INFORMACION PARA FUTUROS RESIDENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL RAMON Y CAJAL.

www.madrid.org/hospitalramonycajal/medicinainterna

LO QUE DEBES CONOCER SI QUIERES INCORPORARTE COMO RESIDENTE A NUESTRO SERVICIO

Te incorporas a un servicio que realiza una labor clínica de la mayor calidad y eficiencia y con un gran nivel de exigencia.

Gozarás de un buen ambiente para desarrollar tu trabajo.

Te ofrecemos una estructura y una organización asistencial, docente e investigadora que va a posibilitar que te conviertas en un especialista competente. Conocerás todas las áreas del servicio y podrás trabajar con todos sus miembros. También insistir en el conocimiento de algunas patologías de manera más monográfica sin perder la visión generalista de la especialidad.

Dispondrás también de una potente estructura docente en el propio hospital con unos medios docentes y una biblioteca de gran calidad.

Podrás completar tu propio programa de formación con periodos de rotación en otros hospitales de primer nivel, tanto nacionales como extranjeros.

Tendrás acceso al aprendizaje de las técnicas que se aplican en el servicio.

Existe la posibilidad de desarrollar un periodo muy completo de estudio de las enfermedades infecciosas con el pacto que tenemos establecido con el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital.

Realizarás guardias de presencia física tanto en la planta de hospitalización como en el servicio de urgencia.

Podrás desarrollar tus capacidades comunicativas con tus propias presentaciones y con los debates que se establecen en las distintas sesiones del servicio.

Se te facilitará la asistencia a cursos externos de interés y a los congresos de la especialidad o relacionados con la misma.

Desarrollarás tus capacidades docentes con los alumnos de pregrado y con tus compañeros residentes de años inferiores.

Podrás iniciarte en los fundamentos de la investigación clínica, incorporarte a las distintas líneas de investigación que se desarrollan en el servicio e incluso de la básica con los miembros del laboratorio de investigación del propio servicio. Tendrá sus frutos a nivel de presentaciones a congresos, publicaciones, realización de la Suficiencia Investigadora e incluso para la realización de un trabajo de Tesis Doctoral.

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

INDICE

I. INTRODUCCIÓN ……. Pag 2

II. ESTRUCTURA DEL SERVICIO …….Pag 2

1. **Recursos Humanos**
2. **Estructura física**

III. ORGANIZACIÓN ……. Pag 3

1. **Trabajo Diario. Cronograma**
2. **Sala**
3. **Acogida del paciente que ingresa. Valoración del riesgo social**
4. **Responsablidades 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**

IV. DOCENCIA DE PREGRADO ……. Pag 11

V. DOCENCIA DE RESIDENTES ……. Pag 12

1. **Protocolo docente**
2. **Residentes Rotantes**

VI. ACTIVIDADES CONJUNTAS. SESIONES … Pag 14

VII. ACTIVIDAD INVESTIGADORA ……. Pag 15

VIII. VACACIONES Y PERMISOS ……. Pag 15

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, 8 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

3 Supervisores, 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 3 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 Insuficiencia Cardiaca 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. 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

Están constituidos **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 Hª 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 Hª 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 Hª clínica, que conlleva

- Redacción de los comentarios de la Hª 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 Hª.

- 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 momentio, 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 valorara 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 unos 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 cardiaca) 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 cardiaca, 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 revaluará 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 Hª. 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 Hª de ingreso

Toda la información recogida en la Hª del ingreso deberá haber sido contrastada directamente por el residente que lleve a cabo la Hª. Por tanto, en ningún caso, se aceptará que se copie los contenidos de la Hª 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 (busca 402) 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 diagnostico de insuficiencia cardiaca y la adscripción de los mismos, si cumplen los criterios, a la Unidad de Insuficiencia cardiaca 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 ambulante.

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. Servicio de Cardiología Pediátrica: Unidad de cardiopatias congénitas.
e. Grupo multidisciplinar patología pulmonar.
f. Grupo multidisciplinar de EAS.

10. Guardia de Medicina Interna

Diariamente hay un Medico del Servicio con Guardia de presencia física (busca 395). 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 (: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, pags 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 ambulante 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 cardiaca y Riesgo vascular del Anciano** así como la **Consulta Monográfica de Enfermedades Autoinmunes.**

El Horario de atención a los pacientes de consulta comienza a las 9H.

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-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					
10 a 11		Olivia	Manzano	Nava	Leticia	10 a 11	Calleja	Pinto	Diz	Calleja	Moreno
11 a 12		Olivia	Manzano	Nava	Leticia	11 a 12	Calleja	Pinto	Diz	Calleja	Moreno
12 a 13		Olivia	Manzano	Cobo		12 a 13	Calleja	Andres	Diz	Calleja	
13 a 14	Pilares		Vivancos	Cobo		13 a 14	Calleja	Andres	Diz	Calleja	
14 a 15	Pilares		Vivancos	Cobo		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						9 a 10					
10 a 11		Ruedas		Ruedas		10 a 11		Echaniz		Patier	X - 01
11 a 12		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 citaciones de segundas visitas se hace 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 Secretarias 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 las 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 Secretarias. 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.
Colaboran en la hospitalización otro médico de plantilla y 2 MIR.

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 Hª clínica.

En ocasiones se le asignará, por motivos exclusivamente docentes, la realización de la Hº 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 Hª 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. Periodos 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 periodos de tres meses en la sala de M. Interna. También dos mes en Infecciosas, Gastroenterología, Nefrología y Neurología, además de un mes en Dermatología. Durante este periodo, perfecciona su entrenamiento en la práctica clínica y va adquiriendo más responsabilidades, con la supervisión correspondiente.

A partir del Tercer año, se contemplan dos períodos de cuatro meses en el servicio y una rotación optativa por Servicios Médicos además de dos meses en la UCI. Debe tener 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 periodo 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 último de 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 periodo 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 337 y 338).

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 rellenada 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 coexión 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 el Aula del Servicio, ubicada en la planta 4º 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 bibliograficas:

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 los mas 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 4º 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 pertinente.

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 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.

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 se 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 vehiculizarán 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.

PROGRAMA DOCENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Introducción

Este documento es una actualización de los previos del propio Servicio adaptado a las últimas modificaciones del Programa Formativo de la Especialidad publicado en el BOE 33 de7/2/2007 y a las recomendaciones periódicas de la propia Comisión Nacional y de la Sociedad Española de Medicina Interna y teniendo en cuenta la realidad actual del Hospital y del Servicio.
La especialidad de **Medicina Interna** sigue siendo, el escenario más idóneo para el aprendizaje de la práctica clínica hospitalaria. En esta especialidad se acaba desarrollando una "forma de pensar y de hacer" estimulante para el médico que le reporta una gran satisfacción personal y profesional al enfrentarse a todo tipo de patología y concebir la atención médica de una forma globalizada. De hecho en muchos países se sigue considerando como una especialidad troncal obligatoria para la mayoría de los especialistas en formación. Como especialidad, la Medicina Interna consiste en el ejercicio de la atención médica integral de cada uno y de todos los problemas médicos valorando al paciente en su conjunto. El afán del internista es abordar cada proceso patológico desde el punto de vista fisiopatológico, diagnóstico y si es posible, también terapéutico. No por ello intenta sustituir a ninguna especialidad en concreto ni a todas ellas, pero cumple dentro del Hospital un papel fundamental para un importante número de pacientes (cada vez mayor) que precisan del internista y que de otra forma no podrían ser adecuadamente valorados y tratados en nuestro medio. De hecho, el internista es capaz de integrar las opiniones de diversos especialistas con la suya propia en beneficio del cuidado general del paciente y también puede actuar como consultor de otros Especialistas. Para ello debe unir a una amplia experiencia clínica profundos conocimientos científicos y una demostrada capacidad de perfeccionamiento profesional.

Perfil Profesional. Los valores del Internista
La Medicina Interna se conforma como especialidad médica nuclear de ejercicio fundamentalmente hospitalario que utiliza un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades del adulto.
El internista debe ser referente médico y guía del paciente en su compleja trayectoria en el hospital de hoy. Debe aportar su polivalencia y ejercer como eje vertebrador de la hospitalización y ser capaz de ofrecer alternativas a las formas tradicionales de la misma. Dada su polivalencia, su papel formador con sus propios Residentes, con los de otras Especialidades y con otras profesiones sanitarias debe ser esencial, sin olvidar los aspectos de investigación clínica que debe asumir, íntimamente asociados a su propia actividad asistencial.
Recogiendo los principios básicos del Programa de la Comisión Nacional, la enseñanza debe estar basada en el que aprende y debe conseguir de manera progresiva la adquisición de una adecuada competencia clínica que posibilite utilizar correctamente los conocimientos adquiridos y las habilidades para afrontar y resolver adecuadamente las situaciones que presupone su ejercicio. No debe olvidar la transmisión de los ineludibles componentes éticos de la práctica médica y la relación adecuada con el enfermo y su entorno.
El Médico Internista como profesional contrae una serie de responsabilidades con los pacientes y la sociedad que hay que transmitir a los Médicos en formación. De esta manera, debe aprender durante su periodo formativo actitudes y valores generales para todos los médicos como son los de facilitar los mensajes preventivos de salud, tener un respeto absoluto por la persona enferma, mostrar una actitud de empatía con las mismas, saber integrase en los equipos de trabajo y mostrar versatilidad en la adaptación al entorno.

Campo de Acción
Derivado de sus principios y valores, de su visión integradora y su polivalencia su campo de acción se sitúa en el paciente pluripatológico, plurisintomático, en el de diagnóstico difícil así como en las enfermedades más prevalentes en el ámbito

hospitalario. Considerando nuestra realidad actual su concurso es fundamental e ineludible en la atención de los pacientes con edad avanzada.
La colaboración con los especialistas quirúrgicos debe ser esencial y su presencia indiscutible en unidades especiales, alternativas a la hospitalización o áreas de emergencia.
Su influencia docente no debe quedar limitada a sus propios residentes. Ante las nuevas opciones de formación troncal su papel debe verse reforzado.
Considerando que un médico académico no debe obviar la actividad investigadora, el Internista debe participar en esta actividad y para ello debe conocer las bases para realizar proyectos de investigación, la valoración crítica de la literatura científica y del análisis estadístico y así transmitirlo a los médicos en formación.

Objetivos generales del Programa
- Formar especialistas competentes en Medicina Interna
- Formar profesionales con un abordaje psicosocial integrador y que valoren los principios de máxima calidad en su actuación, en la utilización de los recursos, en conseguir la máxima seguridad del paciente y que mantengan un nivel muy elevado de exigencia ética.
- Conseguir que comprendan la importancia de la transmisión del conocimiento a otros profesionales y que mantengan una exigencia de aprendizaje continua.
- Conseguir que alcancen la formación para desarrollar proyectos investigación de forma autónoma
- Conseguir un sistema de tutorización efectiva y personal
- Desarrollar un sistema de evaluación objetiva y estructurada.

METODOLOGIA DOCENTE

La Unidad Docente: El Servicio de Medicina Interna

Plantilla de Médicos:
18 facultativos: Jefe de Servicio, 2 Jefe de Sección, 10 M. Adjuntos con plaza en propiedad, 5 eventuales con revisiones periódicas de los contratos.
24 Médicos Residentes.

Estructura física
El **Area de Hospitalización** consta de 98 camas distribuidas en 5 controles de Enfermería. Hay 4 salas de trabajo para Residentes con dotación de 3-4 equipos informáticos en cada una. Anexas, existen áreas de despachos compartidos. Secretaría con 3 Secretarias.
La **Policlínica** consta de 6 consultas, con dotación informática, área de Secretaria (3 Secretarias), zona organizativa y área de extracciones de sangre para pacientes de las unidades monográficas. La plantilla de Enfermería está formada por 3 Auxiliares.
Existen consultas separadas para Unidades del propio Servicio: la de Insuficiencia Cardiaca y Control de Riesgo Vascular del Anciano y la de Patología Endotelial y una consulta para Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.
Área de Laboratorio. (En la misma planta de hospitalización). Se compone de tres laboratorios. Trabaja en ellos a tiempo completo un investigador del Programa Ramón y Cajal con su equipo y, a tiempo parcial, algunos médicos del Servicio en labores de investigación.
Área Docente
Consta de un Aula para 35 asistentes, con dotación informática, métodos audiovisuales y biblioteca. También una sala para Residentes.
Organización
Están constituidos 11 equipos de trabajo formados por un Médico de Plantilla, un Residente de Medicina Interna y 1 o 2 residentes rotantes. Atienden a una media de 9-10 camas y específicamente en uno de los controles están agrupados dos

médicos con especial dedicación a la **patología tumoral** y uno a **Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS).**
Otra unidad de 9 camas está destinada, preferentemente, a la patología que atiende la **Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Anciano**.

Cada uno de los médicos de plantilla tiene actividad de Consulta semanal (1 ó 2 días).
Los residentes a partir del 3º año de residencia, tutelados, acuden media mañana a la semana a la Policlínica, donde atienden a 1 paciente nuevo y alguna revisión.
Hay establecidos procedimientos para la atención de los pacientes ingresados fuera del Servicio (periféricos y Preingresos de Urgencia), partes interconsultas y distribución de los pacientes de Policlínica.

Actividad
Cada año se firman con la Dirección Objetivos Asistenciales y de Calidad.
En el **Área de Hospitalización**, las cifras e indicadores más relevantes referidos a final de 2012 son los siguientes:
- Ingresos anuales **3481**
- Estancia media **10.50**
- Peso Medio **2.4**
- Tasa de Mortalidad **10.50**
- Informes de alta codificados **99.5**
- Pacientes policlínica 1ª visitas **1942**
- Sucesivas **12062**

En relación a las patologías más frecuentes, estas se integran en los siguientes GRDs:
- **541** (trastornos respiratorios con cc) 12.2%
- **544** (Icc, art. cc mayores) 9.15%
- **101** (otras patologías respiratorias) 8.39
- **127** (Icc y shock) 6.91 %

Como **actividad específica ambulante** se segrega la **Patología Oncológica**, con 3 médicos de plantilla que realizan 5 consultas semanales y cuya actividad anual se cifra en más de 3500 consultas. Las patologías con mayor dedicación se refiere a linfomas y tumores neuroendocrinos, de Mama y Digestivos.
La **Unidad de Patología Endotelial**, con 1 médico de Plantilla dedicado a tiempo completo, otro contratado y 1 enfermera y 1 auxiliar de laboratorio con dedicación completa, desarrolla su actividad clínica e investigadora sobre una amplia población con factores de riesgo vascular. El número anual de consultas se cifra alrededor de 700.
La **Unidad de Insuficiencia Cardiaca y Riesgo Vascular del Anciano**
Constituida por 1 Médico de plantilla y otro contratado, 1 Enfermera y 1 Auxiliar. 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 completo de los pacientes con esta patología y que han generado alrededor de 300
5
pacientes nuevos anuales y 3500 revisiones. Mantiene una relación muy estrecha con la Atención Primaria.
La consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas **(EAS)** con 1 médico de plantilla cuya actividad en su primer año de funcionamiento ha sido de 45 pacientes nuevos y 195 revisiones.

Presencia del Servicio en el Hospital
Se concreta en las siguientes comisiones: Comisión de Tumores, Comisión de Farmacia, Comisión de Morbilidad y Mortalidad, Comisión de Formación Médica, Comisión de Urgencia, Comisión de Calidad y de Política Antimicrobiana
También en las siguientes estructuras interservicios: Unidad Multidisciplinaria de Mama y Pulmón, de EAS, Unidad de Lípidos. Código Sepsis. Comisión Gripe.

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 5 Profesores Asociados del mismo Departamento. Se encargan de la formación práctica y teórica de los alumnos de los cursos clínicos.

Docencia de Residentes. Estructura docente
La actividad docente del Servicio en relación a los Residentes, está dirigida a los 25 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.
Aunque todo el Servicio está implicado en la docencia de los Residentes tanto en el trabajo diario en la Sala o la Policlínica y en las actividades docentes comunes, los Médicos en formación tienen una especial relación con los Tutores. En este momento el Servicio cuenta con 6 tutores acreditados según la normativa actual por la Comisión de Docencia del Hospital.
A los Residentes, desde su incorporación al Servicio se les designa un tutor para todo el periodo de Residencia. Se mantiene reuniones periódicas con cada uno de ellos en las que se analizan todas las cuestiones relacionadas con los aspectos formativos y bimensuales, de todos los Residentes del Servicio con todos los Tutores, convocados por la Coordinadora de los mismos y eventualmente con el Jefe de Servicio.
Se establece un programa personalizado para cada uno desde su incorporación al Servicio. Junto al desarrollo de las rotaciones hay una programación de las **Guardias** como parte importante del mismo y se considera también integrado en el la asistencia obligatoria a las cuatro **Sesiones Docentes** semanales del Servicio, cuyo calendario se establece trimestralmente y se les hace llegar anticipadamente. Además una vez al mes hay una reunión Multidisciplinar de EAS.
6
En los distintos periodos de la Residencia, desarrollará su actividad tutelada fundamentalmente en la Sala y en la Policlínica y Unidades del Servicio así como en los servicios de rotación reglada y voluntaria.
Esta actividad asistencial está íntimamente unida a la docente que se concreta en las distintas **Sesiones del Servicio** y que de forma prácticamente diaria se celebran durante todo el año. Desde hace 3 años se han acreditado en la agencia Lain Entralgo, siendo el número de créditos anuales alrededor de 14.
Sesiones Clínicas.
Se celebran con frecuencia semanal y su finalidad es comunicar los casos de interés de la sala y la policlínica realizando un debate sobre los mismos y aportando la bibliografía más significativa. De forma habitual se presentan alrededor de 3 casos y es el Residente el que lo presenta.
Sesiones Oncológicas:
También con frecuencia semanal se presentan 4-5 casos para discutir los pacientes activos tanto de la Sala como de la Policlínica Monográfica. También se realizan los comentarios bibliográficos pertinentes.
Sesión de Residentes:
Todas las semanas un Residente del Servicio o de los rotantes, hace la presentación de un caso, algunas veces cerrado, con la discusión y el aporte bibliográfico correspondiente.
Sesiones Bibliográficas:
Con frecuencia semanal, un Residente desde el 2º año, supervisado, hace una lectura crítica de algún artículo de actualidad de las revistas de mayor significado para el Internista. Se difunden previamente por via electrónica.
Sesión multidisciplinar:
Con otros Servicios de Hospital de EAS, una vez al mes.
Actividad investigadora
Es frecuente la presencia de miembros del Servicio en Congresos y Reuniones de las Sociedades Científicas de la Especialidad y de las distintas lineas de trabajo, tanto nacionales cómo internacionales.
Los Residentes colaboran en todas estas acciones y están presentes como coautores. En el último año, prácticamente todos han asistido a cursos externos y congresos nacionales e internacionales de una forma activa.
Se resume en la Tabla la actividad de los últimos años:
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
7
Publicaciones 8 4 9 5 8 6 4 4
Nacionales
Publicaciones 5 4 6 9 13 5 6 12
Internacionales
Factor impacto 23.37 64.4 25.6 34.2 17 23 25 53
Hay diversos ensayos clínicos en marcha y varios proyectos de investigación con financiación externa como consta en la Memoria del Hospital.

DESARROLLO DEL CURRICULO

Como refiere el Programa Oficial, el periodo formativo se estructura mediante un sistema de rotación del especialista en formación por diferentes Servicios o áreas del hospital u otros centros. Las rotaciones están encaminadas a conseguir los conocimientos, actitudes y habilidades que se establecen en el programa formativo y en plan individual para adaptarlos a las necesidades del Internista del siglo XXI. Se dispone de 33 meses para su permanencia en el propio Servicio u otros afines y los 27 restantes hasta cubrir los 5 años para rotar por otras unidades o servicios, con varios periodos según el deseo de cada residente.
Los cinco años se establecen en cuatro periodos que tratamos de ajustar aunque hay que tener en cuenta que las evaluaciones, que condicionan la progresión de la formación, se siguen haciendo anualmente.
En el caso del Hospital Ramón y Cajal se hace atendiendo a las características del Servicio, del propio Hospital y de los acuerdos alcanzados con el Servicio de E. Infecciosas para dar respuesta a la demanda en formación en esta Área específica que se ha ido incrementando progresivamente.

Distribución de los 5 años de formación MIR en M. Interna
Primer año:
Estarán en M. Interna 6 meses en dos periodos de 3 meses. Dos meses en Cardiología, dos meses en Neumología, un mes en Imagen y un mes en el Servicio de Urgencia.
Segundo año:
Los residentes estarán dos meses en Gastroenterología, dos en Nefrología, dos meses en E. Infecciosas, dos meses en Neurología, un mes en Dermatología y tres meses en M. Interna.
Tercer año:
Se permanecerá 8 meses en M. Interna en dos períodos de 4 meses, dos meses en la UCI y dos meses de rotación optativa libre.
8
Cuarto año:
Nueve meses en M. Interna en dos períodos y tres meses en optativas libres.
Quinto año:
Nueve meses en M. Interna en dos períodos y tres meses en optativas libres.
Uno de los 5 residentes podrá optar a hacer el cuarto año en el Servicio de E. Infecciosas que exige para ello que todas las optativas libres hayan sido realizadas en ese Servicio.
Primer período:
Constituido por los 12 meses del Primer año de Residencia.
Durante su estancia en el Servicio se integra en uno de los 10 equipos en que está distribuida la Hospitalización junto con otros Residentes, de primer año de otros Servicios y de años superiores del propio Servicio, o médicos R-2 de Medicina de Familia y Comunitaria, además del Médico staff responsable del mismo.
De acuerdo con las indicaciones del programa oficial, los **objetivos específicos** de este periodo se concretan en:
- Obtener, estructurar y registrar de forma adecuada la historia clínica, destacando los datos fundamentales de la anamnesis así como obtener y registrar los datos relevantes de la exploración física.
- Ser capaz de elaborar un diagnóstico diferencial.
- Conocer las indicaciones de las pruebas complementarias.
- Interpretar autónomamente las pruebas básicas (lectura de EKG, imagen y laboratorio).
- Integrar la información de las pruebas complementarias en la historia clínica de forma ordenada y lógica, y reelaborar el diagnóstico a partir de las mismas.
- Ser capaz de realizar algunas pruebas diagnósticas instrumentales básicas (p. e. paracentesis), con la adecuada supervisión.
- Utilizar autónomamente los sistemas de prescripción electrónica.
- Conocer el curso clínico de los pacientes ingresados, responsabilizándose del cuidado de los mismos.
- Asistir de forma regular a las actividades docentes comunes del servicio (sesiones).
- Ser capaz de elaborar y presentar un caso clínico de la sala en sesión clínica, y de discutir un caso cerrado (sesiones de residentes).

Segundo periodo

Con referencia al programa oficial corresponden 18 meses, 12 en el R2 y 6 en el R3.
9
Los **objetivos específicos** de este periodo se sintetizan en:
- Adquirir responsabilidades crecientes en el cuidado continuo a los pacientes ingresados.
- Adquirir la capacidad para indicar pruebas diagnósticas invasivas (endoscópicas, radiológicas, …) con la adecuada supervisión y discusión.
- Ser capaz de interpretar los resultados de éstas (Complementar con rotación en Radiodiagnóstico).
- Ser capaz de realizar de forma autónoma, bajo supervisión, algunos procedimientos diagnósticos invasivos (punción lumbar, toracocentesis, artrocentesis).
- Ser capaz de realizar de forma autónoma, con supervisión, algunos procedimientos terapéuticos invasivos (toracocentesis, cateterización de vía central).
- Depurar la capacidad de presentar un caso clínico. Aumentar la capacidad de discusión. Presentar al menos un caso en sesión clínica y/o de residentes.
- Conocer y manejar los principales sistemas de información médica y bibliográfica.
- Conocer y ser capaz de aplicar de forma crítica las guías terapéuticas en las principales patologías manejadas en Medicina Interna.
- Aprender a realizar un informe clínico ordenado y completo (supervisado).
- Iniciar la atención a pacientes en consultas externas, con la adecuada supervisión de un staff (preferentemente por su propio tutor) , tanto de pacientes nuevos como seguimiento de pacientes dados de alta de la planta.
- Gestionar la realización de pruebas diagnósticas y de actuaciones terapéuticas de los pacientes ingresados.
- Progresar en la capacidad para la interpretación de pruebas de imagen como TC, RM y pruebas especiales (tras haber completado la rotación en Radiodiagnóstico).
- Ser capaz de interaccionar con otras especialidades afines en la toma de decisiones clínicas que afectan a los propios pacientes.
- Ser capaz de elaborar/ discutir un caso clínico (en cualquiera de las sesiones del servicio).
- Adquirir el hábito y la capacidad de realizar lectura crítica. Manejar fuentes de información con soltura.
- Ser capaz de reunir series de casos y, de forma supervisada, elaborar presentaciones a congresos.
- Mejorar competencias psicológicas y sociales par ser capaz de dar una información adecuada a pacientes y familiares.

Tercer periodo
El programa oficial le asigna 24 meses y corresponde a la mitad del R3, el año de R4 y los primeros meses del R5.
Su actividad se desarrollará fundamentalmente en el Servicio, tanto en la sala como en la policlínica, integrado en los distintos equipos y asumiendo labores de control, sobre los otros Residentes de años inferiores. La mayoría de la rotaciones optativas libres, en la actualidad 10 meses, se realizará entre este período y el 4º período.
Cómo **objetivos específicos** del periodo, concretamos:
- Adquirir responsabilidad creciente en la atención a pacientes ingresados, interaccionando con otros especialistas y transmitiendo conocimientos a residentes más pequeños.
- Aumentar la implicación en el seguimiento de los pacientes ambulantes, no sólo en la primera visita sino en sucesivas (consulta general y favorecer formación en las monográficas).
- Ser capaz de atender las interconsultas de otros servicios, con supervisión de un médico de plantilla.
- Aumentar las competencias en manejo del paciente crítico e inestable (curso de RCP avanzada al inicio de R4, rotación en intensivos ya realizada).
-Ser capaz de elaborar un informe clínico de pacientes ambulantes.
- Adquirir competencias en epidemiología clínica y estadística, que permitan la elaboración de publicaciones.
- Mejorar en la capacidad de lectura crítica y manejar con soltura fuentes bibliográficas.
- Elaborar revisiones sistemáticas y colaborar activamente en la presentación de

sesiones clínicas del servicio.
- Presentar al menos una sesión general del hospital (si las hubiere).
- Ser capaz de manejar de forma global un paciente pluripatológico, interaccionando con otras especialidades, asumiendo siempre el paciente como propio.

Cuarto periodo
Completan los últimos seis meses del periodo formativo. Hay una total continuidad con el anterior y es el de consolidación de los objetivos de los anteriores. El casi especialista tendrá mayor autonomía en su práctica asistencia, supervisará a los otros residentes y tendrá una mayor implicación en las labores docentes y de investigación.

Guardias
La propia definición de **guardia** en tanto que servicio que se presta fuera del horario habitual tiene una finalidad que es la de proporcionar a los pacientes una continuidad en los cuidados. A pesar de que se trata de una actividad fundamentalmente asistencial, tiene una función docente inseparable.
En el Primer año, se realizan en el Servicio de Urgencia, ejerciendo como R1 en el Organigrama actual de "puerta única" y triaje de pacientes según el sistema Manchester. Supervisión directa de los Médicos Adjuntos. El número suele ser de cuatro al mes. Una vez finalizado este periodo seguirán durante todo el desarrollo del Programa con 2-3 mensuales, integrándose en la estructura asistencial de la Guardia de Urgencia, con responsabilidades crecientes.
Desde R2 se integran en la denominada Guardia de Medicina de Planta, con un Médico Adjunto de Medicina Interna y otros dos Residentes de años superiores de M. Interna u otras Especialidades Médicas sin guardia propia. Se trata de un equipo jerarquizado con adquisición de responsabilidades de forma progresivas que atiende a la Sala de Medicina Interna, Oncología, Endocrinología, Reumatología y cualquier interconsulta desde la propia Urgencia ó desde los otros servicios del Hospital. Existe un documento organizativo aprobado por la Comisión de Docencia. El número suele ser de 2-3 mensuales.
Después de las primeras rotaciones en el Servicio de E. Infecciosas y teniendo en cuenta la especial relación docente entre los dos Servicios, en el R-4 y R-5 se puede hacer de forma optativa una guardia en ese Servicio.
Está solicitada una guardia mensual para los residentes mayores en la UCI pero hasta el momento no ha sido concretada por falta de recursos.

Evaluación
En cada una de las rotaciones que hace el residente se realiza por el médico responsable un informe de evaluación aprobado por la comisión de docencia del Hospital, tanto si se trata de rotaciones por otros Servicios o dentro del propio. Anualmente, antes de pasar de año, se realiza una evaluación global del año teniendo en cuenta las rotaciones individuales y la opinión del propio tutor del residente y se somete a la consideración de una comisión formada por todos los tutores del Servicio con el Jefe del mismo. Esta valoración se lleva a una reunión con el Jefe de estudios y de esta última sale la calificación definitiva.

Formación de los residentes de Medicina Interna en el Servicio de Enfermedades Infecciosas

Rotaciones generales

1. Todos los residentes de Medicina Interna del Hospital Ramón y Cajal efectúan una rotación de dos meses por la sala de hospitalización durante su segundo año de formación (R2).
2. En sus periodos de rotaciones optativas pueden solicitar estancias por las diferentes áreas del Servicio de Enfermedades Infecciosas (sala de hospitalización, área de interconsultas, consulta monográfica de VIH, consulta monográfica de medicina tropical y enfermedades del viajero, consulta monográfica de ETS).

Formación específica en Enfermedades Infecciosas

Cada año, uno de los residentes de Medicina Interna podrá completar una formación específica en enfermedades infecciosas, si así lo solicita. La formación específica de residentes de Medicina Interna en Enfermedades Infecciosas se ajustará a las siguientes normas:

1. Número: El número de residentes a formarse específicamente en enfermedades infecciosas será de uno por año. Este número es independiente del número total de residentes que hayan escogido la especialidad de Medicina Interna en el Hospital Ramón y Cajal. Por otro lado, puede no haber ningún residente realizando el período de formación específica, si ninguno así lo desea.

2. Criterio de elección: Se tendrá en cuenta exclusivamente el número obtenido en la oposición MIR. Si el residente con mejor número no deseara esta opción podrá elegirla el que obtuviera la siguiente mejor puntuación y así sucesivamente.

3. Momento de la elección: La elección deberá llevarse a cabo durante el primer mes de la residencia. Si, con posterioridad, el residente renunciara a esta opción, podrá elegirla alguno de los otros residentes, respetándose siempre el orden establecido por el número obtenido en la oposición MIR.

4. Periodo formativo: El periodo de formación específico será de 12 meses, que se llevará durante el año completo de R4 en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. A estos 12 meses se sumarán los dos meses de rotación obligatoria como R2 y los tres meses de rotación optativa como R5. El periodo de formación total será, por tanto, de 17 meses.

5. Programa formativo: El programa formativo específico para el residente con perfil en Enfermedades Infecciosas se distribuirá de la siguiente forma, aunque pudiera haber pequeñas variaciones en función de la disponibilidad docente e intereses del residente:
- 4 meses en sala de hospitalización
- 3 meses en consultas de VIH/ETS
- 3 meses en M. tropical y del Viajero
- 7 meses en Interconsultas (incluyendo un periodo corto en el laboratorio de Microbiología)

6. Situaciones no previstas: en el caso de concurrir circunstancias excepcionales no previstas en este documento, se examinará la situación entre ambos servicios, quedando en última instancia la Comisión de Docencia como árbitro en caso de no llegarse a acuerdos.