgo cardiovascular y por consiguiente los objetivos terapéuticos de tratamiento de los factores de riesgo asociados deben ser más exigentes.

La Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis, en el seno de la UGC de Medicina Interna participa de forma activa en los grupos nacionales e internacionales para la detección e identificación genética de los casos con hiperlipemia e hipercolesterolemia familiar (MED-PED y Fundación Hipercolesterolemia Familiar). En el caso de la Fundación Hipercolesterolemia familiar de la cual somos socios fundadores y miembros del comité científico se encuentra involucrada en la identificación genética de todos los casos de hipercolesterolemia familiar tanto en nuestra provincia como en toda España. Esta búsqueda activa se debe a la alta prevalencia de esta enfermedad (0,5% de la población general) a la alta incidencia de enfermedad coronaria en estos pacientes (50% en la cuarta-quinta década de la vida) y a la existencia de un tratamiento adecuado que reduce y minimiza el alto riesgo cardiovascular de estos enfermos. Además la Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis participa como socio fundador de Consorcio Europeo LIPGEN establecido para el desarrollo del proyecto de investigación europeo “Diet, genomics, and the metabolic syndrome: an integrated nutrition, agro-food, social and economic analysis” en que que participamos junto a otros 20 grupos de investigación de varios países europeos y en el consorcio NUTRITECH “Application of new technologies and methods in nutrition research – the example of phenotypic flexibility” junto con otros 23 grupos de investigación europeos e internacionales y de los proyectos europeos POWER2DM Y FAME

La **Diabetes Mellitus tipo 2** constituye una de las enfermedades metabólicas más importantes y prevalentes de nuestra área. Los pacientes con diabetes tipo 2 presentan un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares que pueden ser prevenidas con un abordaje y un manejo integral desde todos los agentes involucrados en el tratamiento de estos enfermos. Nuestro sistema sanitario andaluz ha definido los criterios de calidad en la atención integral del proceso de los enfermos que presentan una diabetes tipo 2. Por ello, debe ser uno de los objetivos prioritarios del Servicio de Medicina Interna la implantación de dicho proceso en nuestra área sanitaria de referencia asegurando la continuidad asistencial de estos enfermos en coordinación con atención primaria y con los diferentes especialistas implicados en el tratamiento directo o de las complicaciones que pueden presentar estos enfermos (Cirujanos generales y cardiovasculares, oftalmólogos, etc.). En este sentido estamos participando en un Consorcio Europeo con el fin de buscar nuevas herramientas que mejoren el manejo del paciente con Diabetes tipo 2

#### **Atención a las Enfermedades Agudas de los Pacientes Pluripatológicos:**

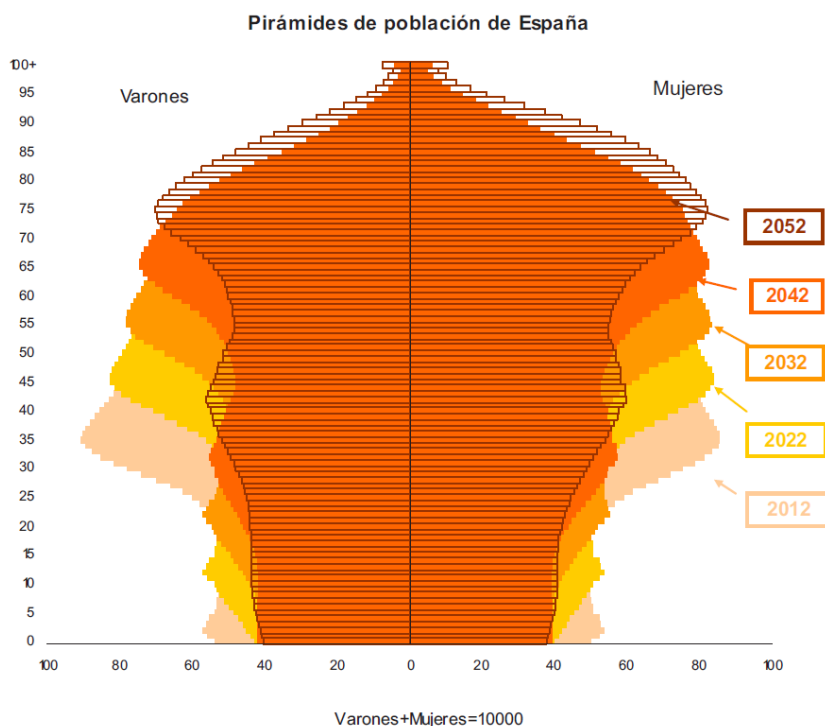
El aumento progresivo de la esperanza de vida de la población, con el envejecimiento creciente de la misma, conduce a que un mayor porcentaje de la población de edad avanzada requiera atención médica por problemas agudos. Ello nos conduce, directamente, a planificar la conexión con los centros geriátricos, las residencias asistidas y todas las unidades de apoyo y atención domiciliaria, con el fin de permitir una atención ágil, personalizada, eficaz y que, en todo momento, sea respetuosa con la voluntad de los pacientes. Todo ello será más fácil si existe una buena relación con los Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria de los *Centros de Atención Primaria* (CAP) y de las *Áreas Básicas de Salud* (ABS). Además, para complementar la atención a este grupo de pacientes, en particular a los que presentan enfermedades crónicas y con limitaciones importantes de su movilización. En conjunto, esta área responde a una necesidad social generalizada que afecta a todos los estratos sociales. En este sentido creemos que es fundamental que el envejecimiento se acompañe de dignidad tanto física como psíquica.

Una gran parte de los enfermos que tratamos sufren más de una enfermedad y, a su vez, cada una le afecta a más de un órgano. Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario. El término enfermo pluripatológico se utiliza asiduamente al referimos a anciano frágil, a enfermos polimedicados, a pacientes hiperfrecuentadores, o a reingresadores en los Hospitales y, aunque no es sinónimo de ninguno de estos conceptos, constituye el núcleo esencial de cada una de estas realidades. No existe una definición universalmente aceptada de paciente pluripatológico,

aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos exclusivamente a la presencia de más de una enfermedad, sino a un paciente con una especial fragilidad clínica por la concurrencia de determinados procesos. Así, es fácil reconocer como características de estos pacientes la presencia de:

- ❖ Enfermedades que el sistema sanitario no cura.
- ❖ Enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro.
- ❖ Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- ❖ Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- ❖ Riesgos múltiples secundarios de sufrir patologías interrelacionadas.

En el ámbito de la Atención Especializada, la relación con los pacientes es por episodios y el proceso natural de evolución en su estructura asistencial es la superación de los servicios jerarquizados por una progresiva especialización con unidades monográficas. Desde el Hospital se observa, no obstante, que cada vez en mayor medida los pacientes presentan varios episodios simultáneamente y que un número significativo de éstos se "descontrolan" precisamente porque el modelo de unidad especializada no es capaz de dar una respuesta integral a los mismos. En este sentido estamos trabajando en implantar el **Proceso del Enfermo Pluripatológico en la UGC de Medicina Interna** con el objetivo de evitar la frecuentación de dichos pacientes del Servicio de Urgencias y disminuir el número de reingresos de dichos pacientes con una actuación adecuada. El paciente pluripatológico plantea importantes obstáculos para el nivel Primario, al presentar especiales dificultades para manejar diferentes problemas de salud, habitualmente con distinto grado de compensación, y para acceder, de forma rápida, a interconsultas y medios diagnósticos. El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una atención sustentada en la integralidad sociosanitaria y en la atención compartida entre el nivel Especializado y Primario. Pensamos que la estructuración de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico podrá modificar el curso natural de la enfermedad, mejorando el nivel de salud de estos pacientes.



Otras de las líneas en las que se está trabajando activamente en los últimos años por algunos miembros de la Unidad es en el **Programa de Promoción del Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC)**. Dicho programa plantea los siguientes objetivos específicos:

1. Disminuir la tasa de reingresos y visitas a Urgencias.
2. Reducir el número de consultas a especialistas.
3. Disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes.
4. Mejorar la calidad de vida del enfermo con insuficiencia cardíaca.
5. Garantizar la continuidad asistencial en estrecha relación con Atención Primaria.

Las **enfermedades sistémicas** constituyen una línea asistencial prioritaria en nuestra UGC. La Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) está incluida en la Sección de Alta Complejidad y está acreditada en base a criterios asistenciales, docentes y de investigación por el Grupo de Trabajo en EAS (GEAS de la SEMI) con el nivel IB Unidad Asistencial, desde el 30 de septiembre de 2013.

**Infección por COVID-19.** El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular de China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado



común hasta cuadros de neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico.

La abrumadora incertidumbre que existía en este momento sobre el comportamiento de la infección, el manejo clínico y el tratamiento, obligaron a las sociedades científicas, las unidades clínicas de muchos hospitales y al propio Ministerio de Sanidad, a elaborar una serie de recomendaciones para el manejo práctico de estos pacientes. Por este motivo, ya en febrero de 2020, en el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS), se creó un grupo de trabajo, el Comité Clínico COVID-19, liderado por la Dirección Médica e integrado por responsables de las unidades de gestión clínica (UGC) principalmente involucradas en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes con sospecha o infección COVID-19 confirmada. Se redactaron protocolos clínicos de actuación que se versionaron en función de las evidencias científicas, la evolución epidemiológica y las directrices del Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud. Además, se crearon el Comité de tratamiento, Comité específico de ética y planes e contingencia estratégica organizativa y estructural del hospital.

Medicina Interna, desde el inicio, fue y sigue siendo piedra angular en cada uno de estos grupos de trabajo y es protagonista en la redacción del protocolo clínico y el diseño de las unidades de hospitalización no críticas COVID-19. Por consiguiente, esta es una de las líneas asistenciales prioritarias en nuestra Unidad y por ello además de participar de forma destacada en la redacción y diseño de los protocolos clínicos asistenciales de nuestro Hospital en esta enfermedad hemos establecido un plan funcional específico en nuestro Servicio para la atención de los paciente con infección por Covid-19.

Finalmente, otra de las líneas prioritarias de nuestra Unidad lo constituye el **manejo de la Enfermedad tromboembólica**. En la actualidad contamos con una consulta monográfica sobre dicha patología y dos miembros de nuestra UGC participan como investigadores en el Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad TromboEmbólica (RIETE), que es un proyecto multidisciplinar iniciado en marzo del 2001, y que consiste en la obtención de un registro de datos de una serie amplia de pacientes consecutivos con enfermedad tromboembólica venosa. La finalidad de este proyecto es contribuir a mejorar la asistencia a los pacientes con enfermedad tromboembólica.

## **SISTEMA EVALUACION DE PROFESIONALES. DESPLIEGUE POR OBJETIVOS.**

Todos los años se negocian los objetivos asistenciales, docentes y de investigación de la UGC con la dirección gerencia del Hospital. Los objetivos planteados por la dirección gerencia del HURS son discutidos por la comisión de dirección de la Unidad haciéndose partícipes a todos los miembros de la misma para que hagan sus aportaciones. Una vez analizadas todas las aportaciones en Comisión de Dirección se plasman en un acuerdo de gestión que es firmado por todos los componentes de la Comisión de Dirección de la UGC. Este acuerdo de gestión es comunicado y entregado a todos los miembros de la Unidad procediéndose a establecer los objetivos individuales de cada uno de los miembros mediante un despliegue de objetivos caracterizado por establecer los objetivos individuales de cada uno de los profesionales de la UGC así como los sistemas y criterios de evaluación que siempre son idénticos a los que se establecen en el acuerdo de gestión de la UGC con la dirección gerencia del HURS.

A lo largo de todo el año los profesionales reciben la información del estado de cumplimiento de dichos objetivos con la misma periodicidad que dicha información es recibida en la UGC por parte de los sistemas de información del Hospital y del Sistema de seguimiento de los acuerdos de gestión establecido en el Hospital. En aquellos objetivos en los que se dispone de información individual (Farmacia, consultas y hospitalización), la información es transmitida con carácter individual para su análisis y discusión con el responsable asistencial.

Al final de cada año se procede a realizar un proceso de evaluación individual basado en los datos de resultados obtenidos individualmente en los objetivos que previamente se habían establecido y de los que se tiene información individual de cada uno de los profesionales. El proceso de evaluación individual basada en los objetivos individuales y en los resultados obtenidos son la base que se utiliza en la puntuación individual del CRP individual cada año.