

MEMORIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA 2014

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

**Dr. JM SEQUI CANET
JEFE DE SECCIÓN DE PEDIATRÍA**

Hospital Francesc de Borja

MATRIZ DAFO 2014

D.A.F.O.

DEBILIDADES

plantilla escasa
Predominio femenino
presión asistencial
Habitaciones dobles
menos maternidad (no epidural)

no urgencia pediátrica

solo 1 pediatra x especialidad

AMENAZAS

cambio hospital
nueva tecnología
hospitales vecinos
primaria masificada
presión alta y en picos
destino turístico
muchas inmigración

FORTALEZAS

adjuntos jóvenes y formados
muchos viven en el área
residentes (2x año)
estudiantes de medicina
muchos docentes
docencia extrahospital
primaria con pediatras mir
enfermería formada ped.
servicios complementarios ok

OPORTUNIDADES

cambio hospital
epidural y hab. indiv
docencia a primaria
mejora de urgencia ped
integración de ped área

Matriz DAFO: Actividad

DEBILIDADES • Pocos Dx al alta. • Lactancia materna 70% • Maternidad con epidural solo 50% • C externa saturada. • Recién nacidos sin historia • Muchos programas informáticos sin integrar	FORTALEZAS • Muchos agradecimientos y pocas reclamaciones • Programa de OEA y VHB al 100% • Cursos y Acreditación con la Universitat y EVES • Buena relación c ext 2/1 • Adecuada estancia media • Peso medio alto • Altas todos los días
AMENAZAS • Disminución de las Urgencias. • Disminución maternidad • Baja ocupación media. • Aumento de c ext y lista espera	OPORTUNIDADES • Mantener la actividad con adecuada docencia. • Mantener y estabilizar plantilla.

Matriz DAFO: Estrategias

F

D

ESTRATEGIA OFENSIVA • Mejorar atención pediátrica en urgencias • Integrar a atención primaria en el Hospital • Habitación individual cómoda. • Mejorar lactancia materna • Maternidad con epidural.	ESTRATEGIA DE MEJORA • Recuperar Autoestima e ilusión • Reducir estancias y extremos • Educar mejor a Residentes • Investigar más • Cursos y Acreditación • Mejorar CMDBH y Base datos • Iniciativa IHAN
ESTRATEGIA DE READAPTACIÓN • Aumentar la actividad general • Mejorar distribución de personal • Flexibilidad organizativa	ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA • Mantener la actividad con adecuada docencia. • Mantener plantilla.

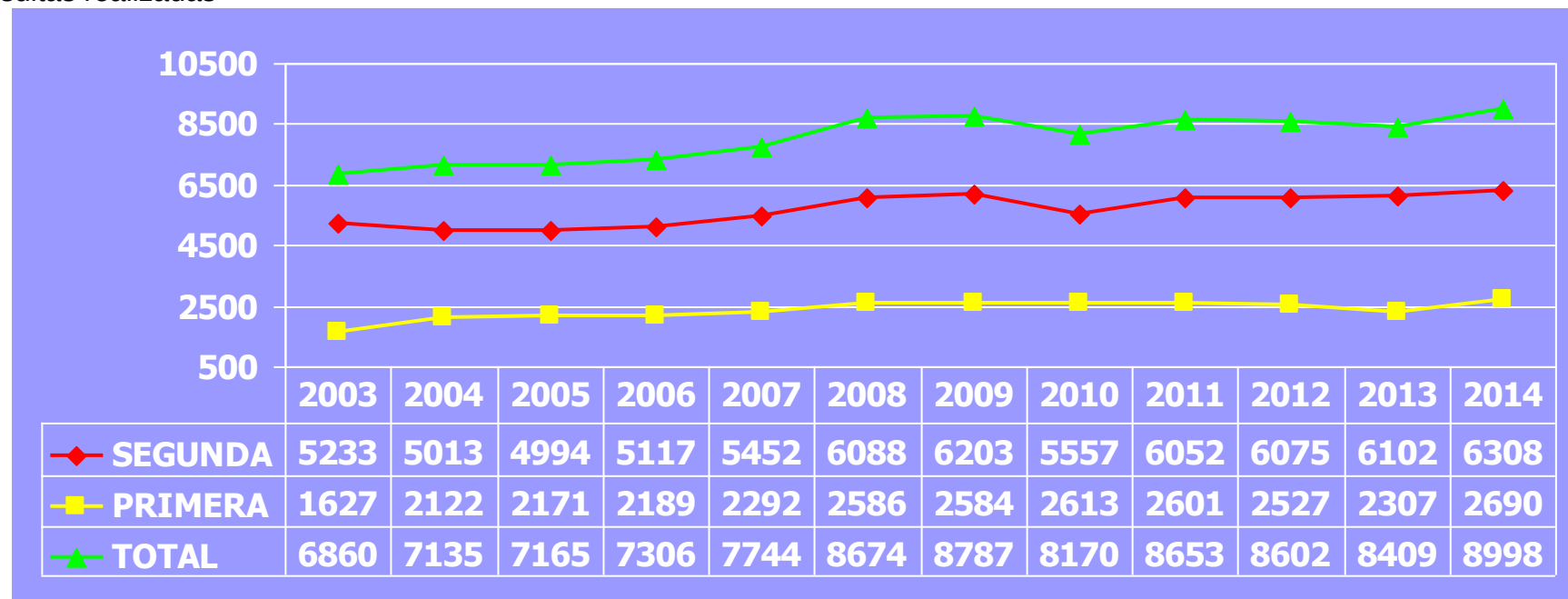
O

A

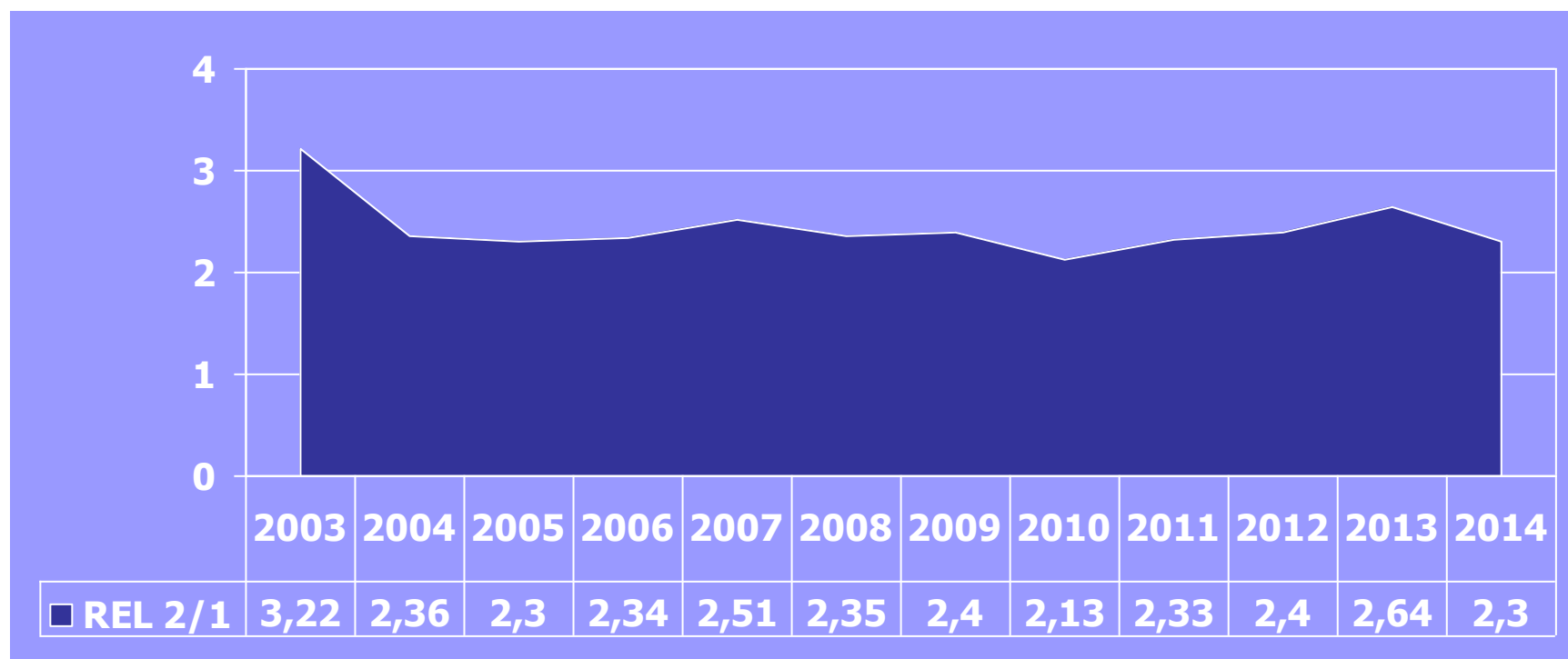
CONSULTAS EXTERNAS

Esta es una de las áreas de mayor presión. A pesar de continuar creciendo los últimos años hemos llegado a nuestro tope (2014 con 500 consultas más) con el mismo personal (incluidas algunas bajas prolongadas este año) y espacio. Tenemos una lista de espera que ronda el mes en la mayoría de consultas, solo neuropediatría esta desbordada necesitándose un refuerzo por lo que este año se ha creado una consulta de cefaleas, consiguiendo atender ahora la demanda de primeras de forma mas adecuada. El problema es que esta situación esta forzada al limite y necesitamos más espacio y más horario para atender toda la demanda, sobre todo segundas. Algunas otras especialidades también hacen alguna tarde en caso de presión (como sinagys, gastro, otoemisiones...), esto esta llegando a su tope, sobre todo con el escaso personal que tenemos. Esperamos en el nuevo hospital poder mejorar aún mas.

Consultas realizadas



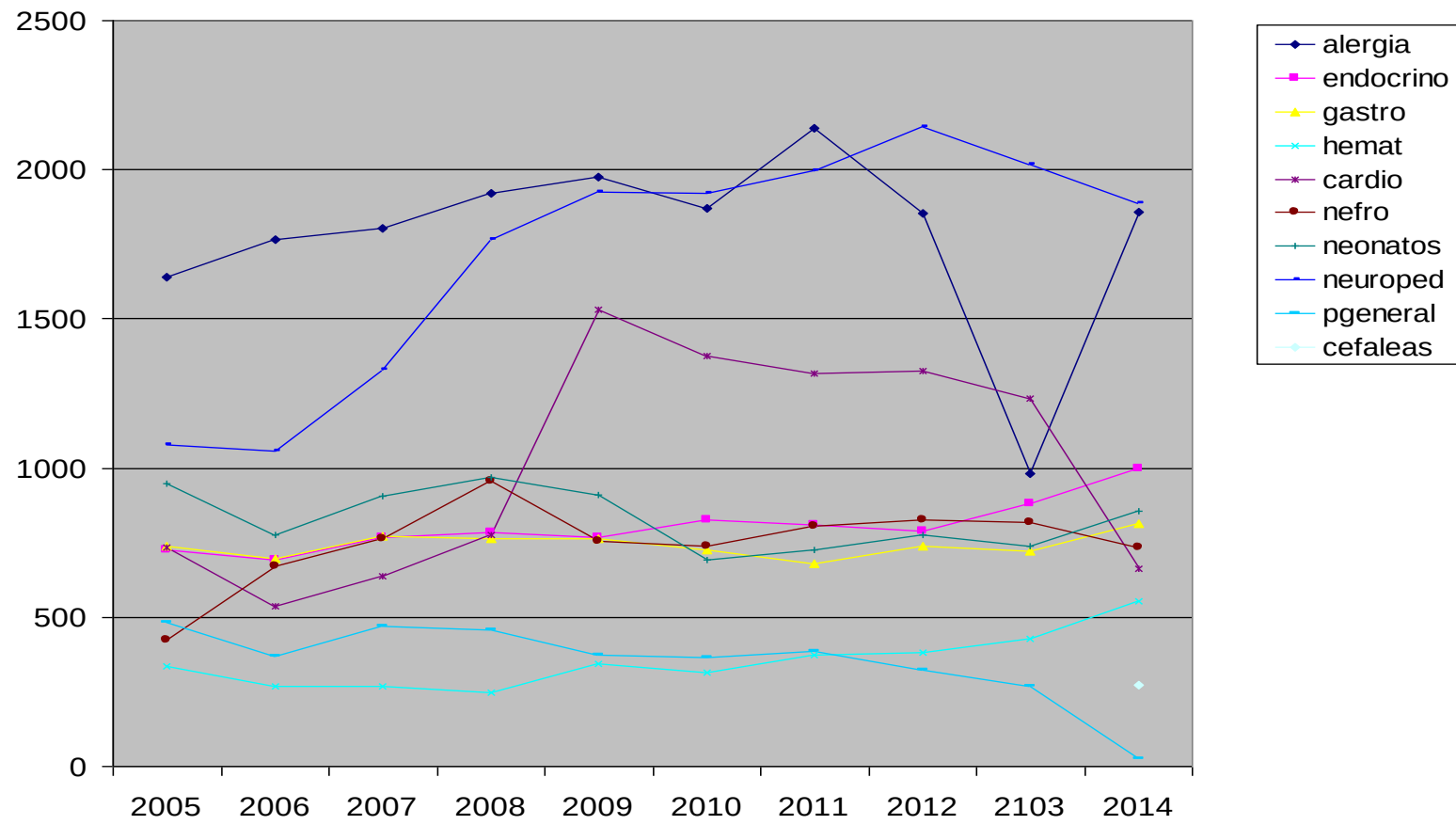
La complejidad de lo que se atiende ha aumentado, lo que genera más consumo de tiempo y más visitas sucesivas pero hemos mantenido la ratio 2/1. Esto se ha conseguido flexibilizando al máximo el uso del espacio y los huecos de tiempo, para poner días extra en las consultas con más demanda sobre todo ahora que la libranza de guardia obliga a descitar a veces.



Si se atiende a la capacidad total de cita de la consulta, es decir los programados y los no programados, la cifra sube bastante reflejando el esfuerzo de los facultativos para incluir mas citas por día y más días extra:

C EXTERNA	2014													
2,1 realizadas	2487	5279	2,2 realizadas		cc1 realizadas	203	1029	cc2 realizadas						
2,1 no realizadas	345	671	2,2 no realizadas		cc1 no realizadas	18	118	cc2 no realizadas						
2,1 sin cita	99	235	2,2 sin cita		cc1 sin cita	28	70	cc2 sin cita						
total	2931	6185				249	1217							
	citas	1	suma total	3180				realizadas		1	suma total	2690		
		2	suma total	7402						2	suma total	6308		
			suma	10582							suma	8998		
relacion 2/1	2,33							relacion 2/1	2,34					

C EXTERNAS



Por especialidades: se puede apreciar que la especialidad con más consultas es neuropediatría (aún a pesar de haberle quitado las cefaleas) y aun así tiene mas lista de espera. Esta supera a alergia que años similar y ha eliminado la lista de espera, por ello se ha habilitado mas días de consulta y mas horario para esas especialidades que son con mucho las que mas presión generan. También ha disminuido un poco cardiología porque en 2012 se ha dedicado un adjunto formado para esta consulta y se ha aumentado el tiempo de consulta para poder disminuir las segundas gracias a hacer un estudio completo en la primera visita que incluye ecg y ecocardio si es necesario y permite altas precoces. Las demás no pueden subir porque no hay espacio ni personal medico disponible que pueda dedicar mas tiempo a CCEE. De hecho hematología ahora se ha unido a poli general y poli general al final del año fue cefaleas.

Además de las descritas se han habilitado desde 2009 dos nuevas consultas especiales que cubren la unidad de Sueño (ahora integrada en neuropediatría , por eso no refleja actividad) y los Sd de Down y que han seguido este año. El apoyo de la psicóloga que acude a nuestra consulta también se ha mantenido.

OTRAS CCEE

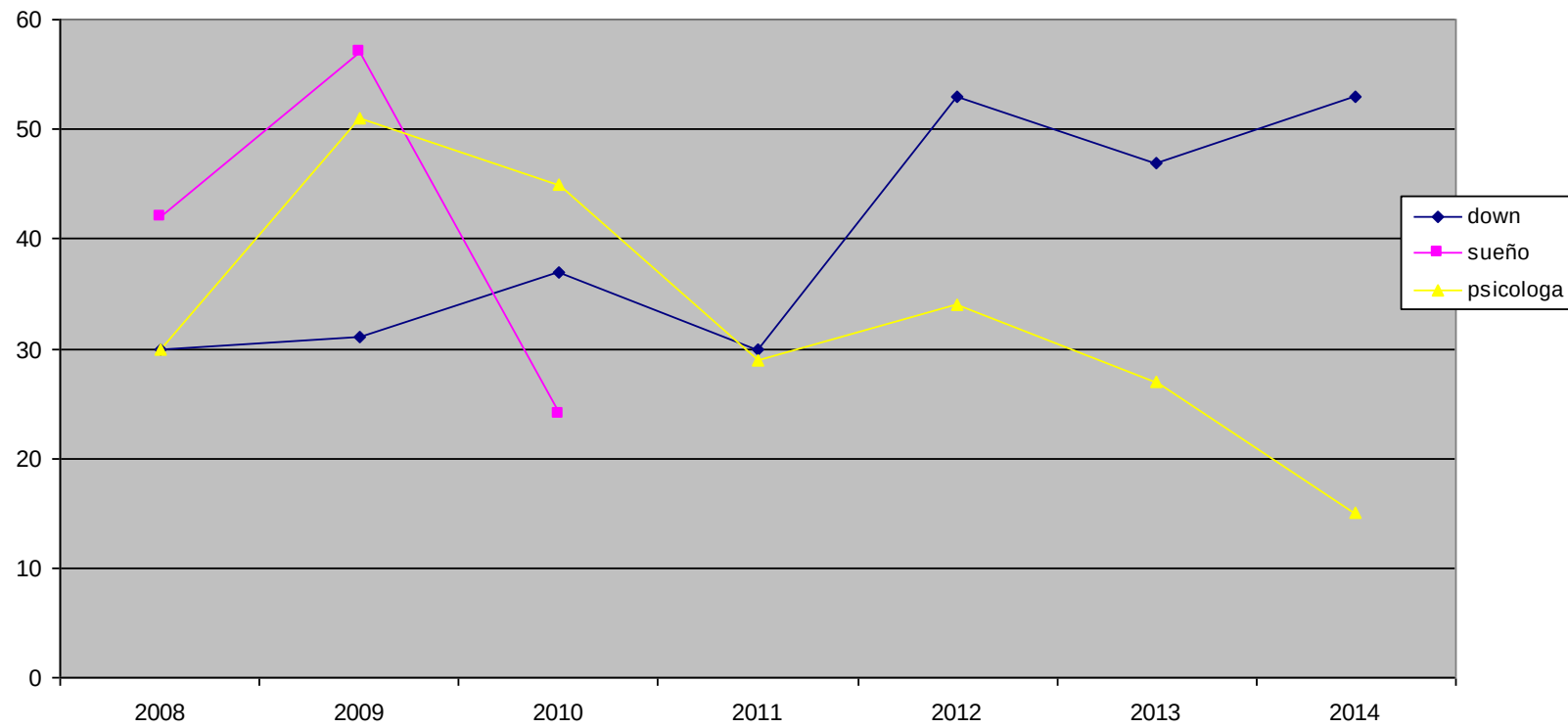


TABLA DE CONSULTAS POR ESPECIALIDAD

	por consultas					NO CITADAS EN 1PREF Y 2PREF CC1 Y CC2 SUMADAS A 1/2 no realiz no incluidas en total				
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2103	2014
alergia										
primera	398	422	414	442	466	565	551	457	229	524
segunda	1205	1187	1242	1297	1350	1237	1480	1313	721	1264
sin cita1	12	49	61	97	45	9	60	11	7	18
sin cita 2	27	107	87	85	116	59	49	71	24	52
total	1642	1765	1804	1921	1977	1870	2140	1852	981	1858
SIN CITA%			7,2	3,2	4,8	3,67	5,09	4,43	3,16	3,77
NO REALIZADAS %			13,8	12,3	11,9	15,22	9,21	11,12	11,31	12,27
no realizadas num							197	206	111	228
endocrino										
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
primera	157	148	172	182	184	190	193	157	149	152
segunda	556	529	574	603	348	419	404	431	514	606
obesidad	4	0	2	0	59	63	56	48	64	61
diabetes	7	16	21	0	178	154	158	154	154	178
total	724	693	769	785	769	826	811	790	881	997
SIN CITA%			4,3	1,5	2	3,27	4,68	5,68	5,68	6,68
NO REALIZADAS			13	13,5	8,1	11,99	10,36	13,42	3,52	12,04
no realizadas num							84	106	31	120
gastro										
2005	2006	207	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	

primera	184	177	196	181	195	239	188	202	203	224
segunda	556	518	575	581	568	486	458	517	497	577
prim prefer	0	0	0	0	0	0	19	12	5	7
seg prefer	0	0	0	2	0	0	15	6	15	7
total	740	695	771	764	763	725	680	737	720	815
SIN CITA%			4,5	3	3,7	2,9	5,00	2,44	2,78	1,72
NO REALIZADAS			12,6	14,5	14,9	16,14	10,59	14,25	14,72	14,72
no realizadas num							72	105	106	120
hemat	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	106	70	73	90	131	133	116	159	219	329
segunda	230	197	194	158	215	182	238	197	197	210
prim prefer	0	0	0	0	0	0	5	14	2	5
seg prefer	0	0	0	0	0	0	14	12	9	11
total	336	267	267	248	346	315	373	382	427	555
SIN CITA%			9,3	3,6	5,8	3,17	5,09	6,81	2,58	2,88
NO REALIZADAS			5	9,8	8,2	5,4	4,56	4,45	4,68	11,17
no realizadas num							17	17	20	62
cardio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	287	157	168	241	208	256	203	328	252	288
segunda	449	382	424	414	399	277	388	325	319	344
prim prefer	0	0	15	1	0	0	41	16	8	19
seg prefer	0	0	29	96	243	199	42	16	10	10
ecocardio					670	642	642	636,00	642,00	
holter					12	1	2	4,00	1,00	
total	736	539	636	776	1532	1375	1318	1325	1232	661

SIN CITA%			7,1	17,7	8	9,97	6,30	2,42	1,46	4,39
NO REALIZADAS			12,6	11,5	12	10,79	5,39	10,57	3,41	4,69
no realizadas num							71	140	42	31
nefro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	97	146	153	175	143	170	151	146	146	146
segunda	302	525	610	781	613	570	618	634	643	544
prim prefer	22	2	0	0	0		4	5	3	10
seg prefer	1	0	0	0	0		33	43	25	34
total	422	673	763	956	756	740	806	828	817	734
SIN CITA%			6,2	3	2,6	4,59	4,59	5,80	3,43	5,99
NO REALIZADAS			11,3	11,4	12	14,19	8,68	10,14	10,77	11,31
no realizadas num							70	84	88	83
neonatos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	288	213	291	310	292	251	219	225	193	256
segunda	661	562	613	652	619	443	467	525	523	577
prim prefer	0	0	0	0	0	0	25	9	7	5
seg prefer	0	0	0	8	0	0	16	17	14	16
total	949	775	904	970	911	694	727	776	737	854
SIN CITA%			6,3	4,5	3,5	5,19	5,64	3,35	2,85	2,46
NO REALIZADAS			11	9,7	9,4	9,51	7,84	9,66	9,50	8,78
no realizadas num							57	75	70	75
neuroped	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	200	177	476	560	629	513	526	509	457	398
segunda	653	592	854	1124	1201	1275	1327	1455	1485	1439
prim prefer	115	180	0	1	64	135	33	11	2	3

seg prefer	112	109	0	81	33	0	109	167	73	47
total	1080	1058	1330	1766	1927	1923	1995	2142	2017	1887
SIN CITA%			6,2	5,4	4,1	5,88	7,12	8,31	3,72	2,65
NO REALIZADAS			16,2	13,7	14,7	16,59	13,58	14,38	14,48	16,53
no realizadas num							271	308	292	312
pgeneral	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	246	211	257	243	247	246	236	236	175	15
segunda	236	159	211	213	125	116	122	75	87	10
prim prefer	0	0	0	0	0	3	12	10	2	2
seg prefer	0	0	0	0	0	0	16	1	4	0
total	482	370	468	456	372	365	386	322	268	27
SIN CITA%			6,9	3,1	2,9	8,22	7,25	3,42	2,24	7,41
NO REALIZADAS			10,3	10,8	9,7	10,68	11,92	12,42	12,69	3,70
no realizadas num							46	40	34	1
psicologa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera	7	20	13	23	24	26	14	18	19	11
segunda	18	27	18	7	27	19	12	16	8	3
prim prefer	0	0	0	0			3		0	1
seg prefer	0	0	0	0			0		0	0
total	25	47	31	30	51	45	29	34	27	15
SIN CITA%			11,1	5,7	1,8	0	10,34	0,00	0,00	6,67
NO REALIZADAS			13,9	14,3	8,9	2,2	27,59	14,71	22,22	13,33
no realizadas num							8	5	6	2
down	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014

primera				24	4	4	0	1	0	2
segunda				6	27	33	23	46	39	35
prim prefer				0			0	0	3	5
seg prefer				0			7	6	5	11
total				30	31	37	30	53	47	53
SIN CITA%				0	2,7	10,81	23,33	11,32	17,02	30,19
NO REALIZADAS				11,8	16,2	16,22	23,33	18,87	2,13	7,55
no realizadas num							7	10	1	4
sueño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
primera				15	16	10				
segunda				27	41	14				
prim prefer				0						
seg prefer				0						
total				42	57	24				
SIN CITA%				14,6	1,5	4,17				
NO REALIZADAS				12,5	14,9	25				
no realizadas num										
cefaleas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera										135
segunda										0
prim prefer										0
seg prefer										138
total										273
SIN CITA%										50,55
NO REALIZADAS										11,36
no realizadas num										31

synagis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
primera										105
segunda										0
prim prefer										24
seg prefer										0
total										129
SIN CITA%										18,60
NO REALIZADAS										6,98
no realizadas num										9

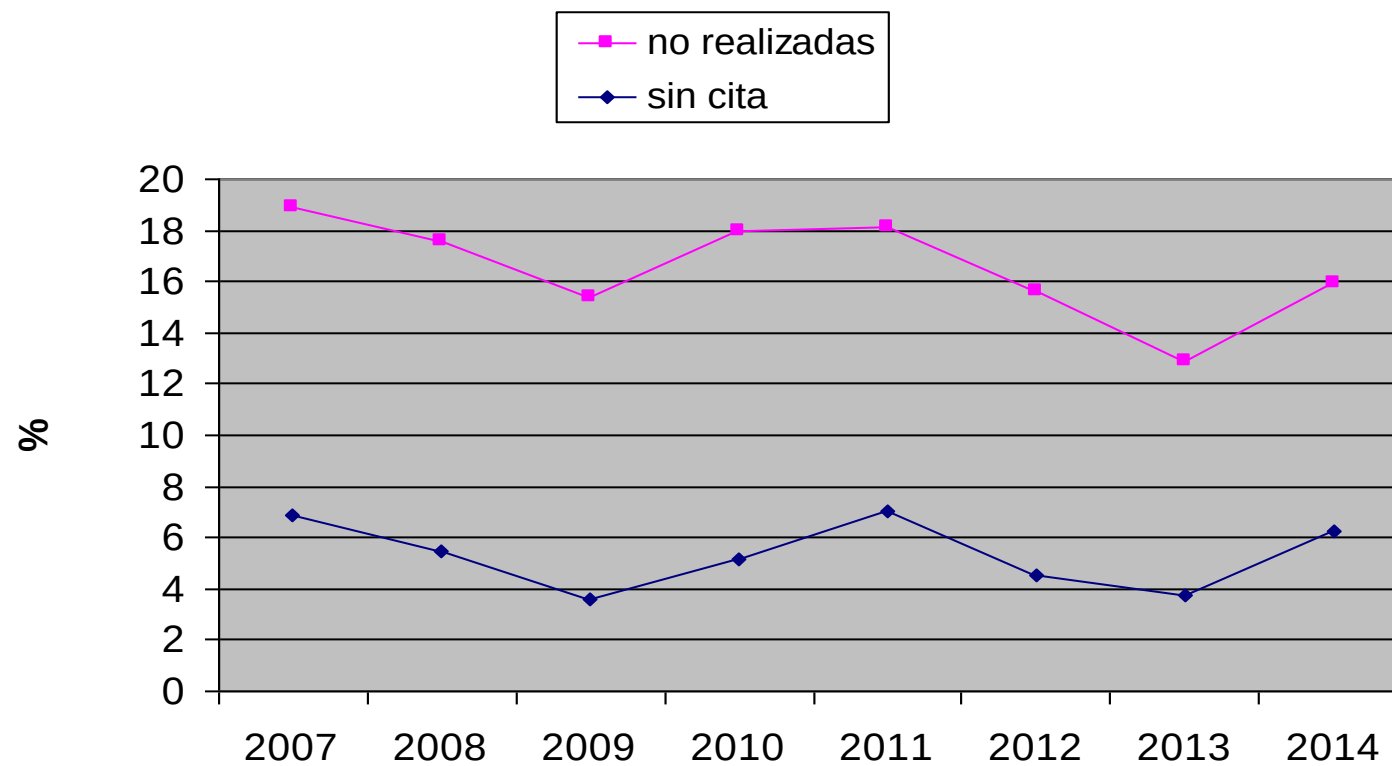
FALLOS DE CONSULTAS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
sin cita	6,91	5,44	3,62	5,15	7,04	4,50	3,74	6,23
no realizadas	11,97	12,15	11,74	12,83	11,09	11,17	9,12	9,68

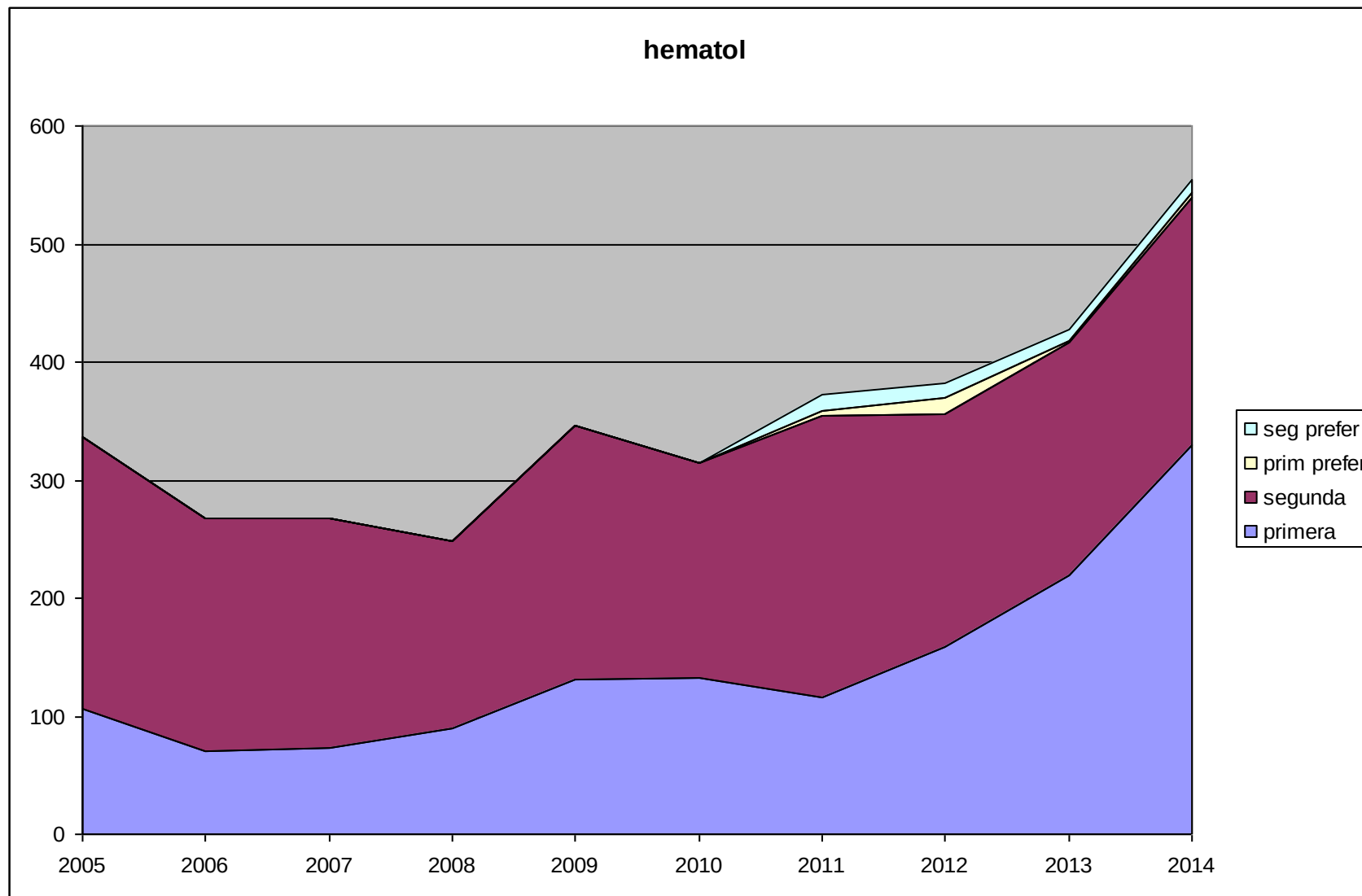
A destacar que aproximadamente el 9.68 % de las citas no se realizan (en 2012 :11%), resulta sangrante el caso de neuropediatría con un 16.53% cuando es la especialidad que mas presión tiene, también el resto tienen porcentajes similares (11-12%), por la otra parte hemos disminuido mucho los no realizados de cardio (pasan de cifras superiores > 10% al 4% este año gracias probablemente a un cambio de facultativos en esas área.

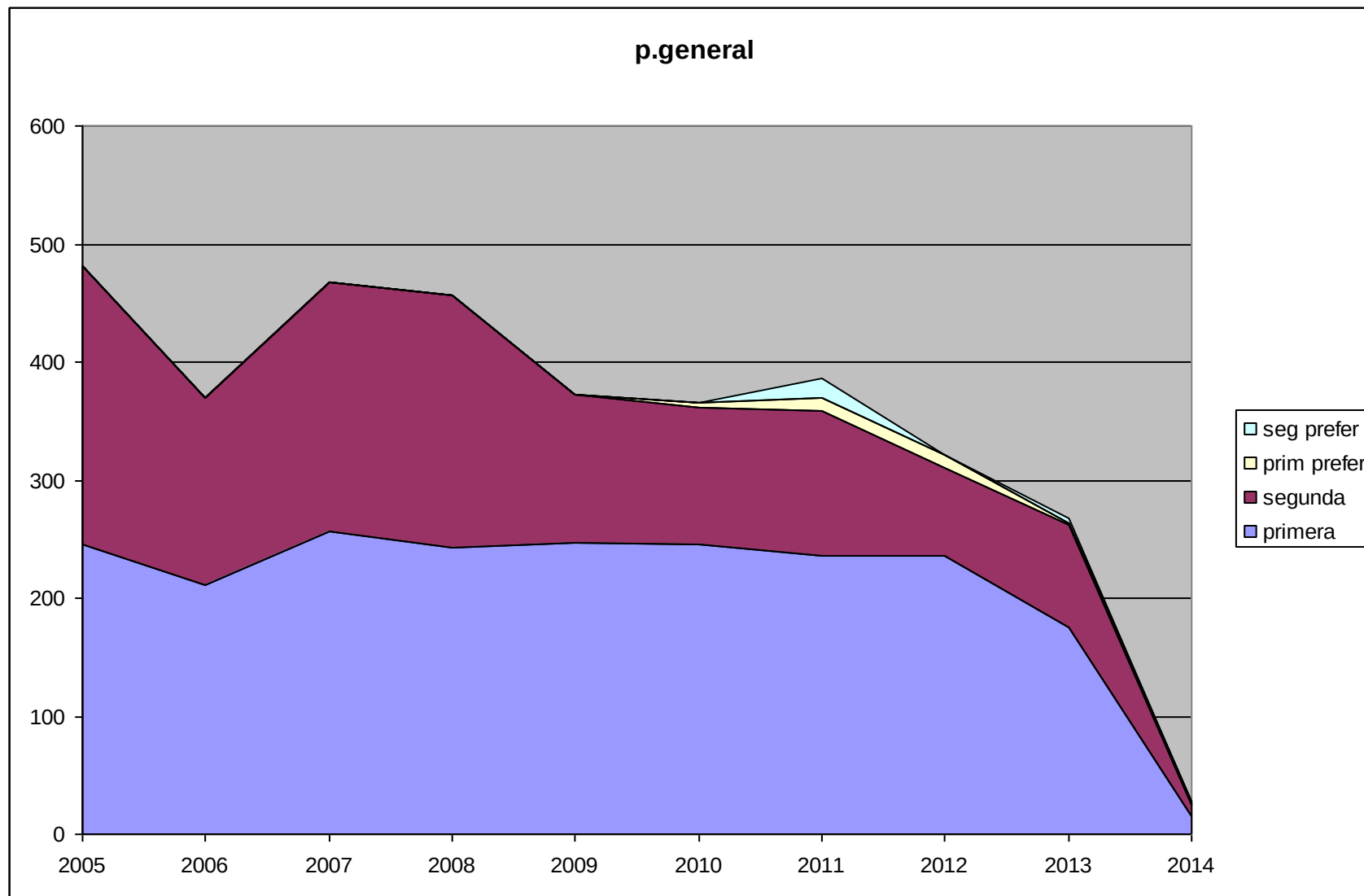
Un 6.23 % de consultas son sin cita previa (mucho mas que el año pasado : 3.74%). Esto se debe a que aceptamos consultas urgentes de un día para otro que no se pueden apuntar en la hoja de citados por estar ya cerrada la citación.

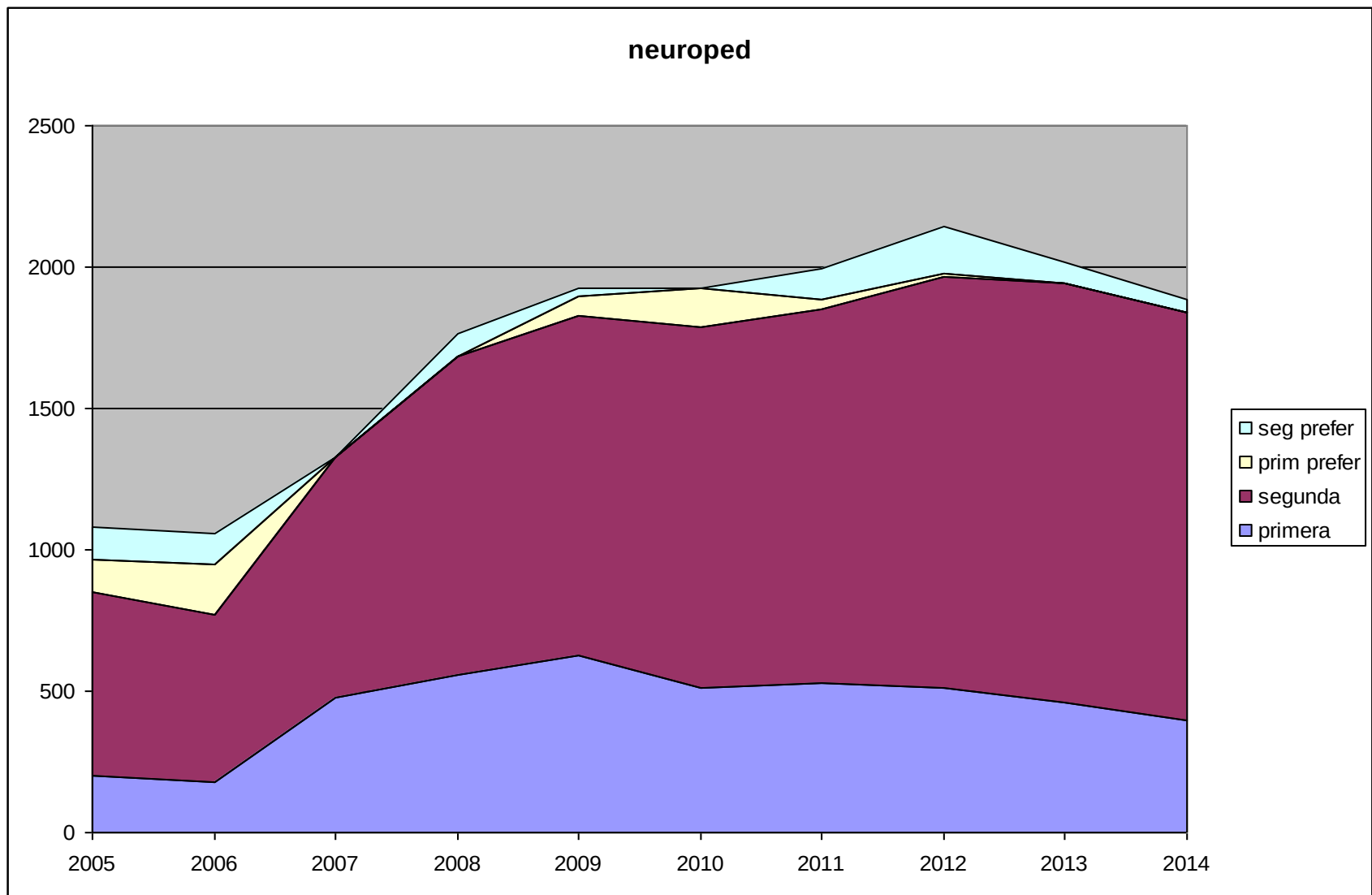
PORCENTAJE VARIABLES CCEE

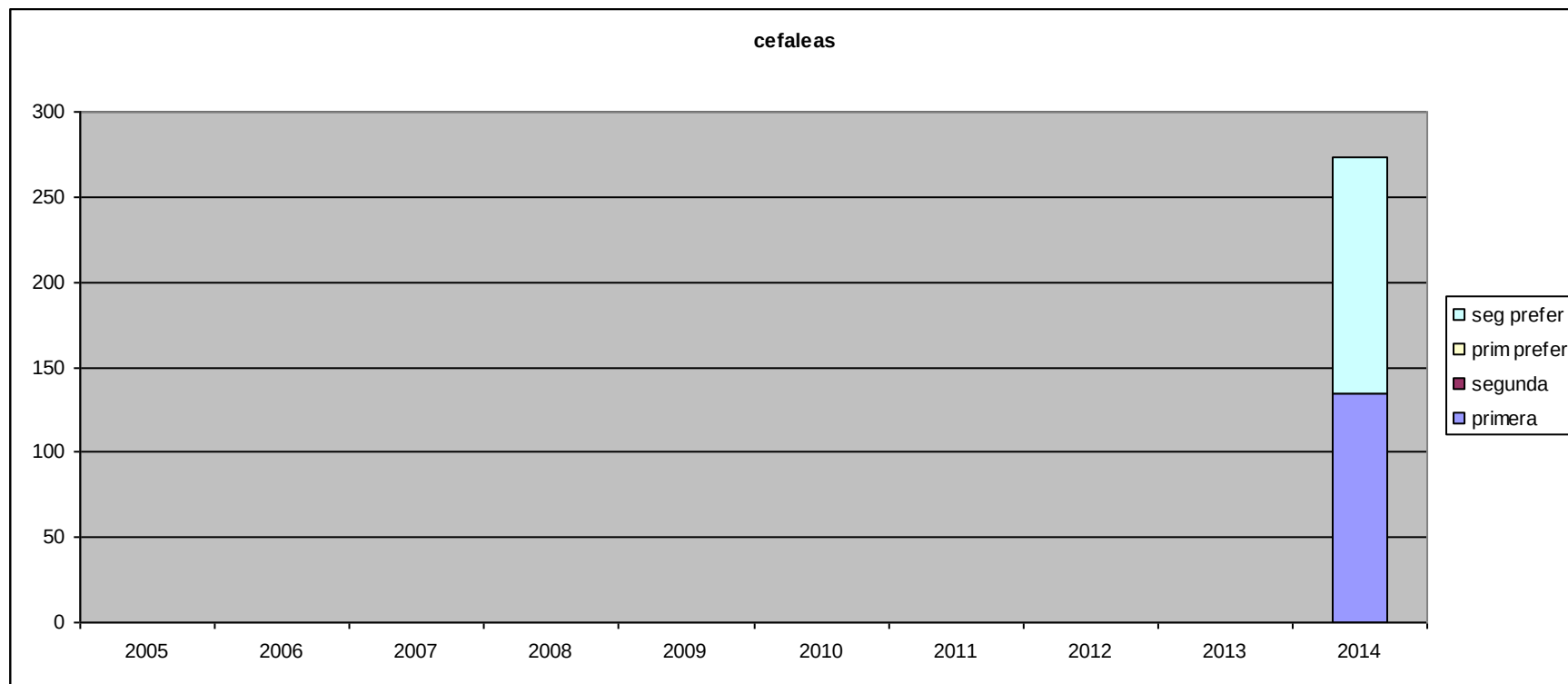


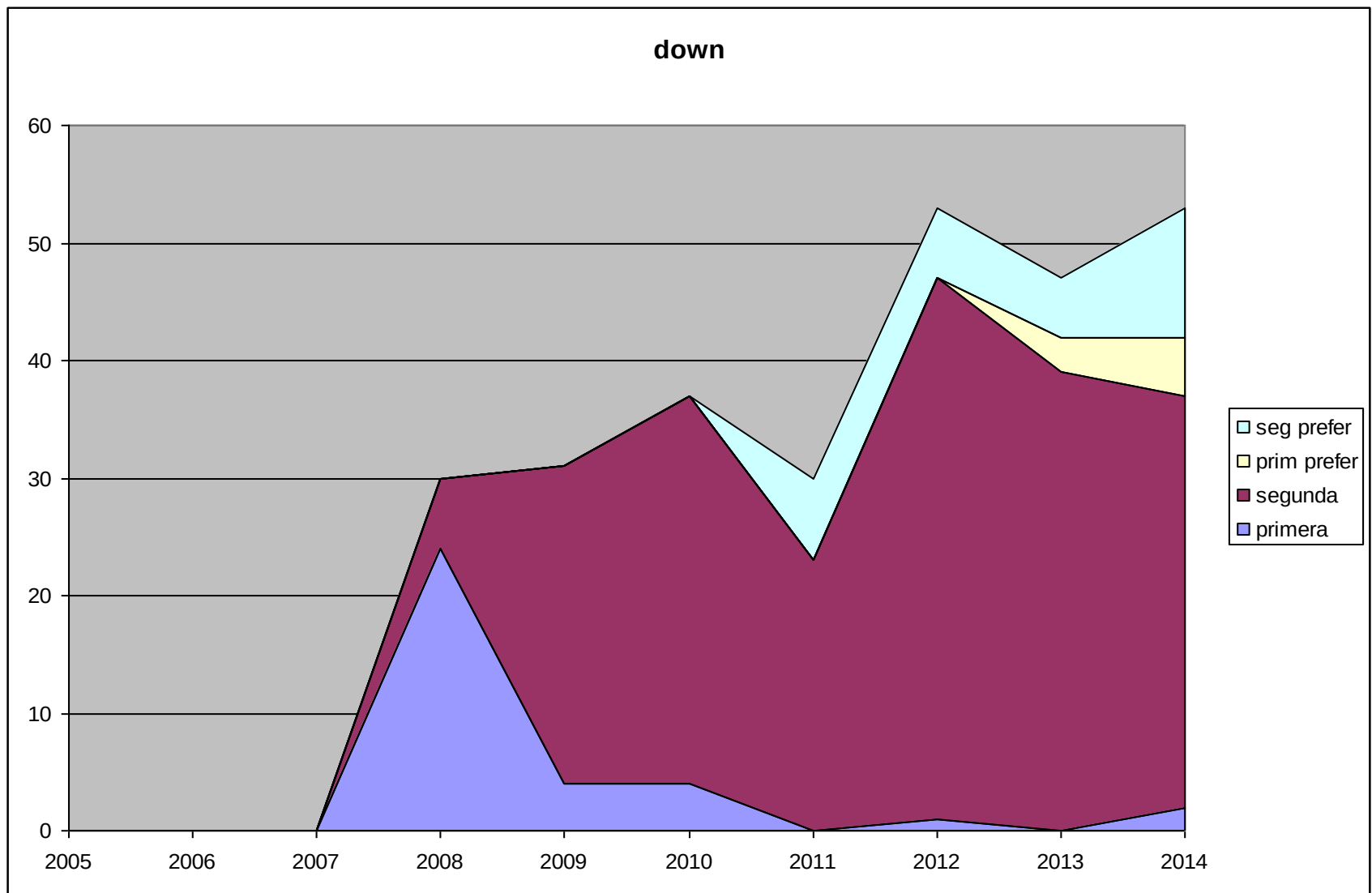
La carga por adjunto hay que valorarla en el contexto de días de consulta que pasan y así se observa que esta equilibrado para todos. Los destacados son neuropediatría y alergia que pasan 4 días a la semana. Aún así todas las consultas suben.

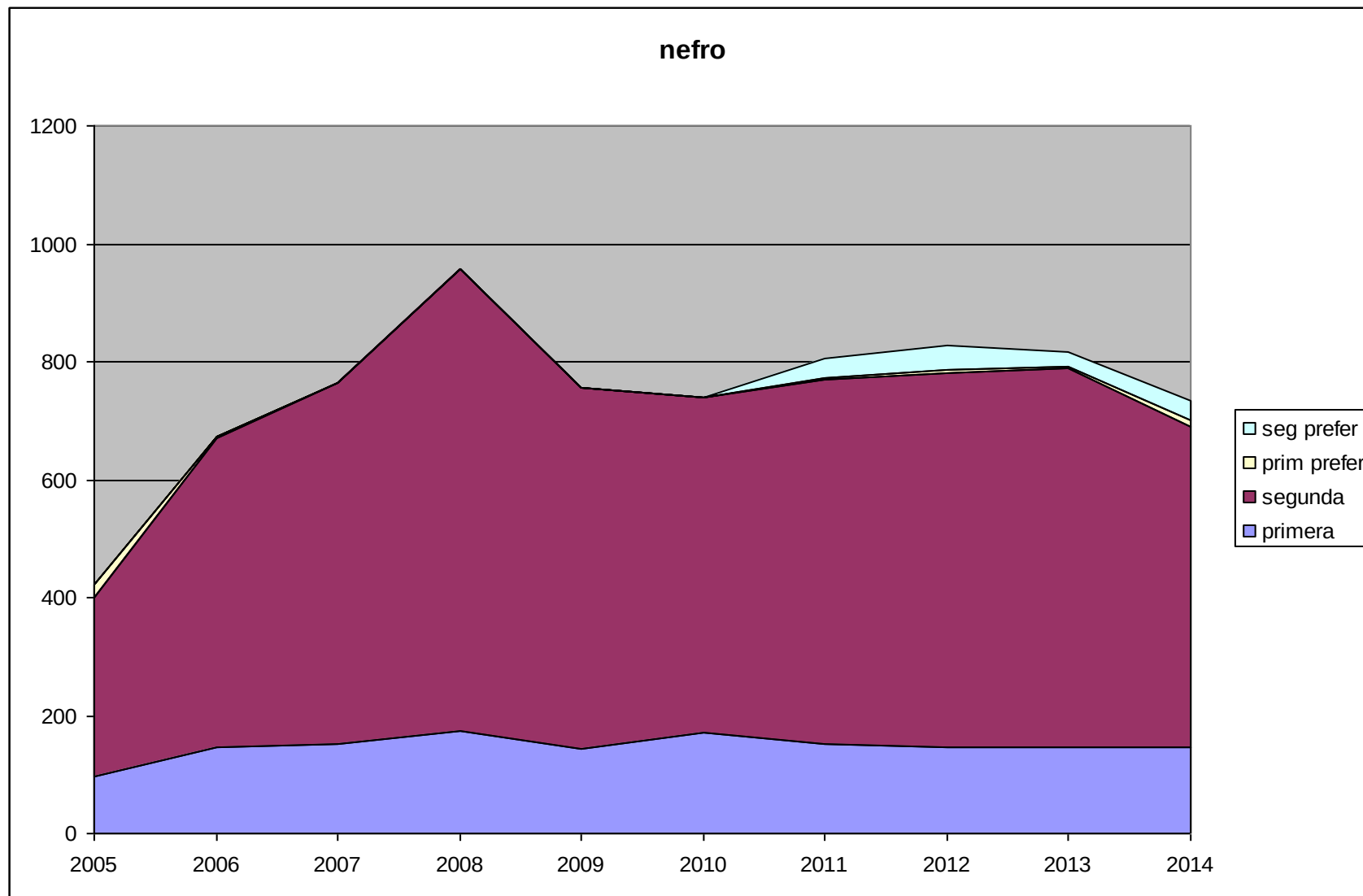


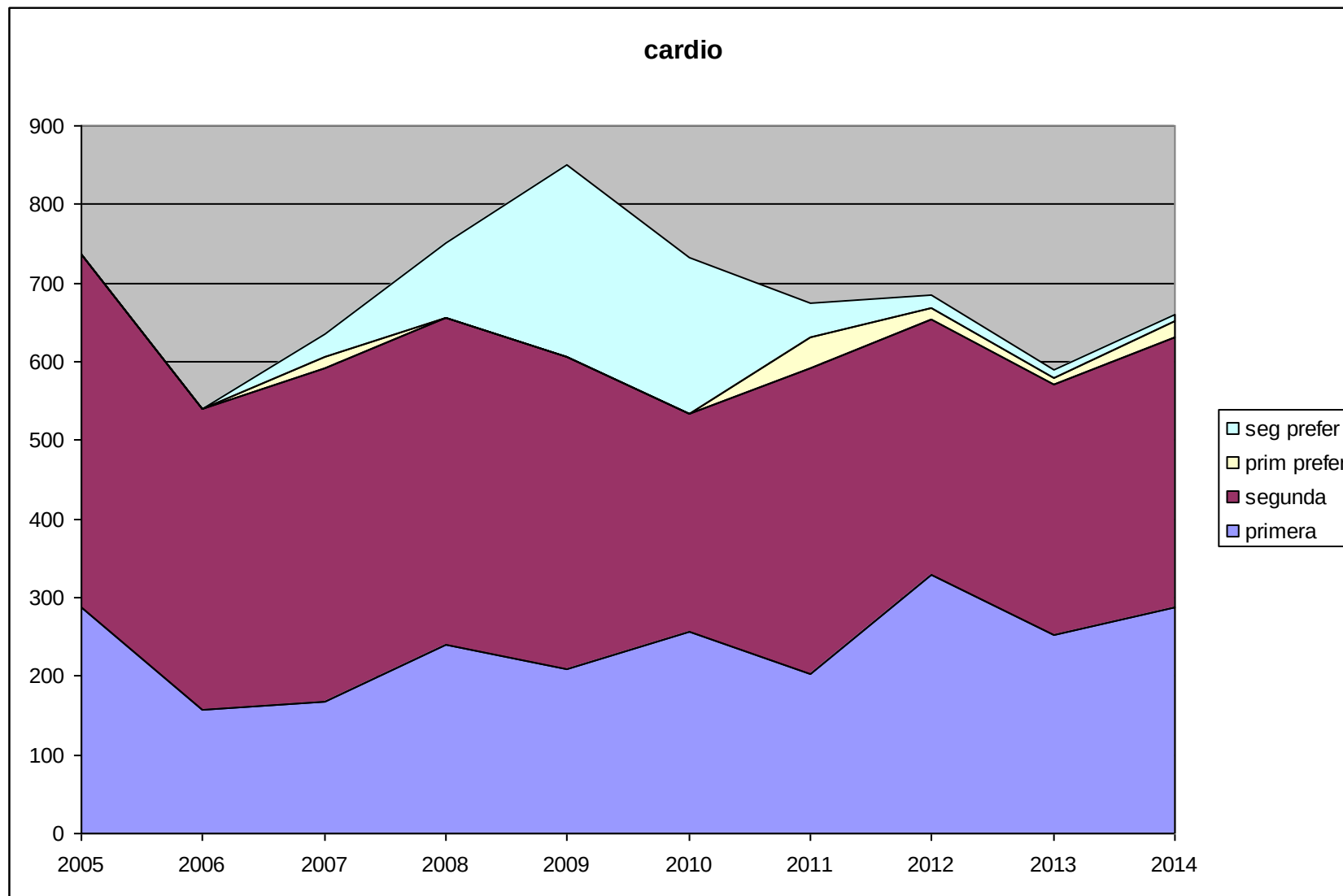


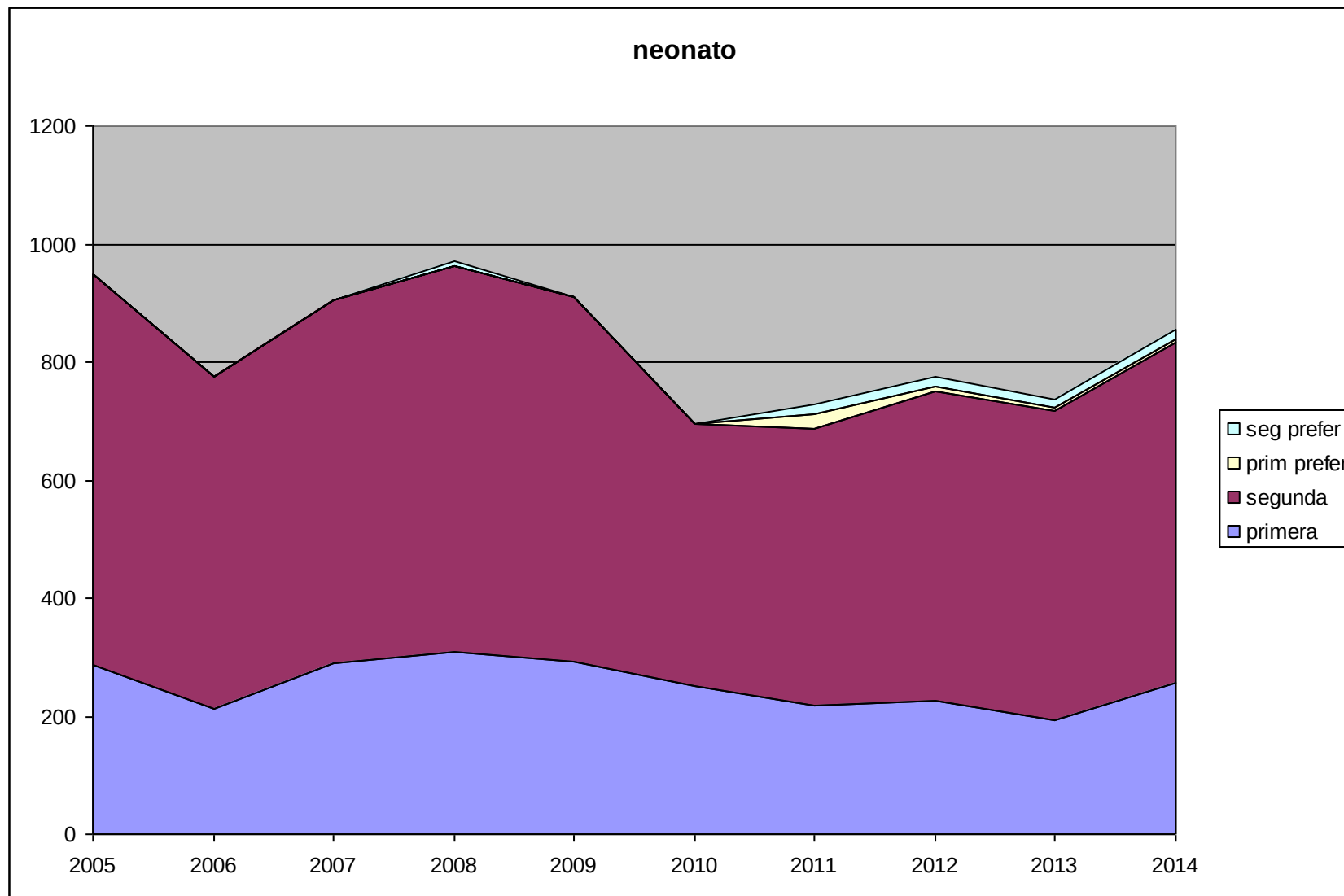


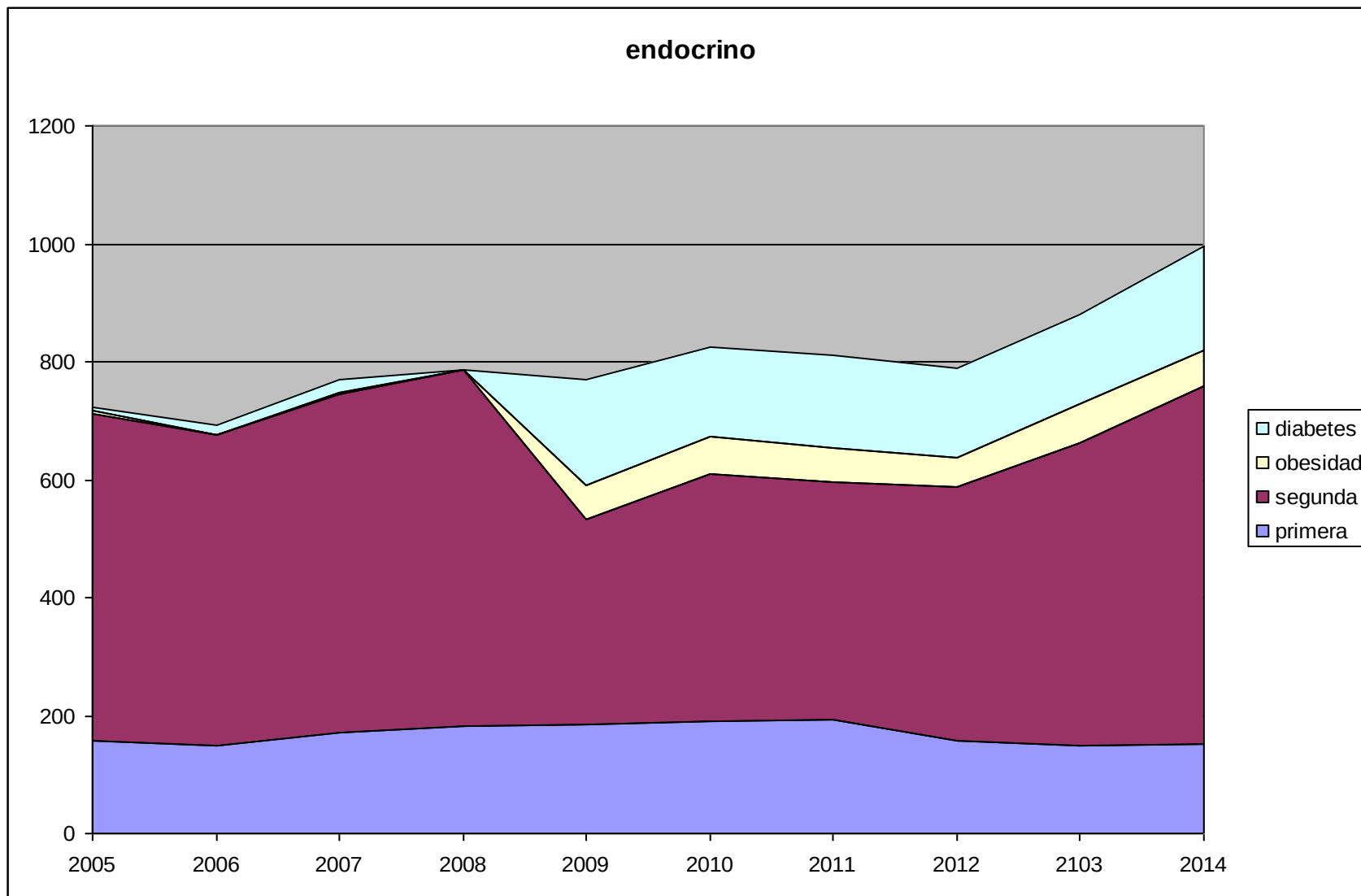


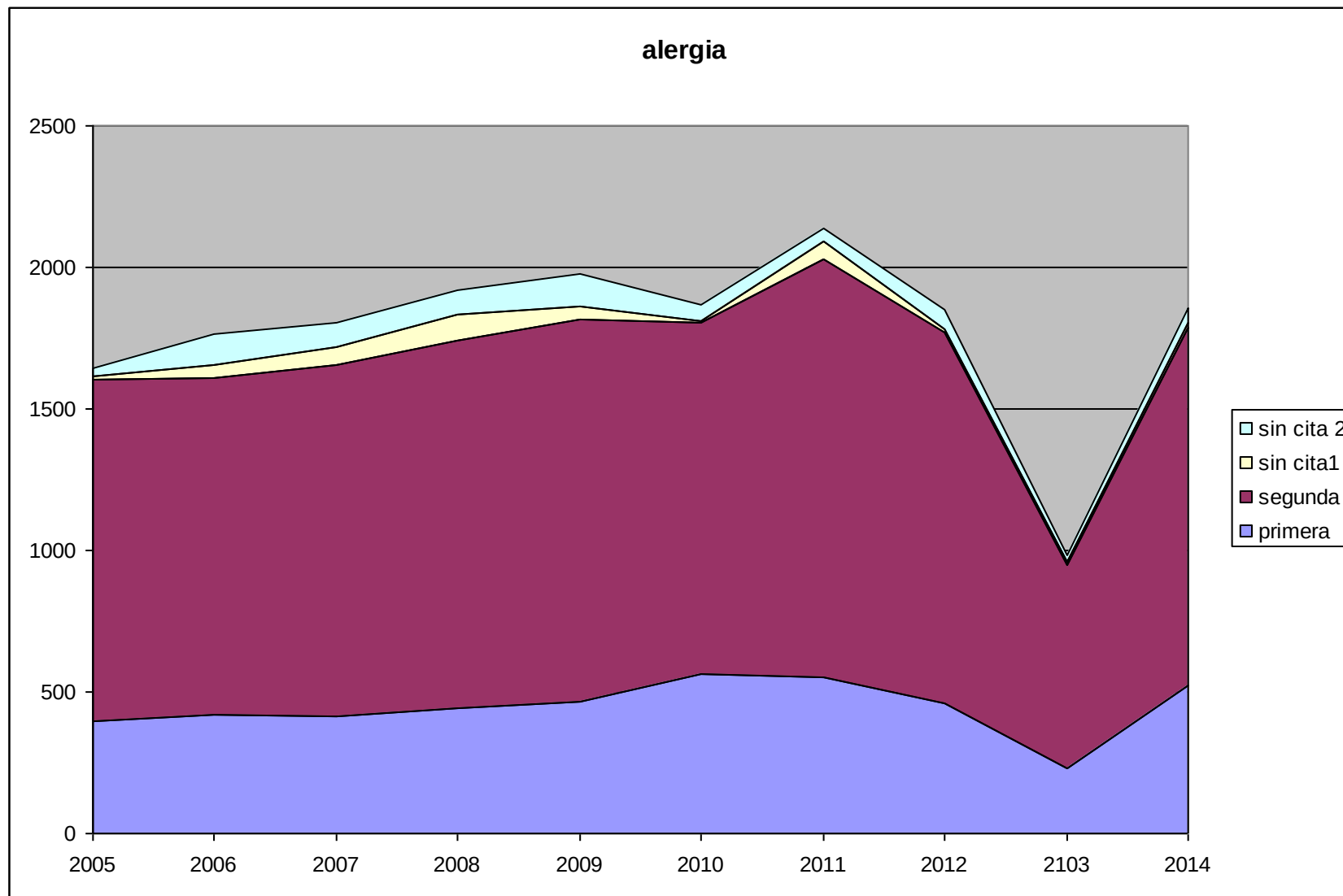


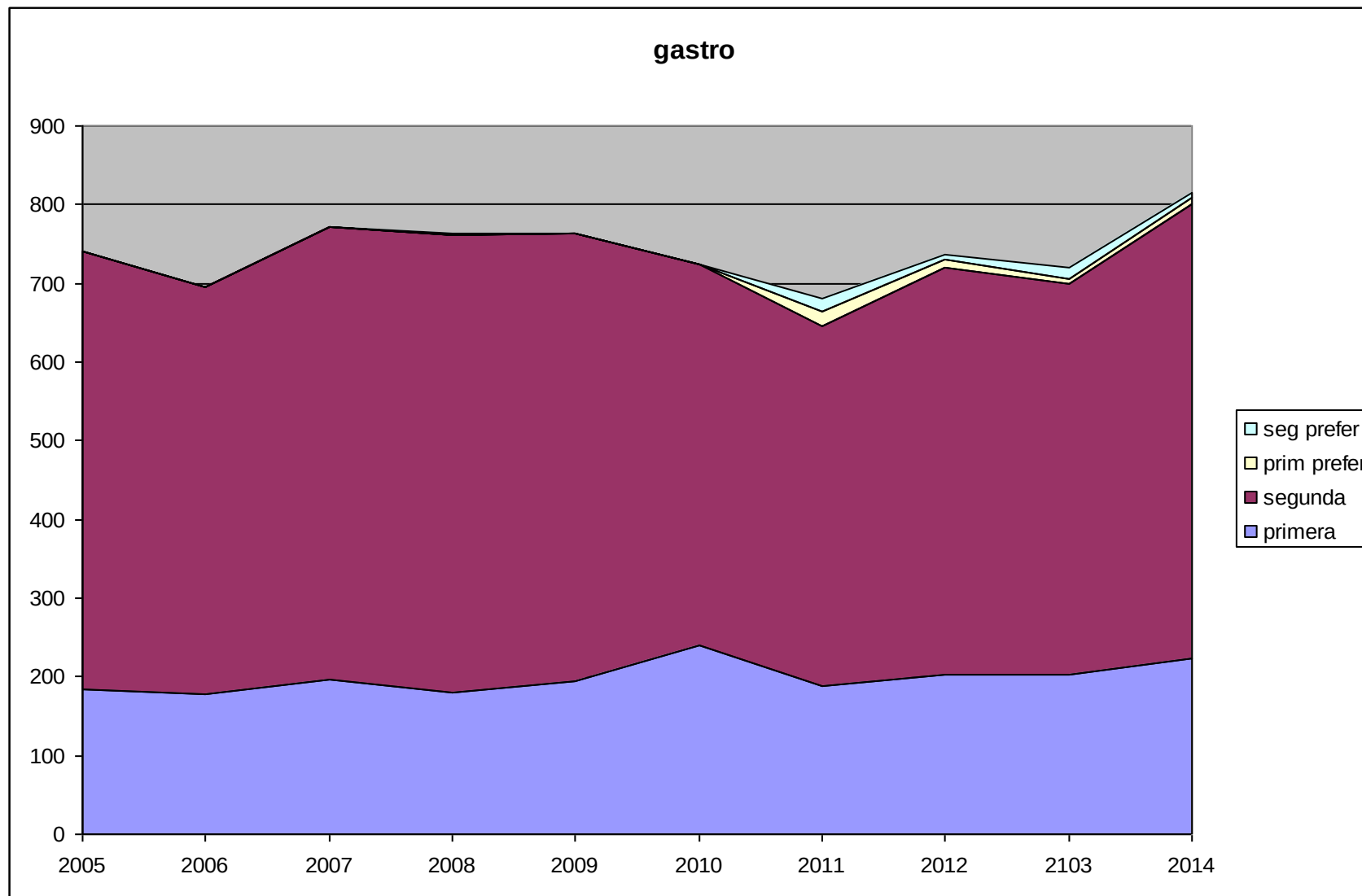


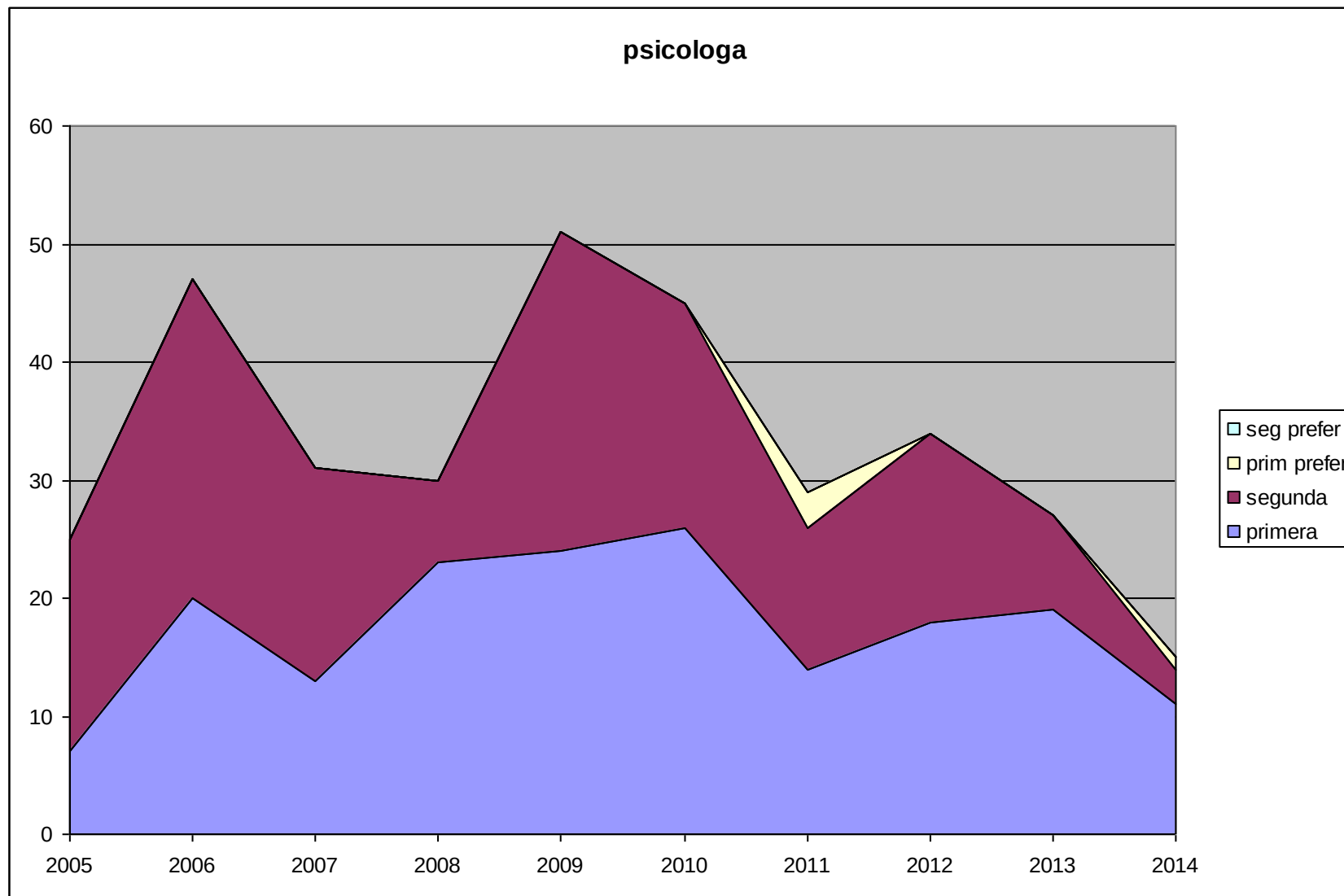












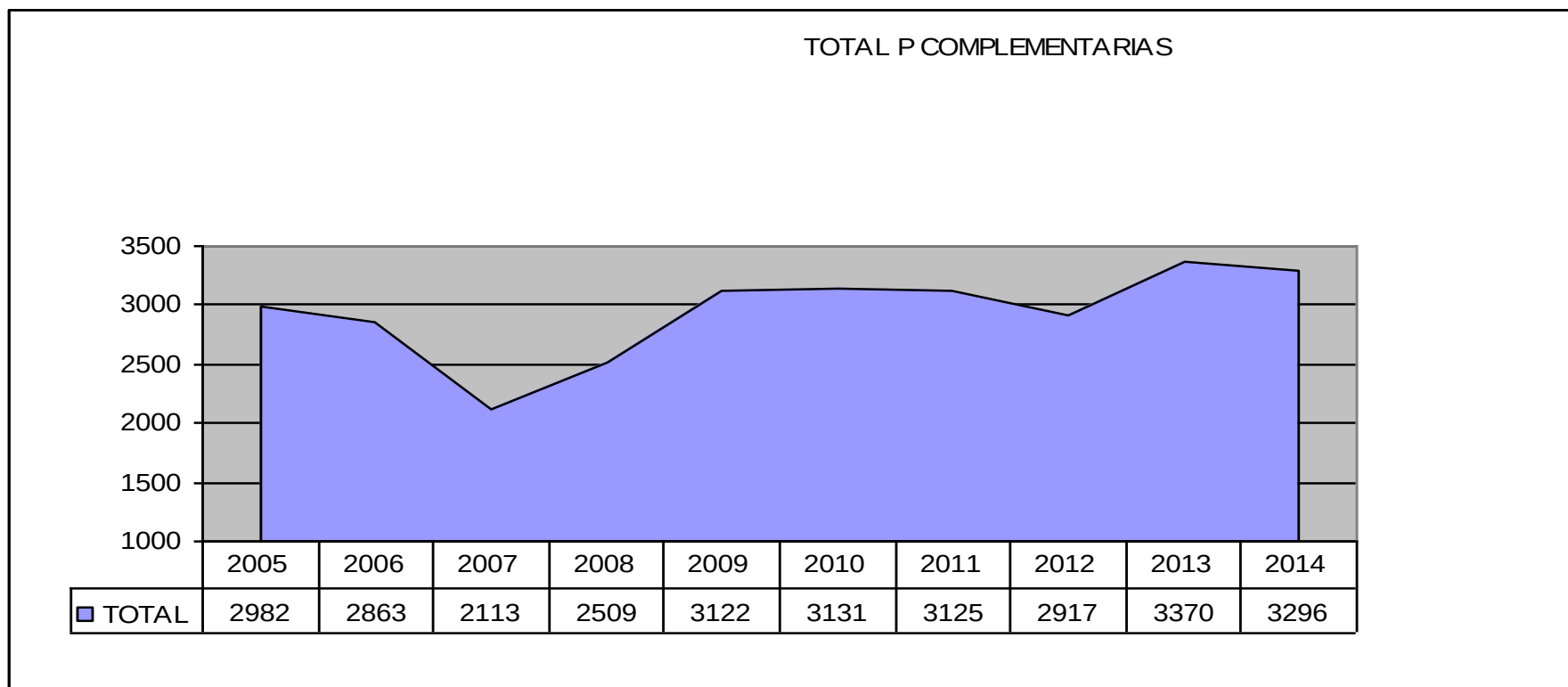
Pruebas complementarias:

CCEE. PEDIATRIA							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CON TIEMPO MEDICO	TOTAL						
1ª VISITAS 1.1	2225	2665	2552	2758	2336	2147	2632
SUCESIVAS 2.2	4857	5485	4960	5600	5641	5721	6265
ECOCARDIOS	380	636	587	594	589	475	607
PRUEBAS DE ALERGIA	428	561	609	740	675	669	756
ESPIROMETRIA	655	729	715	530	502	598	489
PROVOC. MEDICAMENTOS	40	62	66	93	77	49	54
PROVOC. ALIMENTOS	22	35	24	59	56	50	36
							0
SIN TIEMPO MEDICO							0
FROTIS	33	17	42	45	45	22	52
E.C.G.	650	711	651	577	556	486	611
MANTOUX	87	111	59	70	76	93	73
ANALIT. SANGRE	165	188	188	197	278	377	484
ANALIT. ORINA	91	100	113	100	89	63	79
TEST ENDOCRINO	16	19	8	16	6	11	31
TEST DE LACTOSA	89	102	117	130	103	84	148
TEST DE FRUCTOSA	20	9	33	46	48	62	107
OTOEMISIONES (TARDE)	195	247	308	318	251	243	268
TEST DE SUDOR (TARDE)	30	30	27	38	60	46	75
VACUNAS	306	319	426	517	505	544	591
T. A.	2842	3108	3537	3399	3509	3709	4355
HOLTER		56	38	60	38	13	15

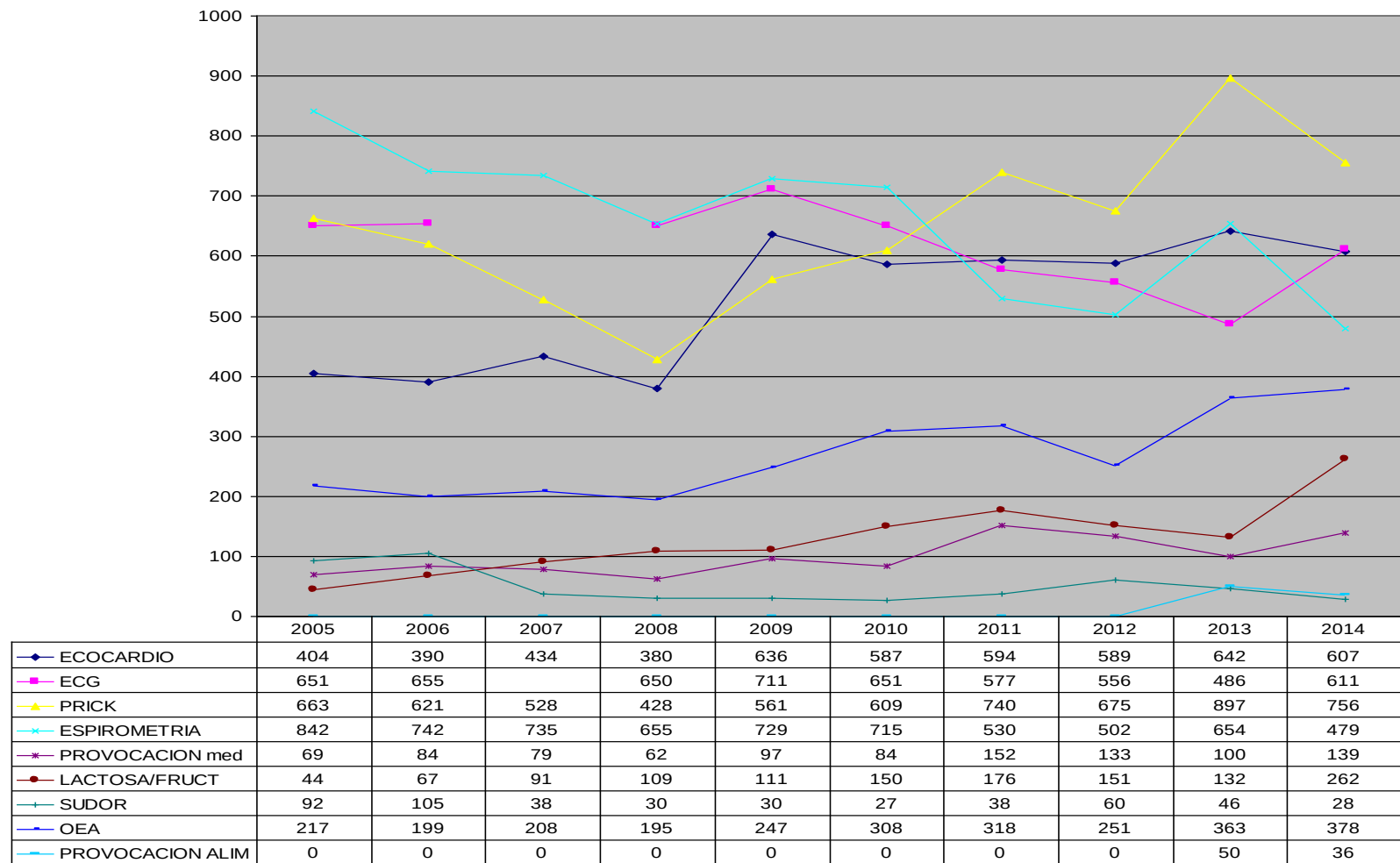
HISTORICO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

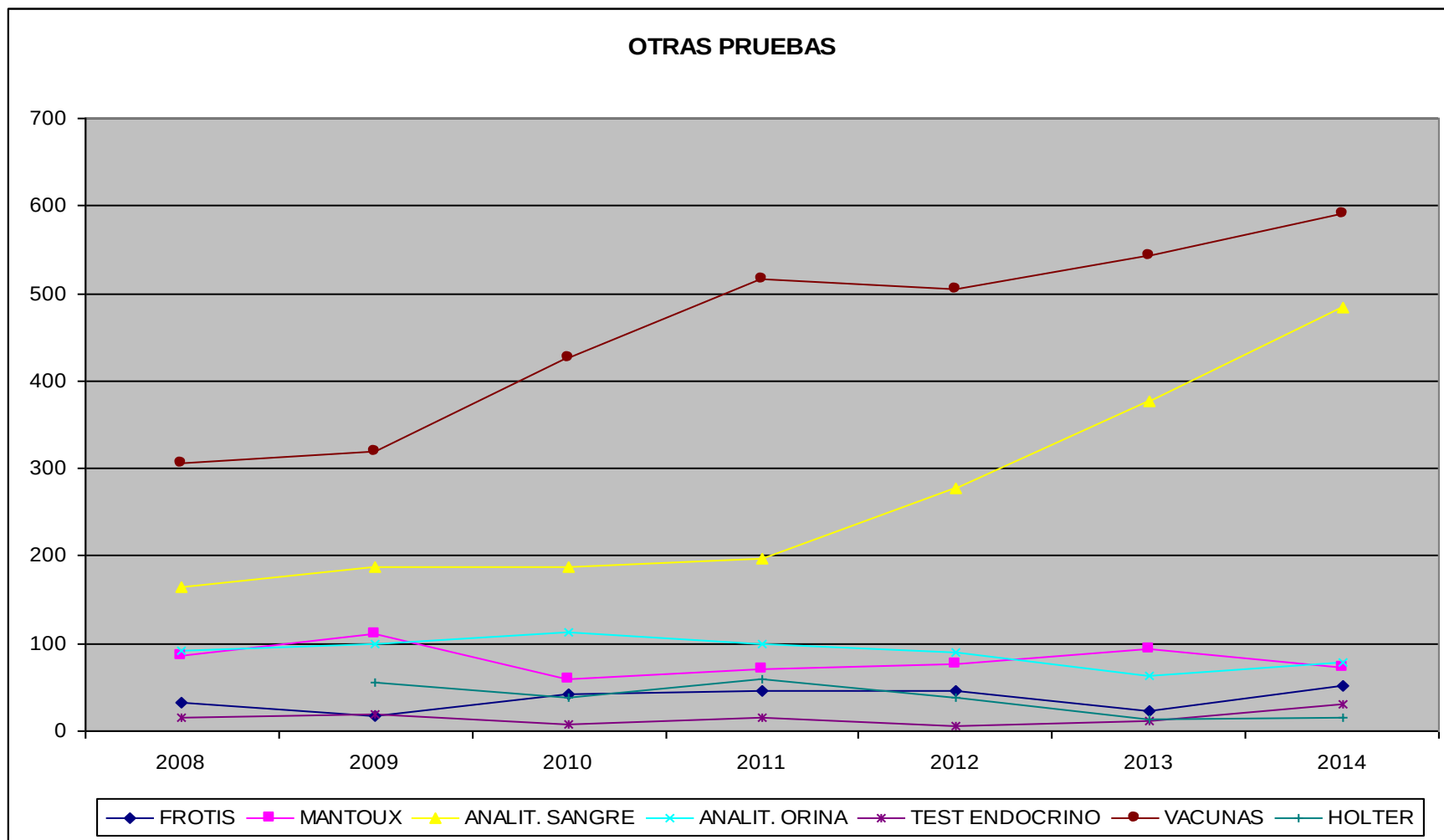
PRUEBAS COMPL										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ECOCARDIO	404	390	434	380	636	587	594	589	642	607
ECG	651	655		650	711	651	577	556	486	611
PRICK	663	621	528	428	561	609	740	675	897	756
ESPIROMETRIA	842	742	735	655	729	715	530	502	654	479
PROVOCACION med	69	84	79	62	97	84	152	133	100	139
PROVOCACION ALIM	0	0	0	0	0	0	0	0	50	36
LACTOSA/FRUCT	44	67	91	109	111	150	176	151	132	262
SUDOR	92	105	38	30	30	27	38	60	46	28
OEA	217	199	208	195	247	308	318	251	363	378
TOTAL	2982	2863	2113	2509	3122	3131	3125	2917	3370	3296

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CCEE



Las pruebas complementarias son muy numerosas, cada año hacemos más y se hacen con el mismo personal y espacio lo que genera problemas de sobrecarga que se solucionan en parte con jornadas de tardes (las otoemisiones y sinagys son así, por ejemplo).





ACTIVIDAD URGENCIAS

URGENCIAS									
	2003			2004			2005		
edad	H	M	total	H	M	total	H	M	total
0-<1M	160	113	273	161	175	336	142	120	262
1M<1A	1446	1147	2593	1479	1159	2638	1578	1274	2852
1A<3A	2473	1895	4368	2259	1762	4021	2306	1798	4104
3A<5A	1137	965	2102	1057	909	1966	1079	793	1872
5A<10A	1652	1353	3005	1468	1259	2727	1523	1463	2986
10A<15A	1645	1374	3019	1601	1257	2858	1497	1260	2757
TOTAL	8513	6847		8025	6521		8125	6708	
URG PED	15360			14546			14833		
PROPORCIÓN PED		20,54%			19,09%			19,03%	
ASISTENCIA TOTAL		74784			76204			77951	

URGENCIAS									
	2006			2007			2008		
edad	H	M	total	H	M	total	H	M	total
0-<1M	161	128	289	211	182	393	204	176	380
1M<1A	1560	1116	2676	1467	1126	2593	1441	1189	2630
1A<3A	2474	2056	4530	2183	1872	4055	2117	1757	3874
3A<5A	1158	896	2054	1152	889	2041	1096	797	1893
5A<10A	1637	1434	3071	1655	1359	3014	1534	1410	2944
10A<15A	1721	1226	2947	1551	1274	2825	1552	1247	2799
TOTAL	8711	6856		8219	6702		7944	6576	
URG PED	15567			14921			14520		
PROPORCIÓN PED		19,69%			19,28%			18,77%	
ASISTENCIA TOTAL		79041			77378			77378	

	2009			2010		
edad	H	M	total	H	M	total
0-<1M	273	261	534	216	168	384
1M<1A	1299	1031	2330	1075	809	1884
1A<2A	1235	1010	2245	1158	880	2038
2A<8A	3209	2549	5758	2688	2150	4838
8A<14A	1806	1578	3384	1492	1289	2781
			0			0
TOTAL	7822	6429		6629	5296	
URG PED	14251			11925		
PROPORCIÓN PED		18,75%			17,05%	
ASISTENCIA TOTAL		75987			69928	

	2011				2012			2013		
edad	H	M	total	edad	H	M	total	H	M	total
0-<1M	162	110	272	0-<1M	224	212	436	189	145	334
1M<1A	1190	824	2014	1M<1A	1054	826	1880	997	747	1744
1A<3A	1812	1477	3289	1A<2A	979	706	1685	976	813	1789
3A<5A	988	817	1805	3A<8A	2631	2035	4666	2798	2101	4899
5A<10A	1387	1106	2493	9A<14A	1526	1361	2887	1592	1512	3104
10A<15A	1288	1168	2456				0			0
TOTAL	6827	5502			6414	5140		6552	5318	
URG PED	12329				11554			11870		
PROPORCIÓN PED		17,78%				17,48%			17,93%	
ASISTENCIA TOTAL		69352				66104			66214	

	2014		
edad	H	M	total
0-<1M	181	203	384
1M<1A	957	719	1676
1A<2A	966	789	1755
3A<8A	3.030	2.251	5281
9A<14A	1.757	1.538	3295
TOTAL	6891	5500	
URG PED	12391		
PROPORCIÓN PED		18,25%	
ASISTENCIA TOTAL		67.901	

Comentario:

El número total de urgencias de niños de 0-14 años (12391) ha aumentado un poco respecto al año anterior (11870) sin llegar a las 15.000 previas de otros años, esto refleja la mejor asistencia urgente que evita re-visitas desde que la atención por pediatras se ha generalizado (se acentúa desde que empezamos a tener 2 residentes por año). Representan alrededor de 34 atenciones al día de las cuales sólo un 20% son traumatológicas como demuestran estudios recientes de La Fe Aunque solo el 3% de ellas son atendidas por traumatología según consta en nuestros propios registros. Sería muy interesante conocer las asistencias que realizan nuestros hospitales vecinos de niños de nuestra área para valorar la fuga de pacientes de este servicio.

Si se opta por analizar el porcentaje de urgencias pediátricas sobre el total se aprecia un nivel en torno al 17-20% (y eso teniendo en cuenta que la población conoce que no existe pediatra en puerta de urgencias de forma continuada, por lo que cuando sea este el caso es previsible un aumento mucho mayor), este volumen justificaría una plantilla mínima dedicada a Pediatría (al menos un DUE, un auxiliar y un medico) cosa que ahora no se cumple, al menos en lo que concierne a personal DUE y auxiliar, que se comparte con otras especialidades de presión alta y con reanimaciones, cosa que retrasa mucho la asistencia de los niños cuando necesitan exploraciones complementarias y empeora el manejo porque el pediatra se ve obligado a poner termómetros, pesar, limpiar vómitos etc. para poder adelantar algo.

Este volumen de asistencia es superior al porcentaje de población infantil de la Safor que es del 16-17% (según el ultimo censo) lo que implica que la población tiene mucha tendencia a frecuentar el hospital, siendo el 90% de las veces motivos no urgentes que no requieren ingreso.

Todo este retraso se refleja en la existencia de quejas por demora prolongada en la atención (este año hemos bajado compensando las carencias con una mejor atención) y empeora mucho la percepción del usuario por lo que se debería corregir de inmediato sensibilizando al personal de apoyo al pediatra para que este siempre disponible y prepare al niño para su atención (peso, temperatura, sat O2...).

Esta situación podría mejorar cuando tengamos adjunto de pediatría en urgencias todos los días de guardia, sobre todo ahora que tenemos dos box pediátricos habilitados. Los dos años que hemos tenido un semestre con pediatra de urgencias se ha notado una mejoría importante de manejo con disminución de ingresos significativa e incluso hemos recibido un agradecimiento por primera vez. Además ya demostramos que este enfoque produce un ahorro directo importante (ver informe del 2011).

Actualmente hay un adjunto dedicado por las mañanas a ver urgencias derivadas del centro de salud que en la práctica esta ocupado todo el tiempo. La carga la asume habitualmente uno de los adjuntos de planta con lo que se sobrecarga mucho, sobre todo en periodos donde tenemos la sala llena. Por ello es necesario tener un refuerzo para esas mañanas y también para cubrir bajas/permisos de forma que la asistencia a sala no se resienta.

Acerca de las crisis y las guardias con el modelo actual.

Dicen que los tiempos de crisis son oportunidades de mejora y me he dado cuenta que a nivel de departamento podíamos ahorrar mucho y mejorar la gestión de situaciones de crisis (bajas y demás) satisfaciendo además a los trabajadores que se implican en la buena gestión.

La situación es la que sigue:

Somos 8 pediatras de hospital (contándome a mi también) y se admiten un máximo de 36 guardias por año y persona para que no se generen días adicionales por exceso de guardias (1/3). Eso hace 3 guardias por mes y persona.

Según esto $3 \times 8 \text{ pediatras} = 24 \text{ días cubiertos sobre } 31 \times \text{mes}$ o también $36 \times 8 \text{ pediatras} = 288 \text{ días sobre } 365 \text{ año}$.

Esto deja al menos 6 días al mes para cubrir, que en el caso de pediatras de hospital generan días adicionales de libranza (77 días anuales / 3 = 26 días extra mínimo, teniendo en cuenta que las fracciones de 3 se computan como día entero y no todos tienen el mismo exceso por lo que en la practica son 30 días x año).

SOLUCIONES POSIBLES:

1.- Contrato de guardias de pediatría: en el año 2014 es el primero que se ha podido aliviar la carga de esta manera y ha permitido aumentar los días de consulta externa al no librar los adjuntos de plantilla. Esta solución suele ser temporal porque el contrato no es del agrado de los facultativos y suele ser un contrato puente hasta que consiguen algo mejor.

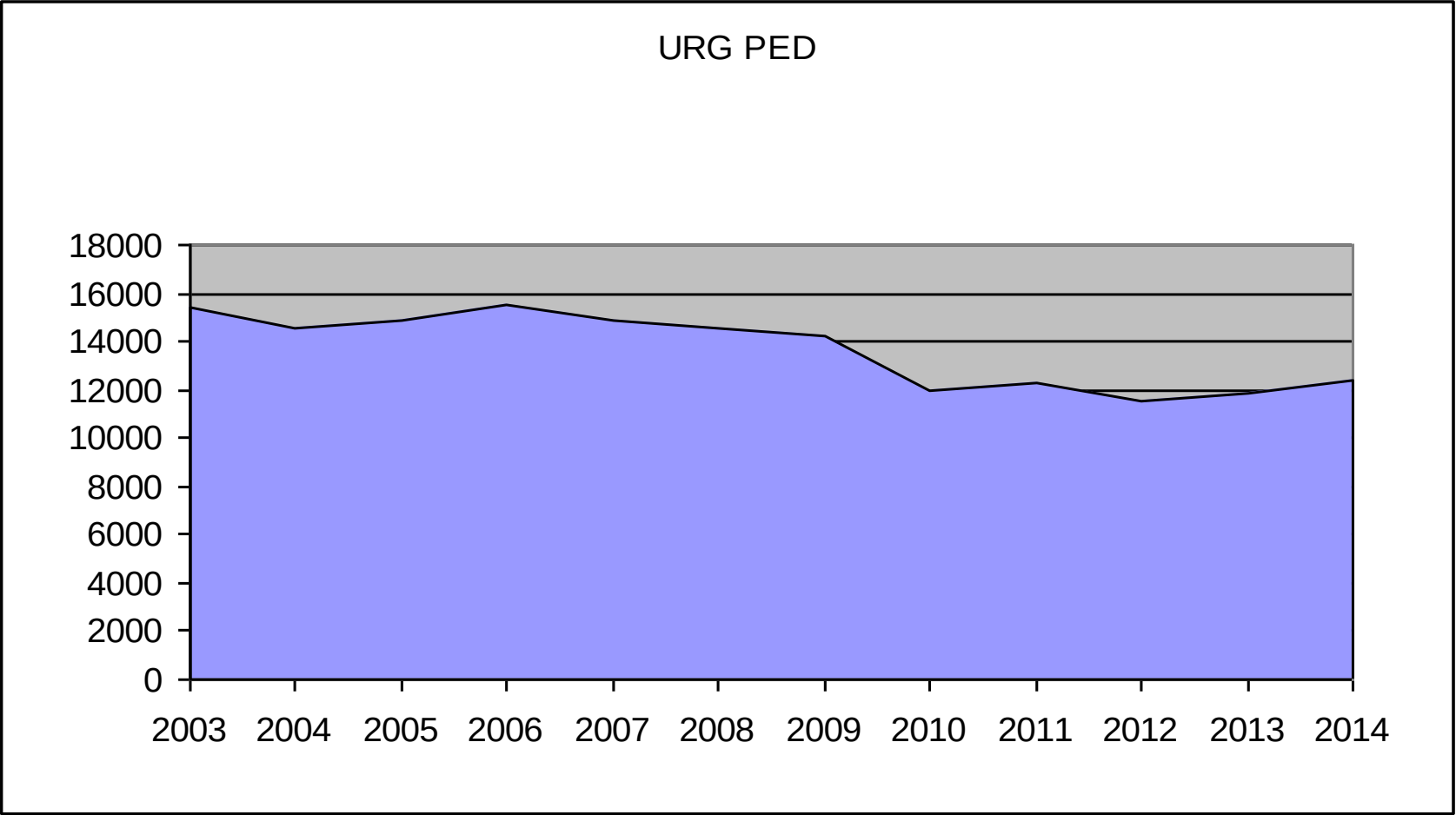
2.- Ampliar plantilla a 10 pediatras : SOLUCIÓN PERFECTA PERO AHORA DIFICIL ECONOMICAMENTE

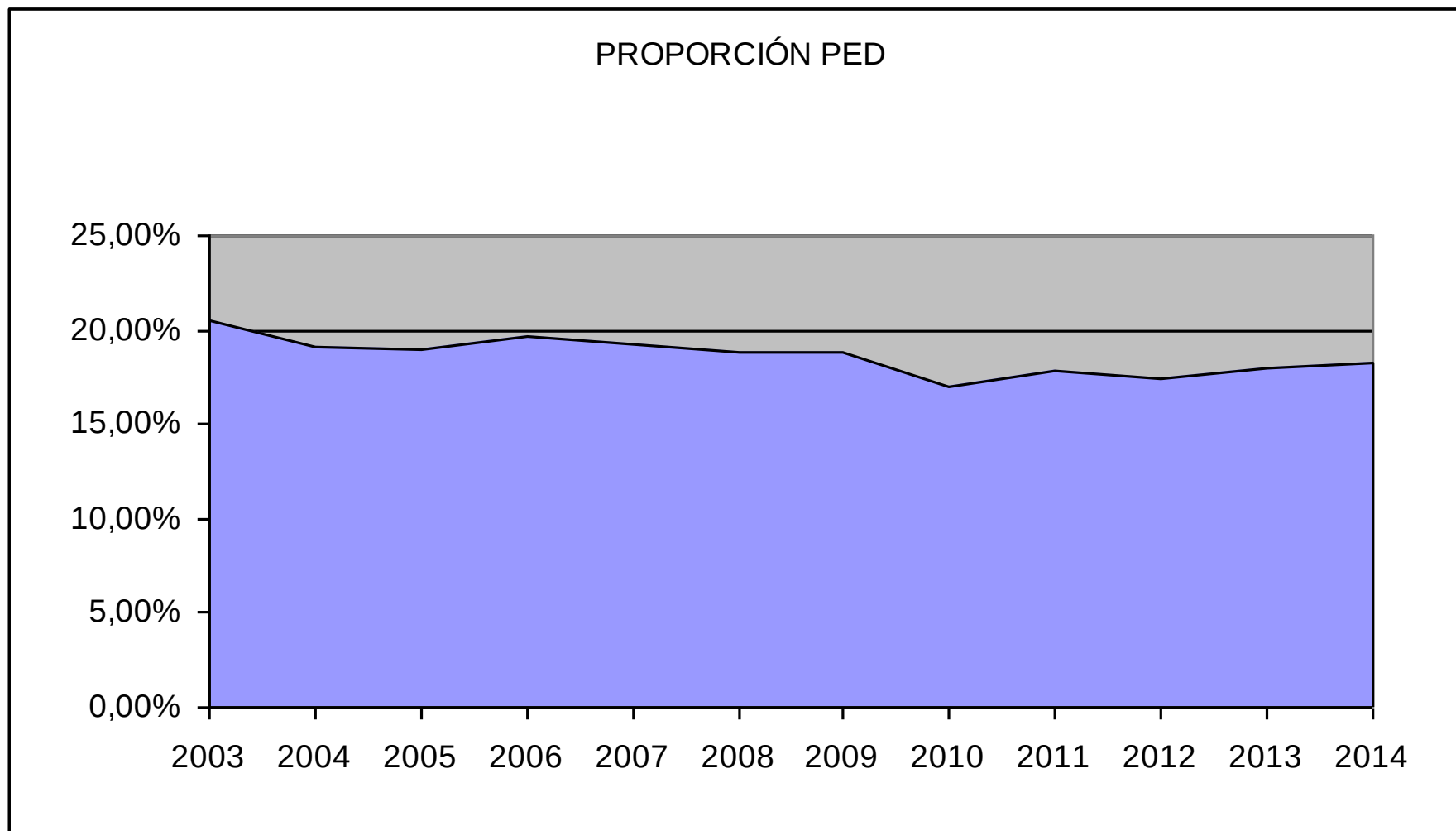
3.- Utilizar los múltiples pediatras de primaria que NO hacen ninguna guardia y tienen la misma formación: NO todos pueden o quieren pero esta es la solución más económica e inmediata siempre que no pasen de 3 al mes. Esto genera una libranza en

primaria fácilmente asumible (solo 3 días al mes) e impide que se generen libranzas adicionales por exceso de guardia supliendo el escaso numero de pediatras de hospital sin aumentar plantilla.

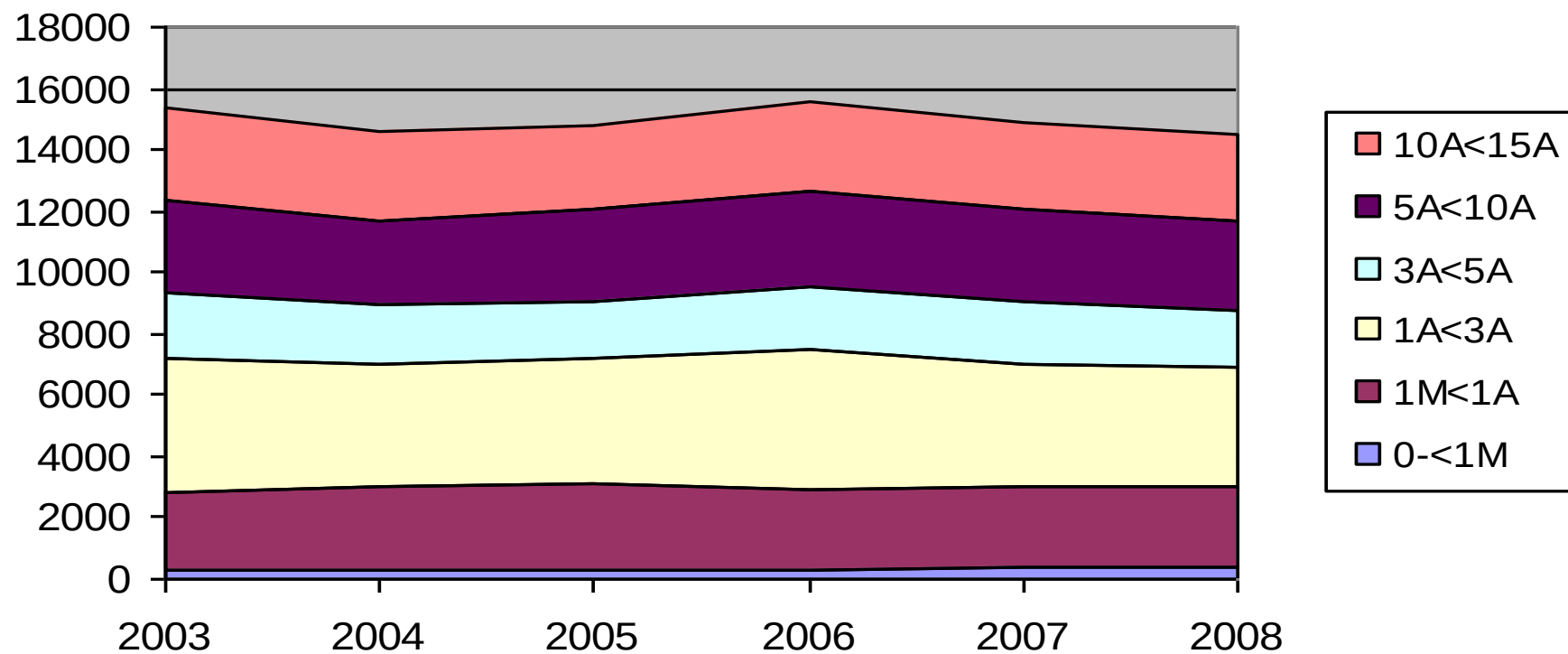
Si se facilita por parte de gerencia que hagan esas 6 guardias se consigue evitar que los pediatras de hospital generen libranzas adicionales por lo que el departamento ahorra casi un mes de días de compensación, que como se puede comprobar representa un ahorro considerable de dinero, tiempo de trabajo en hospital, además de carga asistencial sobre una plantilla muy pequeña (comparado con otros comarcales somos los que menos personal tenemos y con los privados la diferencia es abismal) y se aprovecharía para hacer mas c externa y acortar lista de espera, así que el departamento en conjunto gana.

ACTIVIDAD URGENCIAS 0-15 AÑOS

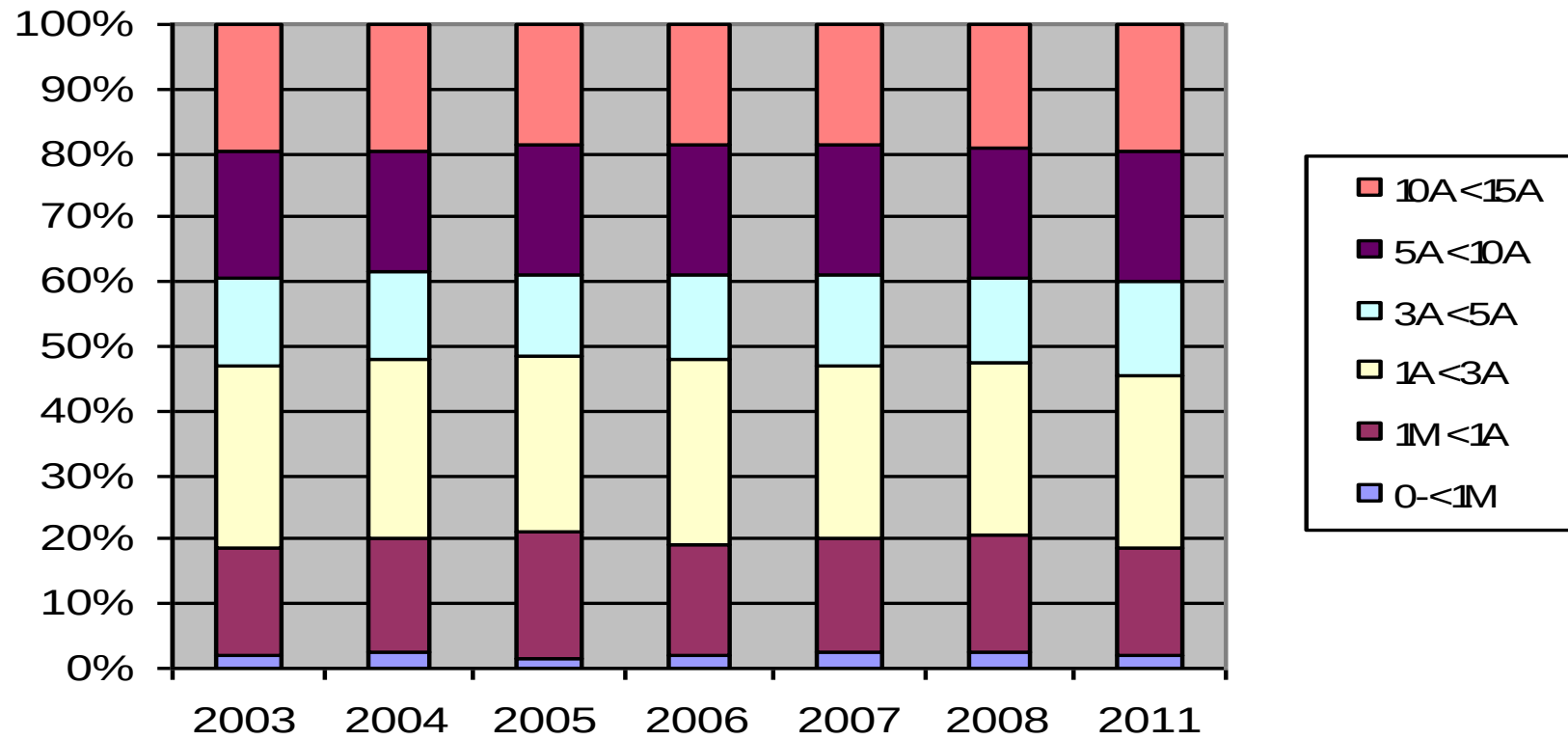




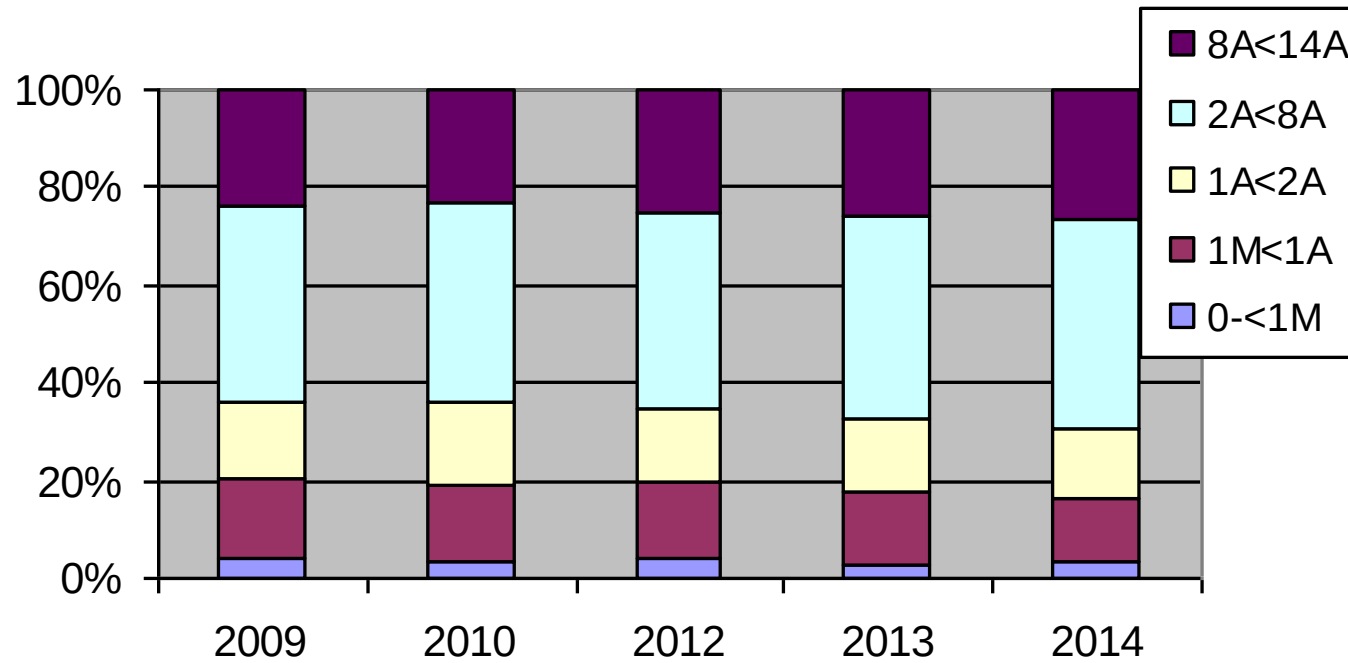
Urgencias por edad



Urgencias por edad



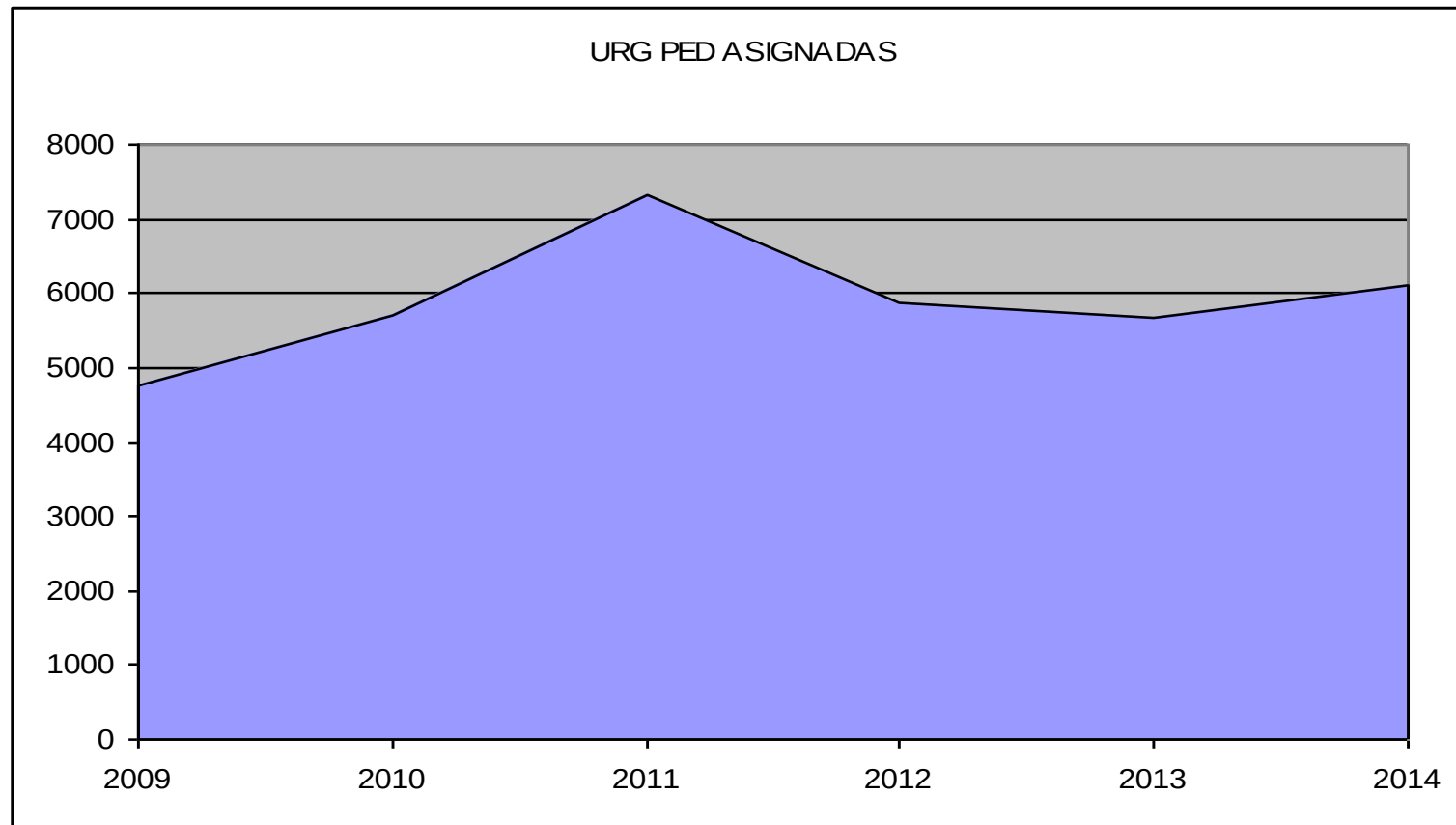
EDADES URGENCIA



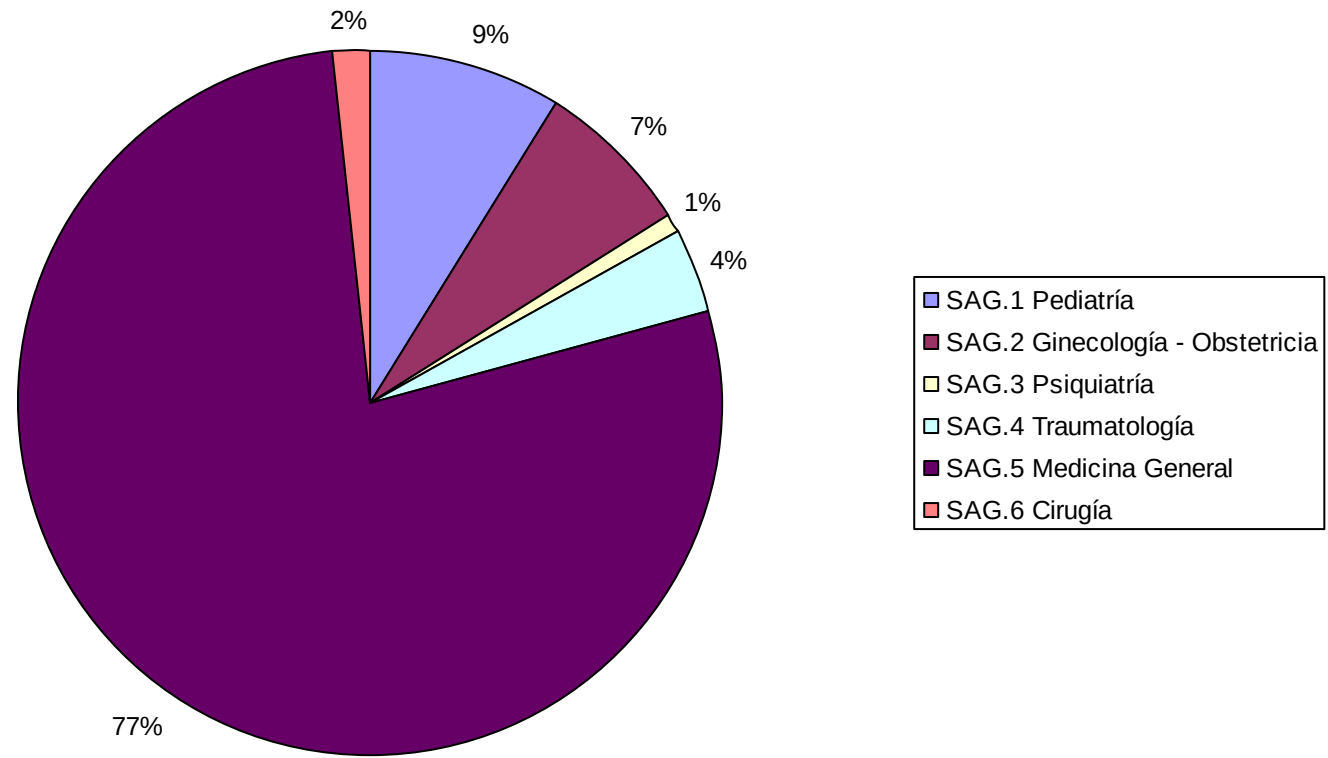
Por edades se ve que en años anteriores casi el 80% de las urgencias se dan en población menor de 8 años de forma bastante estable y casi un 40 % son menores de 2 años. Esto denota un fallo severo de la asistencia primaria en atención continuada puesto que los niños pequeños se derivan casi siempre al hospital.

Si existieran puntos de atención continuada de pediatría o médicos de familia bien formados en niños mucha de esta presión se podría evitar, adecuando la asistencia para el que realmente lo necesita. Se debería sino valorar poner un punto de atención pediátrico cubierto por primaria en la puerta de urgencias para filtrar lo que llega al hospital y mejorar la posibilidad de asistencia para los que realmente lo necesitan.

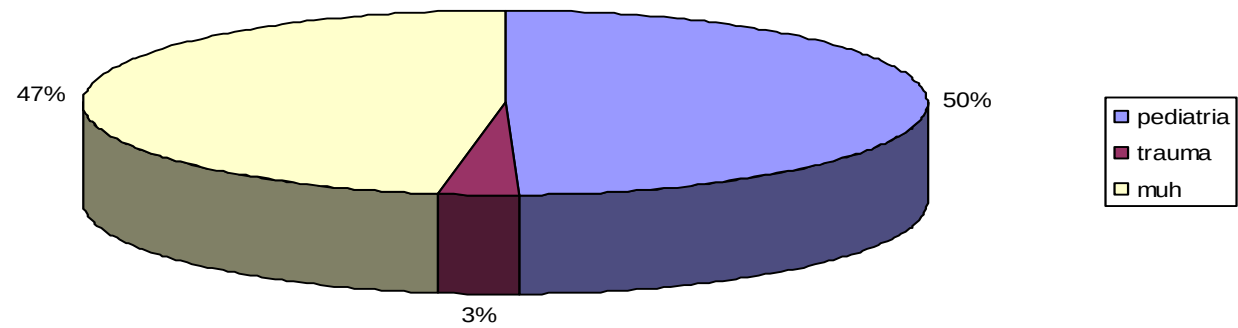
ACTIVIDAD URGENCIAS ADSCRITAS A PEDIATRÍA (URG PED)



URGENCIAS 2014



URGENCIAS NIÑOS 2014



Este año se han asignado a pediatría un total de 6118 urgencias (500 más que el año pasado). Este es ser el mínimo asignado con firma de pediatra sin contar con pacientes solucionados por pediatra y firmados por medico/residente de familia, días de fallos informáticos e informes realizados a mano por presión asistencial u otros motivos. Aún a pesar de estos problemas los informes firmados representan el 50% de las urgencias en edad pediátrica, sin descontar traumatológicas (que son el 20% aunque solo el 3% tiene firma del traumatólogo), por lo que el porcentaje es aún mayor. De todas formas, si se asume la asistencia urgente pediátrica, el volumen medio a atender será 33 niños al día así que en un futuro (nuevo hospital) debería articularse la atención urgente en base a un pediatra de primaria y un residente de pediatría para la puerta de urgencias con un adjunto de hospital para salas, partos, ingresos y apoyo urgente imitando a los hospitales vecinos. Sería muy necesario valorar las fugas de pacientes a la Ribera puesto que creemos que justifica, más aún si cabe, el gasto de contratar un pediatra de urgencias que mejore esta área (ver anexo al final).

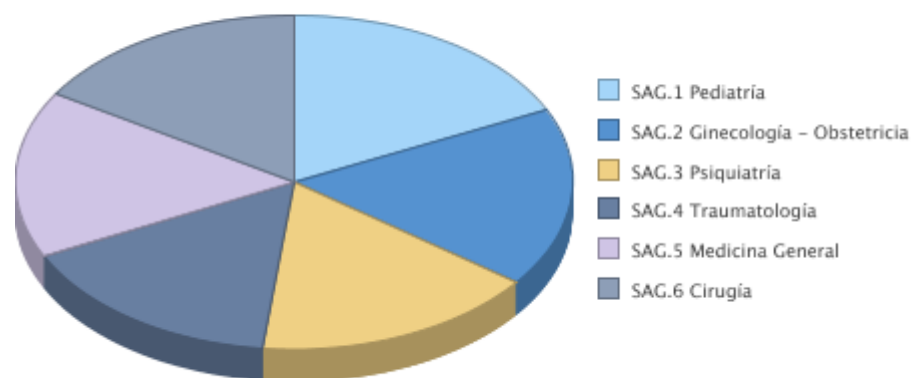
Para ello se debería fomentar también la realización de guardias de los pediatras de primaria en este hospital y para poderlo llevar a cabo necesitamos un pediatra correturnos que cubra las libranzas de este personal o cubrir los pediatras que no hacen guardias a los que hacen cuando libren.

Por otra parte se debe fomentar que los pediatras que ocupen nueva plaza en primaria sepan que están obligados a hacer guardias en el Hospital de forma que poco a poco se pueda constituir un turno de guardia completo de forma voluntaria. Esta área es una de las pocas donde los pediatras en primaria no hacen guardias de ningún tipo y eso se debería valorar bien.

Pediatría es la especialidad que mas atiende en tiempo a sus pacientes con un 81%

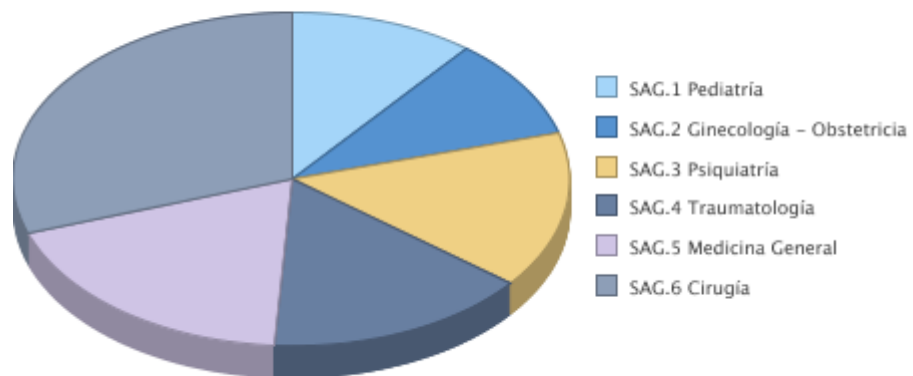
SAG.1 Pediatría	81,27%
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	78,01%
SAG.3 Psiquiatría	74,55%
SAG.4 Traumatología	72,44%
SAG.5 Medicina General	72,27%
SAG.6 Cirugía	73,29%

Pacientes atendidos en tiempo



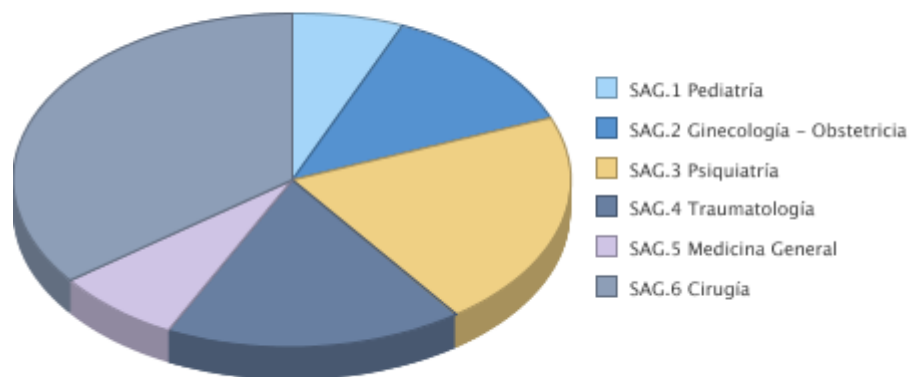
El tiempo de permanencia en urgencias también es el segundo más reducido.

SAG.1 Pediatría	108,0 m
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	98,3 m
SAG.3 Psiquiatría	151,5 m
SAG.4 Traumatología	154,8 m
SAG.5 Medicina General	187,9 m
SAG.6 Cirugía	304,3 m

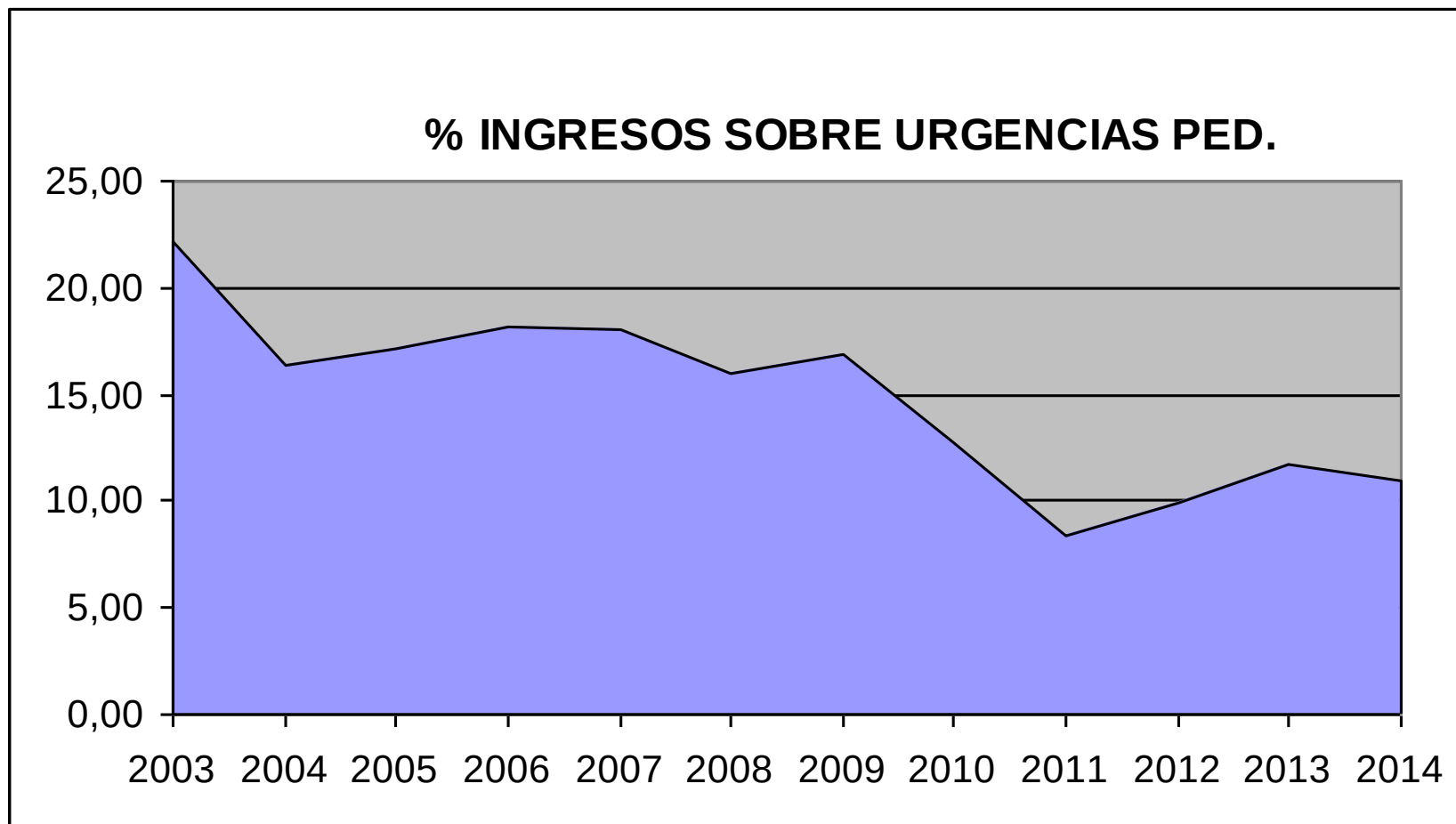


La tasa de ingresos es la menor de todas las especialidades.

SAG.1 Pediatría	10,38
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	19,56
SAG.3 Psiquiatría	33,39
SAG.4 Traumatología	27,43
SAG.5 Medicina General	11,7
SAG.6 Cirugía	55,92



Urgencias ingresadas



La proporción de ingresos se ha conseguido disminuir a lo largo de los últimos años, lo que implica protocolos de manejo ya maduros. Asimismo evidencia que la gran mayoría de niños vistos en urgencias NO eran urgentes ni precisaban un manejo hospitalario, lo que claramente apunta a un fallo de la asistencia pediátrica. Este año el servicio de Pediatría mantiene unos criterios rígidos de ingreso que son revisados periódicamente con el objetivo de ser especialmente cuidadoso con los ingresos innecesarios disminuyendo estos y de forma secundaria el gasto asociado. Esto se ha logrado potenciando la atención en urgencias y la cita precoz a CCEE para evitar ingresos a cambio de revaloraciones en CCEE. Esto ha permitido crear una zona de 4 camas de pediatría que se ceden en épocas de alta presión en adultos a modo de reserva para disminuir las camas C. Todo esto considerando además que no tenemos camas de observación en urgencias que podrían disminuir aún más algunos ingresos pediátricos de corta estancia.

El informe de ingreso de urgencias nos sirve de embrión del alta definitiva para la sala, con lo que se esta consiguiendo que todos los pacientes salgan con su alta definitiva en mano y no se utilice el correo “a posteriori” como antes disminuyendo así pérdidas y gasto.

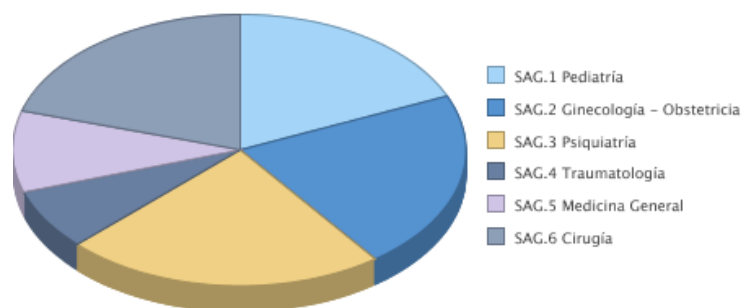
El año 2012-13 se ha potenciado el aspecto digital para consolidar la historia sin papel pero el tener 2 programas en hospital (alta y abucasis) obliga a estar cambiando de uno a otro y además de abrir otros programas para visualizar las exploraciones complementarias de laboratorio (weblab) y RX (centricity), y no digamos si tenemos que ver exploraciones del Clínico o La Fe. Todo esto genera mucho consumo de tiempo y confusión que se debería solucionar integrándolo todo en un solo programa (¿Orion?) lo antes posible. No tener toda la historia integrada motiva una peor atención al paciente, consume tiempo innecesario y dificulta la transmisión de la información.

Además de lo citado se cumplimenta de forma constante el registro vacunal para todos los RN vía WEB para que atención primaria tenga el registro informatizado y también se rellena de forma nominal el registro de otoemisiones de la Conselleria lo que crea una carga sobre la secretaria tremenda, además de llevar el programa de actividad de maternidad y sala (Kewan) de donde posteriormente se sacan las estadísticas que nos permiten saber como vamos, todo añadido a la gestión de las altas y citas de sala. Por ello a partir del 2009 se derivaron las citas normales de CCEE a cita previa y pediatría asumió las especiales y las de sala, con ello conseguimos que el personal de CCEE de pediatría se dedique a sus funciones y no a dar citas que es lo que pasaba hasta ahora, y la secretaria dispone de un tiempo extra para llevar todos los datos del Servicio y las altas al día, aunque aun se dan muchas citas en CCEE para agilizar. El problema actual es que la secretaria de pediatría sirve de refuerzo en varias áreas por lo que no puede realizar adecuadamente su labor aquí y se generan muchos problemas en el servicio. Sería una medida

a revalorar la recaptación de toda la cita de pediatría tanto de primeras como segundas a cargo de la administrativa de pediatría. Esto permitiría ocupar todo su tiempo, dar citas a los padres al salir de alta y también en consultas externas para que no vayan deambulando por el hospital, así como corregir citación en caso de bajas inesperadas, añadir citas en consultas extra o programas mas primeras o segundas según la necesidad de la consulta, en resumen aportaría una flexibilidad de citación que permitiría aprovechar al máximo el espacio al tiempo que daría comodidad a los usuarios. Se podría dedicar a la secretaria a todo el área maternoinfantil gestionando también los recién nacidos y la maternidad de forma integrada.

Tasa retorno 72h

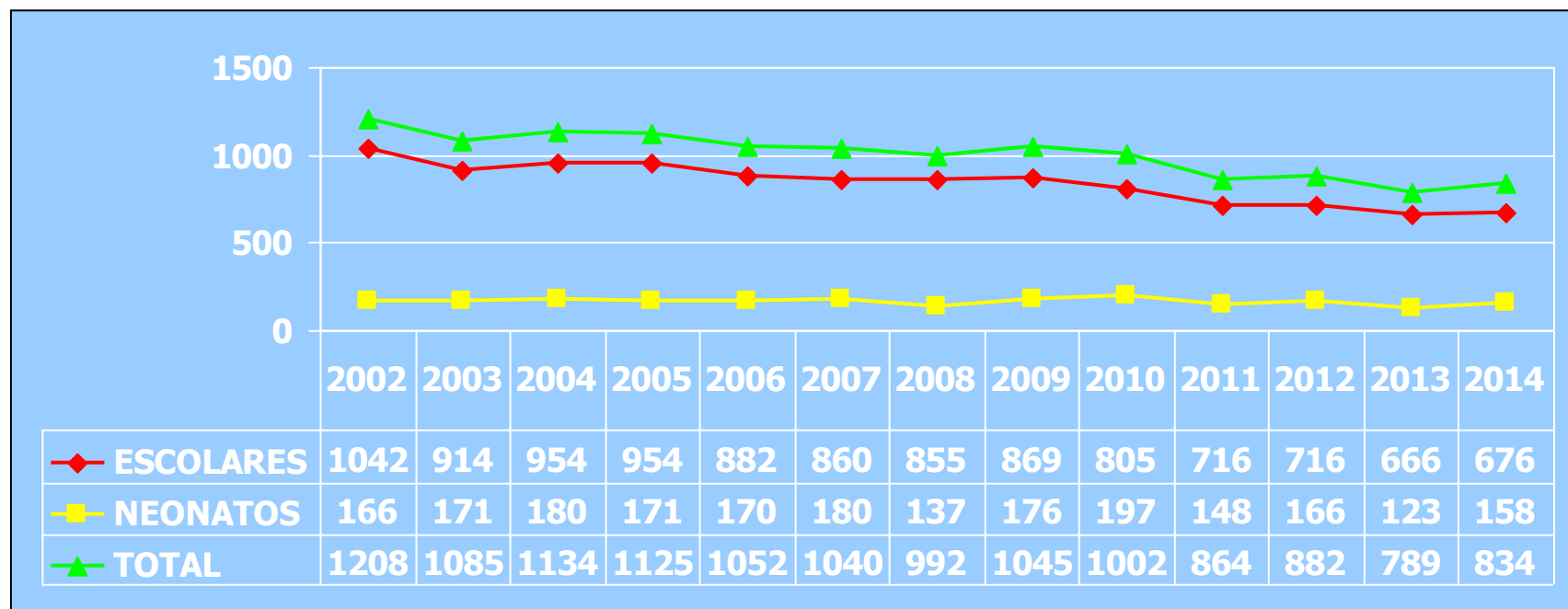
SAG.1 Pediatría	9,02%
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	10,39%
SAG.3 Psiquiatría	11,18%
SAG.4 Traumatología	3,52%
SAG.5 Medicina General	4,65%
SAG.6 Cirugía	9,96%



La tasa de retorno es media pero se trata de niños y es frecuente la patología viral prolongada sin tratamiento efectivo (IVRS, GEC...) que causa reconsultas con frecuencia. Creo que bajar de esa cifra es imposible con la estructura pediátrica actual puesto que no hay asistencia urgente en centros de salud por lo que la gente se ve forzada a acudir a urgencias desde las 21h, además, como ya se ha comentado, la patología del niño comprende muchas enfermedades virales que no tienen tratamiento resolutivo y son prolongadas por naturaleza (BRONQUIOLITIS, GRIPE, IVRS, GEC...) por ello el revisiteo es muy frecuente aún con una buena gestión.

ACTIVIDAD GLOBAL PEDIATRÍA:

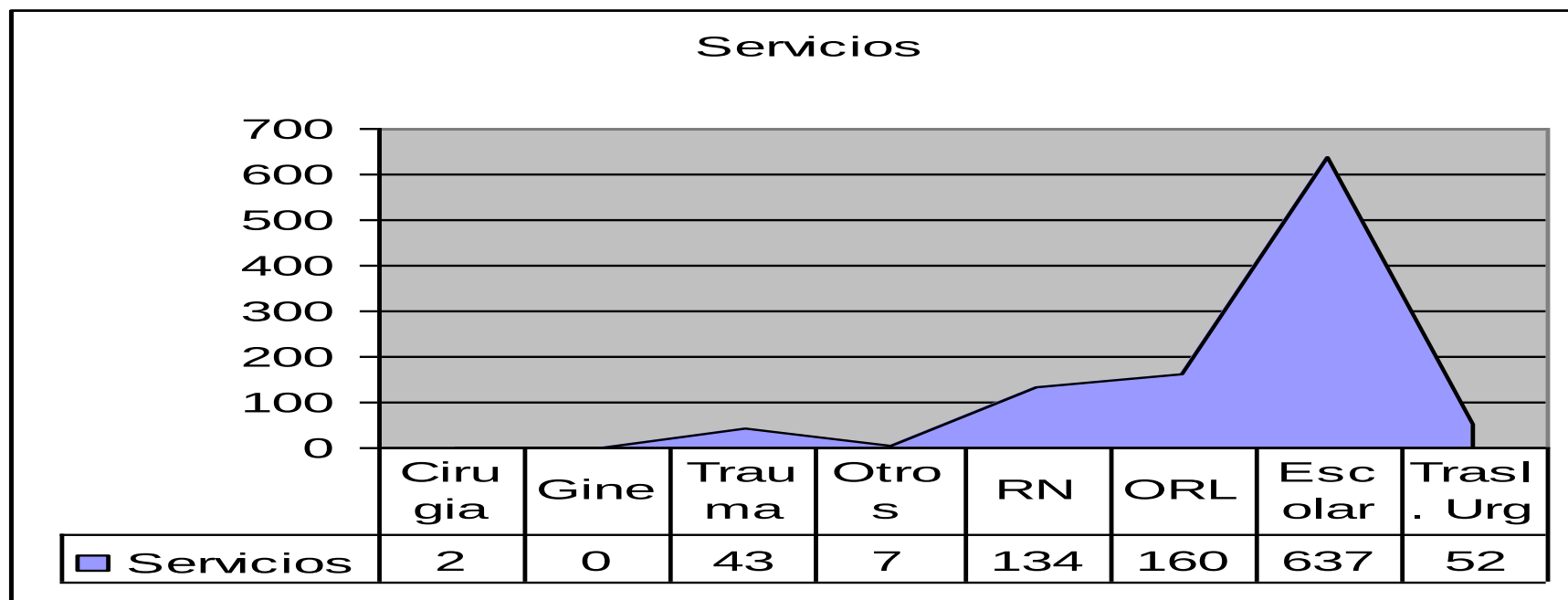
HOSPITALIZACION



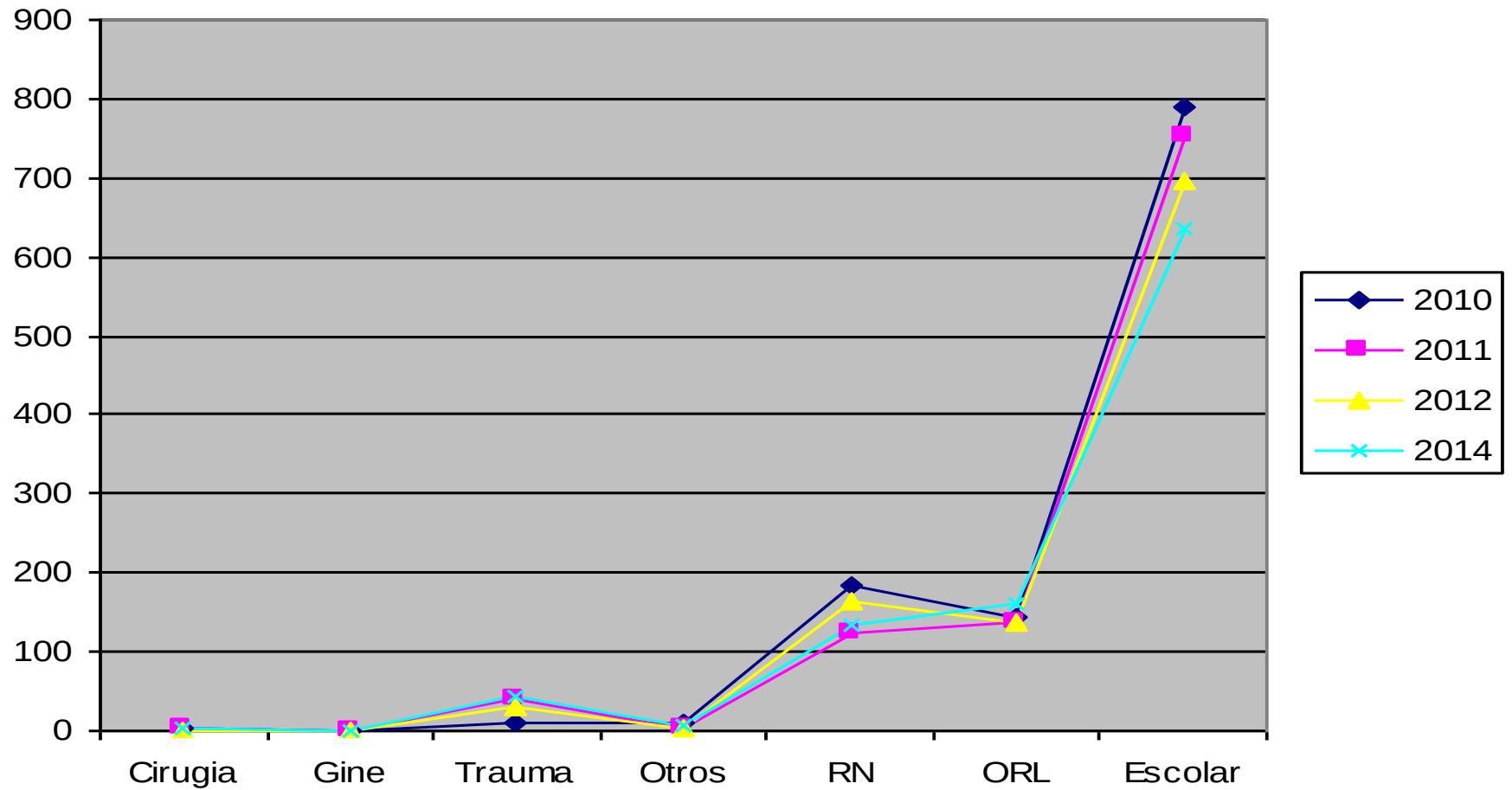
Este año hemos conseguido mantener los ingresos al mínimo histórico.

Esto demuestra que nuestra capacidad hospitalaria y nuestro manejo están ya maduros y no se ingresa mas gente a pesar de ser mas población, y haber mas consultas globales con un mejor filtro en urgencias (que ha mantenido el número de consultas). Sobre todo es muy evidente en escolares pues el aumento de actividad no se refleja igual en ingresos. Este buen manejo permite a ORL ingresar hasta 160 niños (más que el año pasado :149 y el anterior :136) disminuyendo así su lista de espera quirúrgica y también en Trauma con 43 niños (más que el año pasado :33 y el anterior 30) con nuestra absoluta colaboración. Debería incluirse en este manejo también a cirugía (solo 2 niños este año) puesto que no parece lógico que se operen niños de Trauma y ORL y no de Cirugía, obligando a su traslado.

En RN se sube un poco, en parte reflejo de la estabilización de partos y también demuestra el excelente manejo de esta área y la buena coordinación con obstetricia que tenemos, pues realizamos sesiones conjuntas cada trimestre lo que permite una mejor atención.



SERVICIOS



ACTIVIDAD AREA DE ESCOLARES

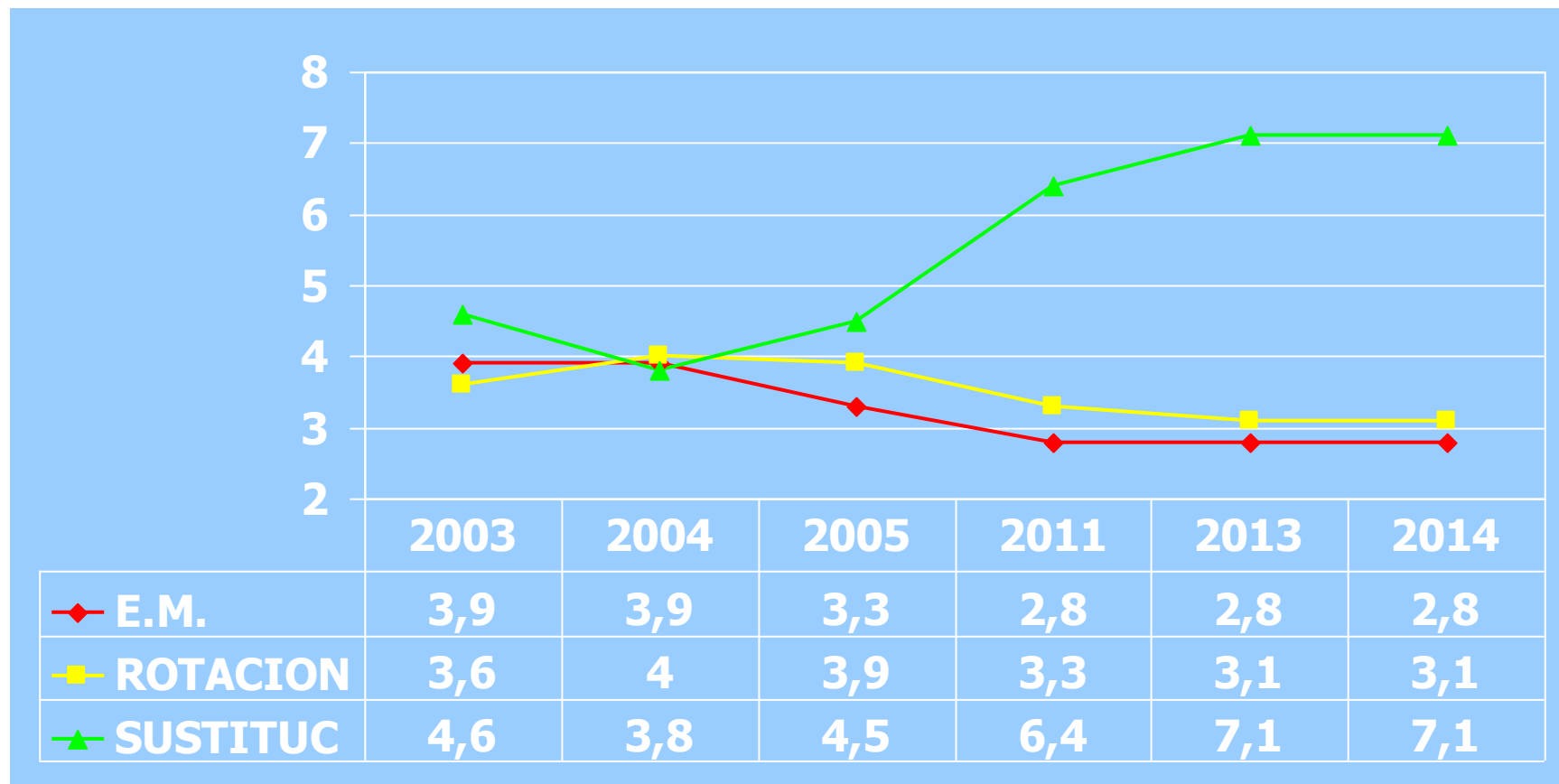
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
INGRESOS	914	962	961	882	860	855	869	805	716	716	666	676
URGENTES	865	922	910	841	829	843	863	721	709	581	663	666
URGENCIAS	4113	5872	5609	4869	4772	5018	4789	5693	7337	5870	5687	6118
ESTANCIAS	2892	3173	2701	2485	2656	2790	2292	2276	1998	2036	1870	1859
EXITUS	1	2	0	2	1			1		0		
E.MEDIA	3,2	3,3	2,8	2,8	3,1	3,3	2,6	2,8	2,8	2,67	2,8	2,8
OCUPACION	41	48,2	41,1	37,8	39,3	39,1	34,9	34,6	30,4	30,98	28,5	28,3
ROTACION	3,9	4,5	4,4	4,1	3,9	3,7	4	3,7	3,3		3,1	3,1
SUSTITUCIO	4,6	3,5	4	4,6	4,8	5,2	5	5,4	6,4		7,1	7,1
ingr/urge	22,22	16,38	17,13	18,11	18,02	16	16,9	12,7	8,4	9,91	11,7	11,0
TRASLADOS urg.								44	67	28	37	52

Índice de Rotación:(IR)

Número de personas que pasa por una cama durante un período.

Intervalo de sustitución:(IS)

Es el tiempo promedio que una cama permanece desocupada.



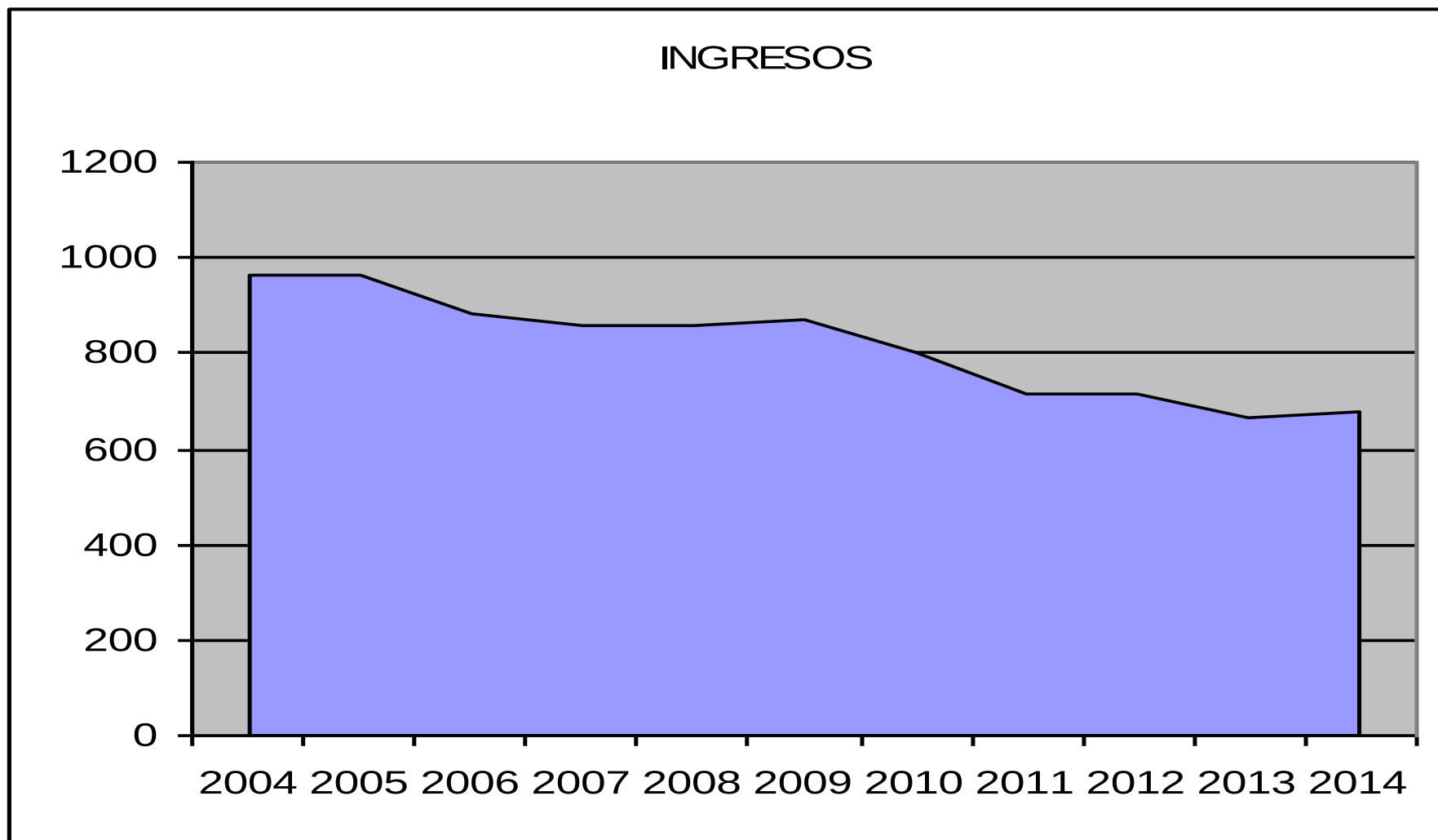
Este año la estancia media ha sido similar a los 3 últimos años (2.8) porque se han potenciado las altas precoces a cualquier hora y día. Esto es muy bueno pero muy costoso y demuestra que el personal está más preparado, que es lo esperable en un hospital de estas características, mas aun si queremos competir con nuestros vecinos mejor dotados.

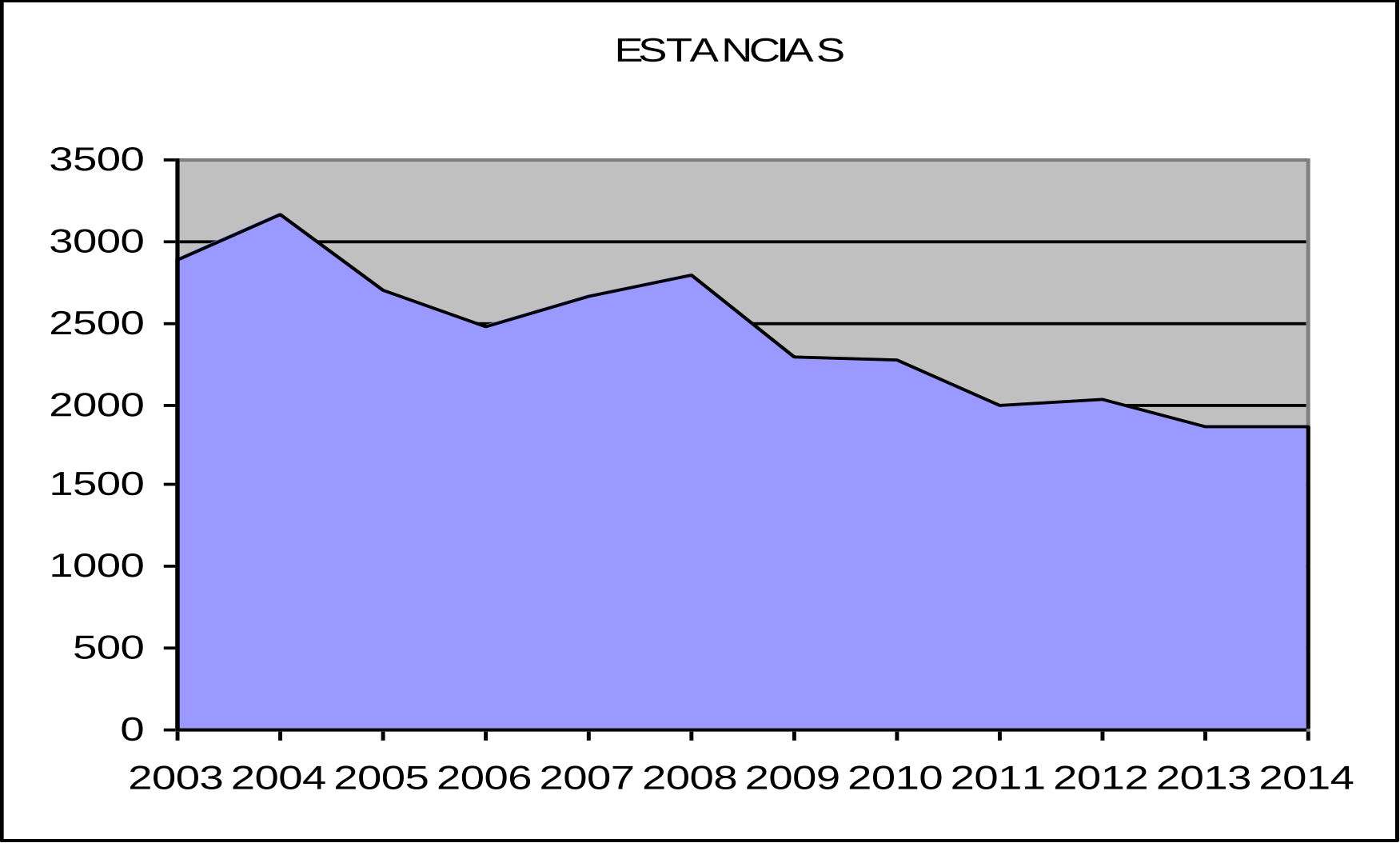
Este año se han producido mayores ingresos y una menor ocupación, podría atribuirse a la mejora de actividad con apoyo de consultas externas y al mejor manejo de urgencias con el refuerzo de los residentes y de la mañana lo que ha permitido disminuir también el porcentaje de ingresos desde urgencias de forma muy relevante.

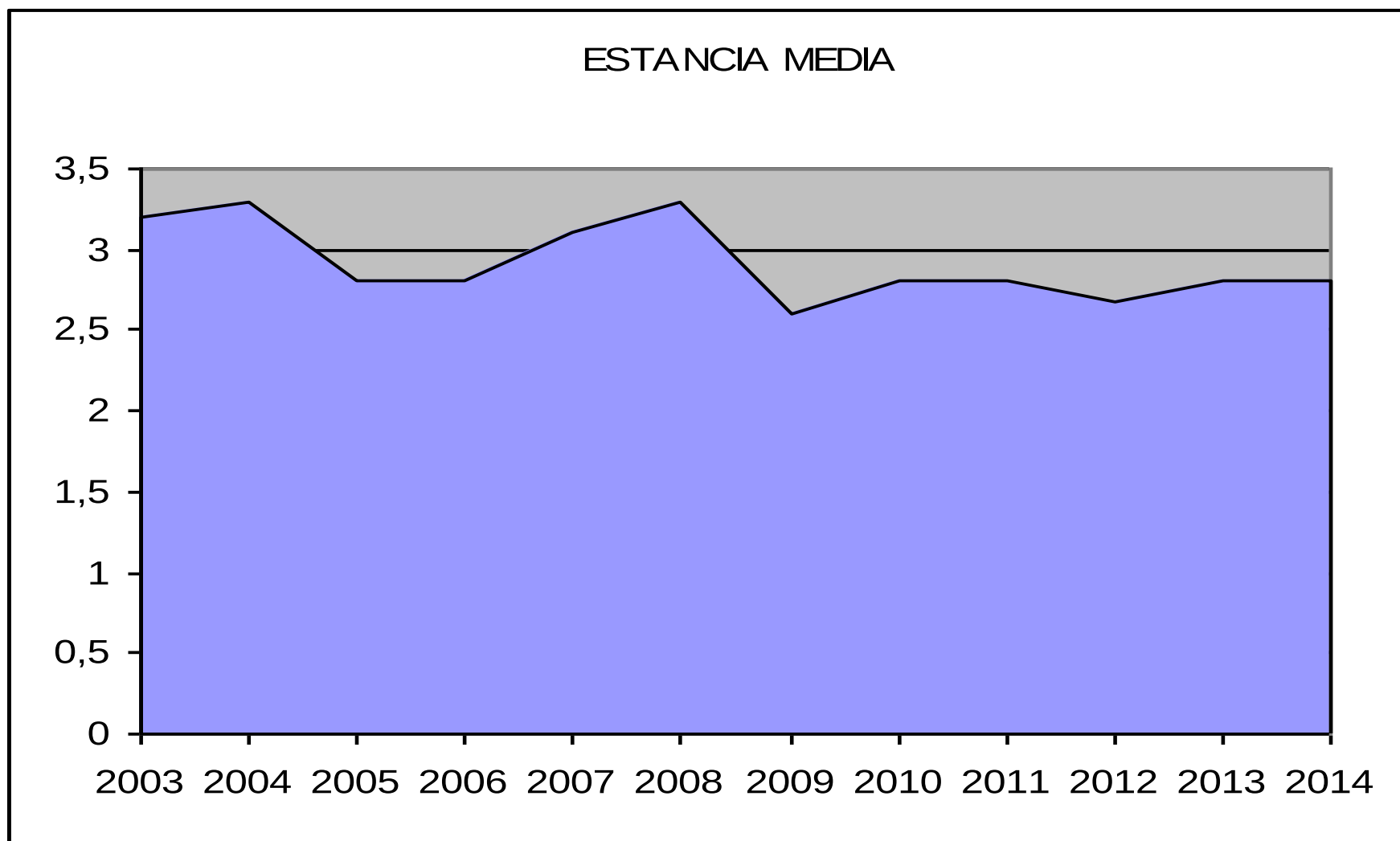
También hay que tener en cuenta que se han dejado de ingresar a las madres lactantes de neonatos ingresados desde el 2005, lo que explica también la disminución en la ocupación.

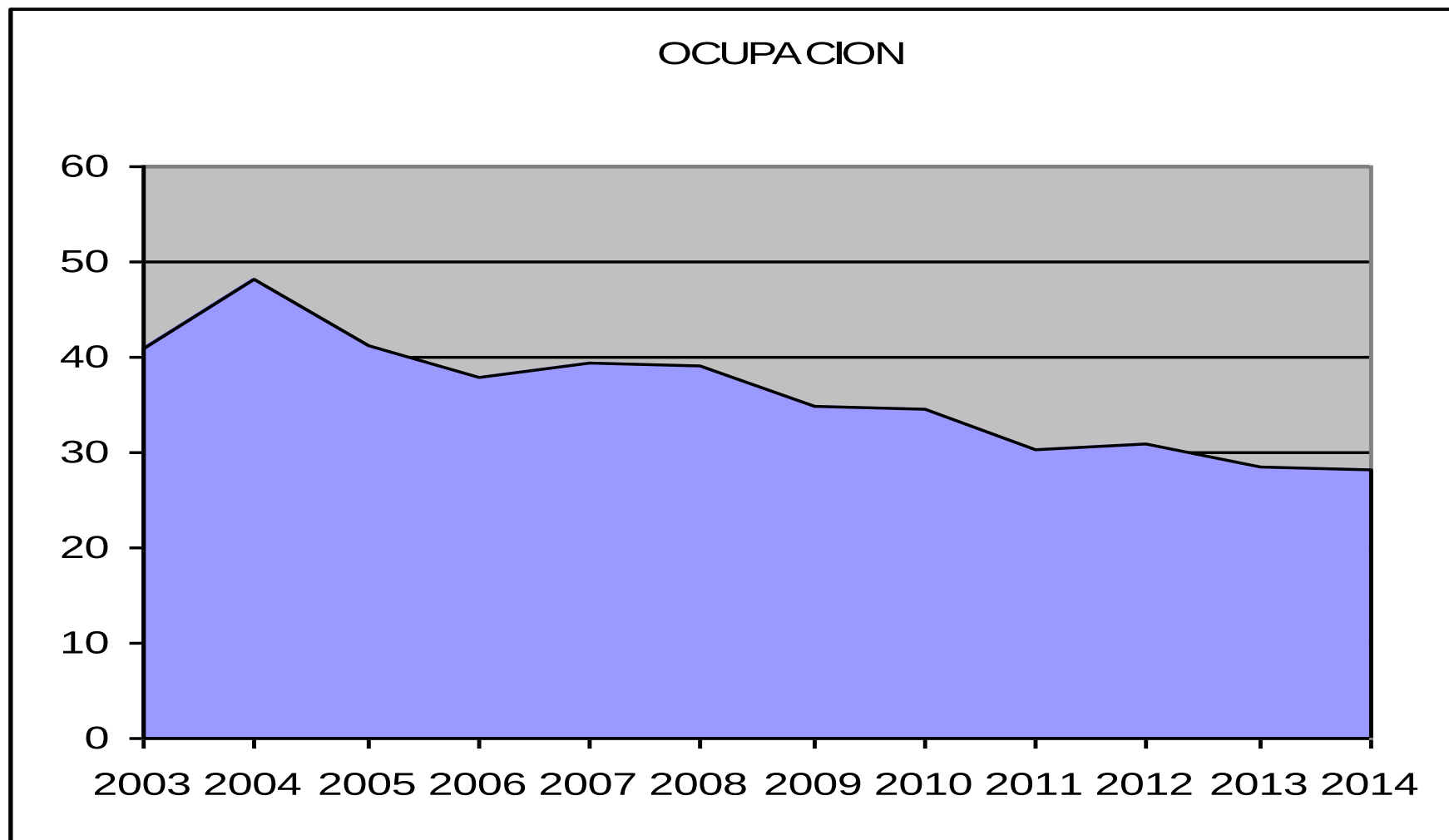
Todas estas cifras lo que al fin y a la postre demuestran es una reducción de gasto que es fundamental en una época de crisis como la actual.

El problema es que nos estamos acercando peligrosamente a la cifra límite para tener docencia de residentes y deberíamos captar a los pacientes que se asisten en áreas vecinas para poder mantener una cantidad mínima de ingresos que ronde los 1.000/año. Para ello es fundamental la mejora del área de urgencias puesto que si aumenta su actividad es de esperar que suban también los ingresos.







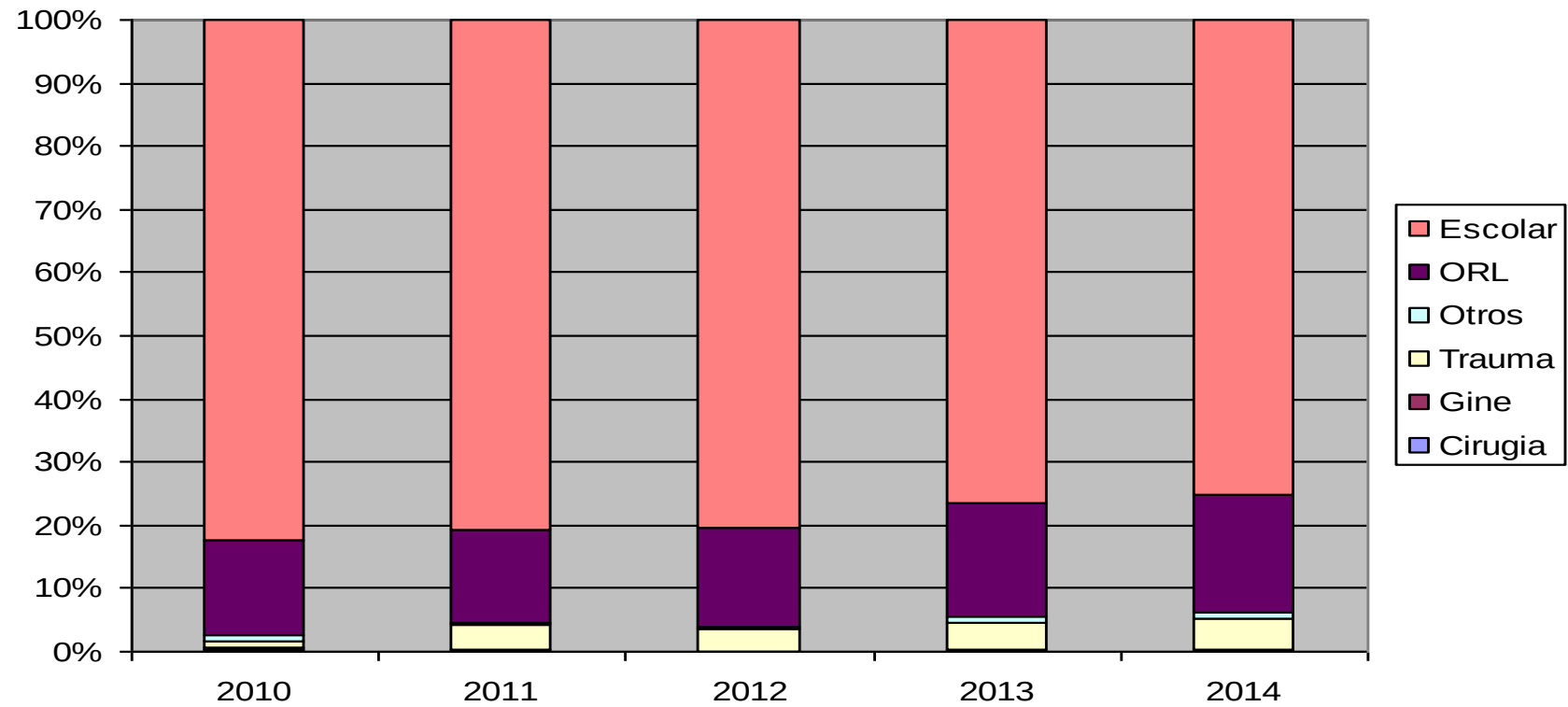


La ocupación real es más alta puesto que muchas veces prestamos 2 habitaciones (4 camas) al área de adultos contigua.

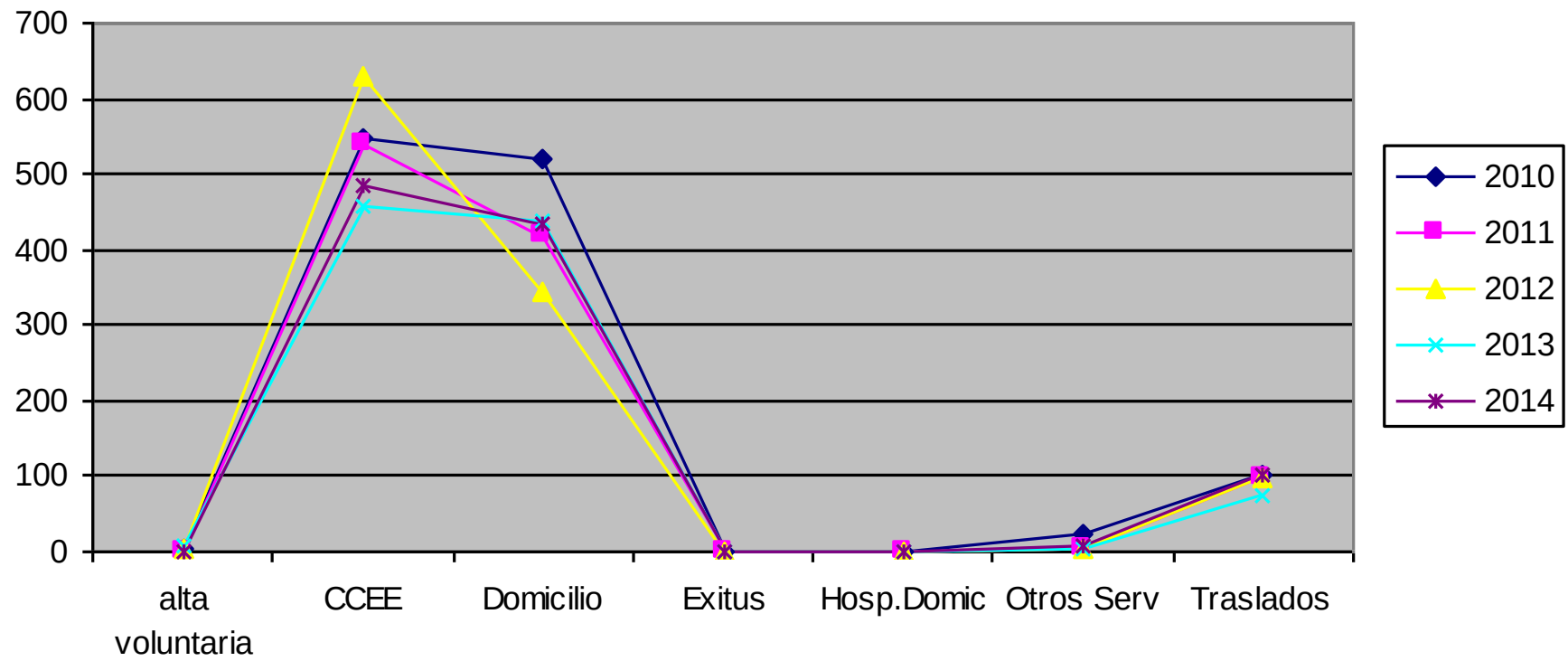
Todos los niños ingresados a cargo de pediatría se van con el alta electrónica y la mayoría el mismo día del alta junto con las recetas electrónicas pertinentes rellenas desde Abucasis.

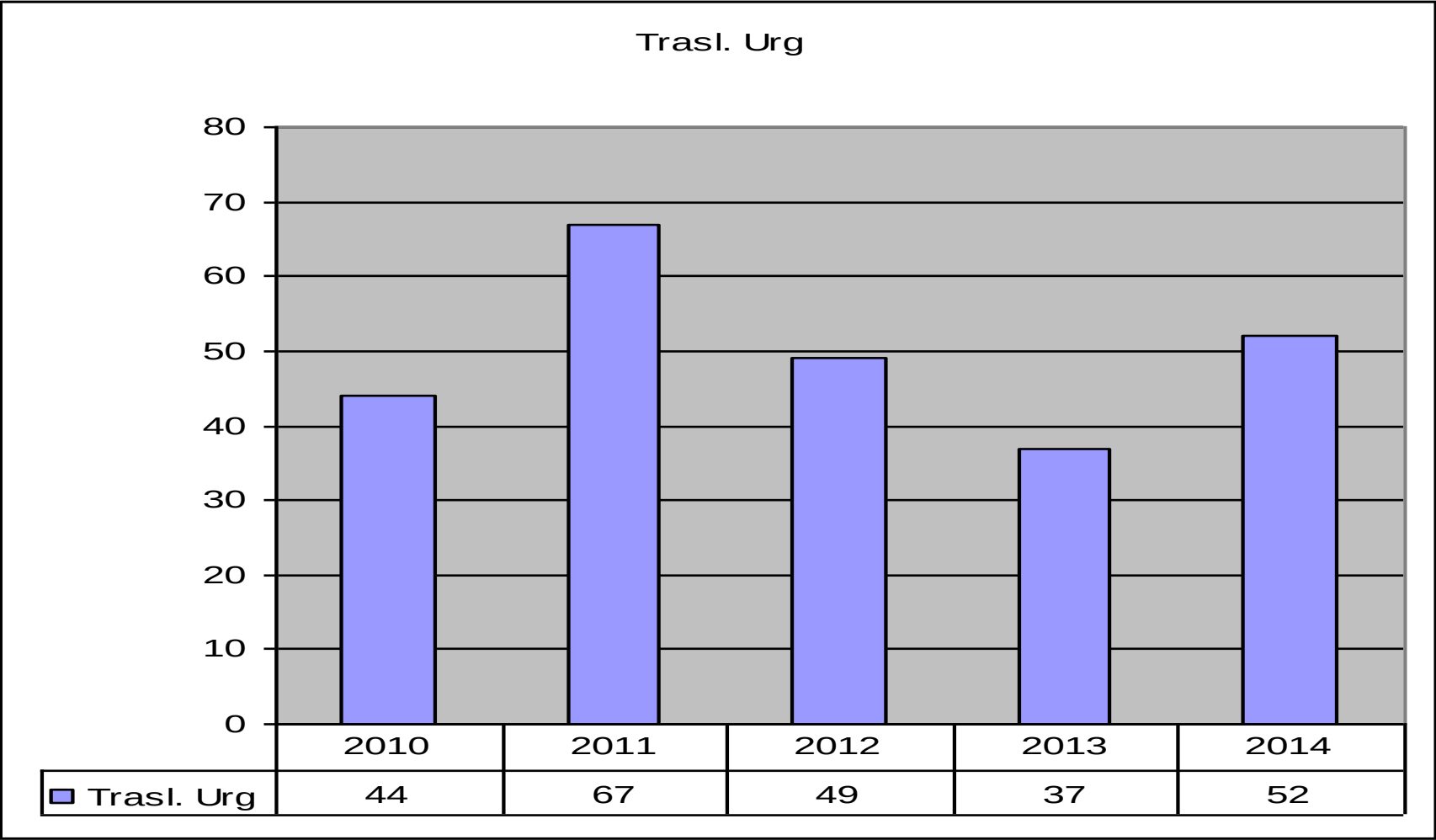
Nuestro índice de traslados en este área ha sido muy bajo (7.7%) lo que implica una alta capacidad de resolución y más aún teniendo en cuenta que toda la cirugía se traslada (apendicitis de forma habitual).

ESCOLARES / ESPECIALIDAD



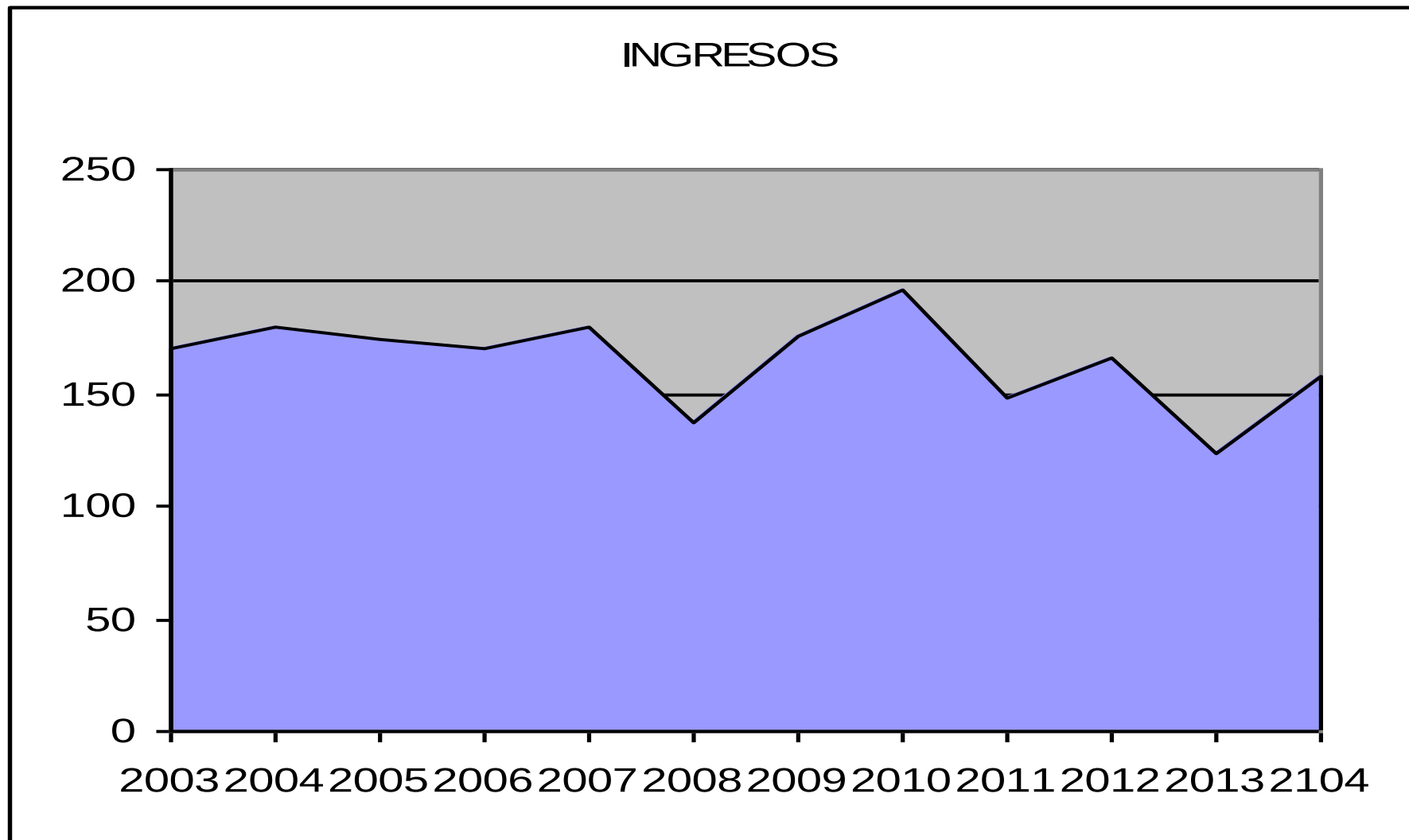
DESTINO HOSPITALIZACIÓN





ACTIVIDAD AREA NEONATOS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2104
INGRESOS	171	180	174	170	180	137	176	197	148	166	123	158
URGENTES	167	179	170	166	175	136	175	186	146	162	123	152
URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
ESTANCIAS	1336	1231	1019	1008	1072	816	905	1300	927	1040	561	682
EXITUS	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0
EM	7,8	6,8	5,9	5,9	6	6	5,1	6,6	6,3	6,38	4,6	4,5
OCUPACION	63,7	56,1	46,5	46	48,9	49,5	41,3	59,4	42,3	47,49	25,6	31,1
ROTACION	2,5	2,5	2,4	2,4	2,5	2,5	2,4	2,7	2,1		1,7	2,1
SUSTITUCIO	4,5	5,4	6,8	7	6,2	6,1	7,3	4,6	8,7		13,2	9,9
TRASLADOS								19	3	14	8	2



En neonatos los ingresos este año han subido un poco comparado al resto de años. Esto tiene varios factores, uno de ellos es la dependencia de la maternidad de la inmigración que representa el 40% de su clientela y que este año ha disminuido en cifras totales de población debido al retorno a su país de origen de muchos inmigrantes motivada por la crisis económica que estamos sufriendo, esto ha sido compensado por una recaptación de madres autoctonas gracias a la mayor tasa de epidurales y la mejor atención. La estancia media ha disminuido a 4.5 (nuestro record), lo que en estos pacientes es casi lo mínimo por sus características (RNPT y RNBP) y expresa la mejora de los protocolos de manejo cara al alta precoz. La ocupación ha subido también al 31.1%, lo que no ha disminuido la carga de trabajo, puesto que son necesarios 2 adjuntos asignados a este área que también atienden la maternidad y la CCEE de neonatos lo que aumenta mucho su presión asistencial sobre todo en la Maternidad que ha aumentado mucho su actividad diaria y burocrática sirviendo para controlar neonatos de riesgo (perdida de peso, ictericias ...) lo que controla la cantidad de ingresos a costa de aumentar el trabajo.

La ocupación media expresa muchos días de lleno total y muchas veces tenemos ocupaciones superiores al 100% que no quedan reflejadas bien.

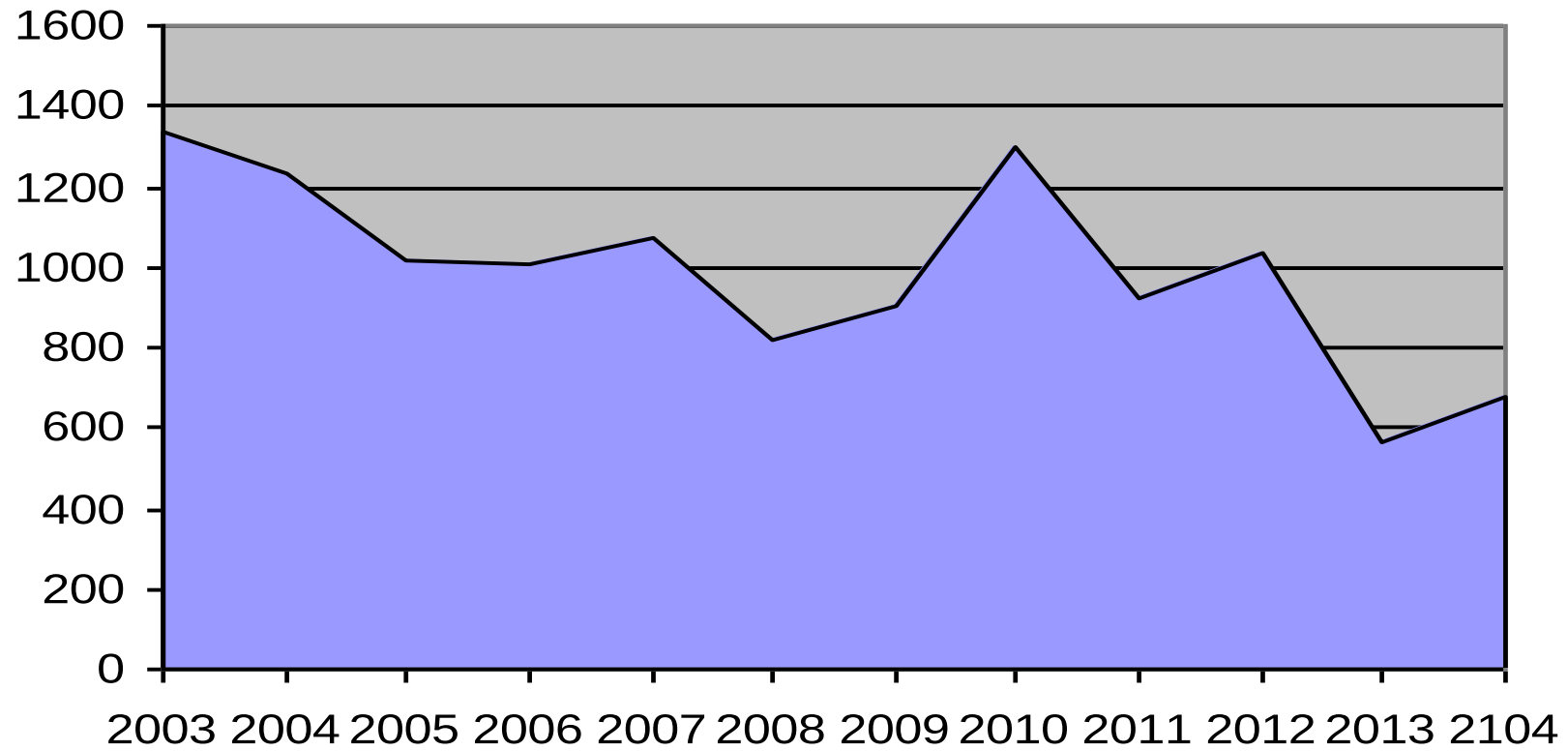
Se podría aumentar la actividad en esta área ingresando hasta 3 meses pero se debería tener un espacio para aislamiento de los RN y evitar contagios.

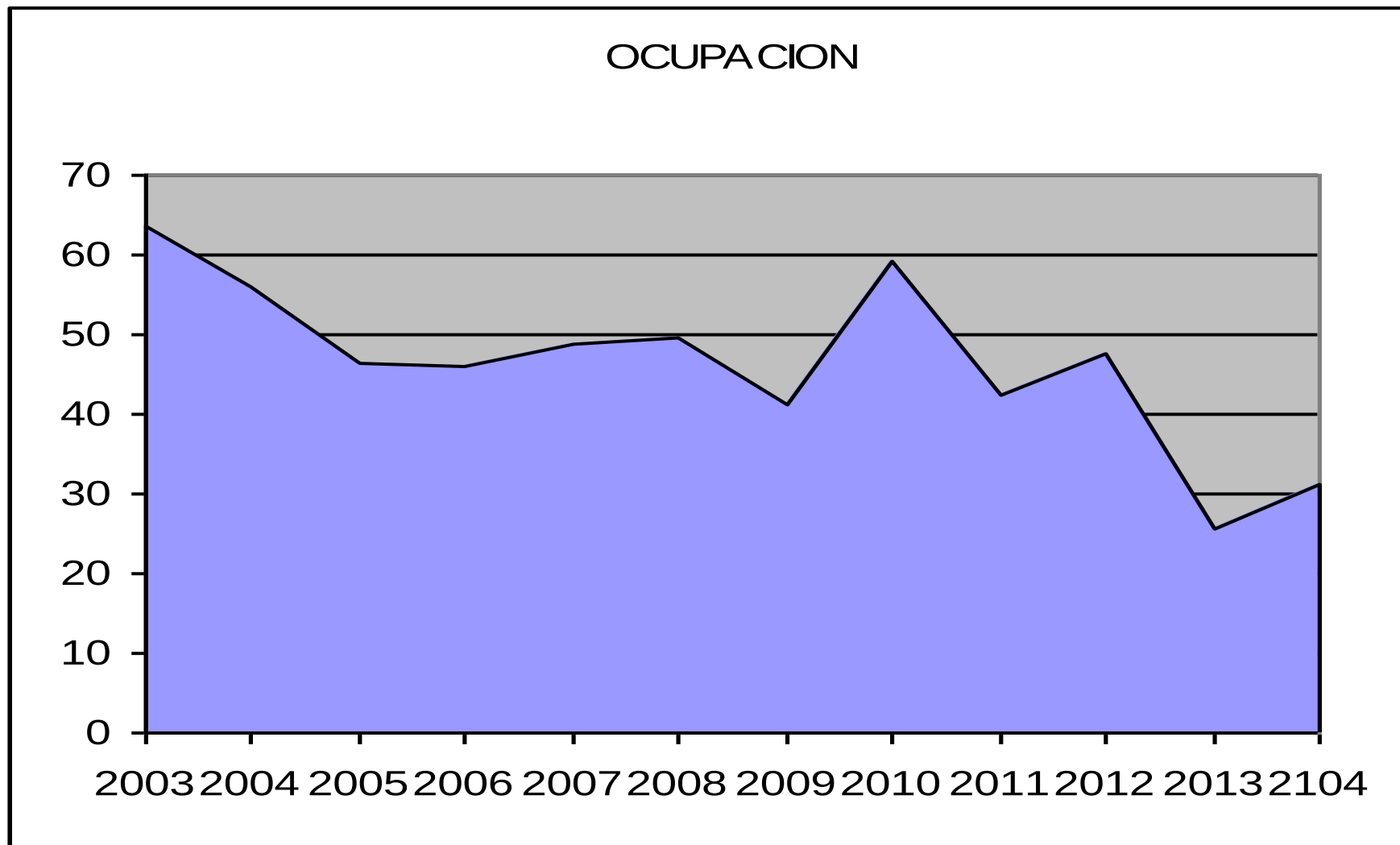
En esta cifra de ingresos ha tenido mucho que ver el cambio actual en el manejo de los prematuros tardíos (34-37s) muy frecuentes en nuestro hospital y que requieren un ingreso mínimo de observación de 24-48h. Por otra parte el resultado en la estancia media también deriva de la recepción de prematuros extremos o quirúrgicos procedentes de otros hospitales terciarios con patología compleja que alarga su estancia aquí pero la disminuye en el hospital de referencia.

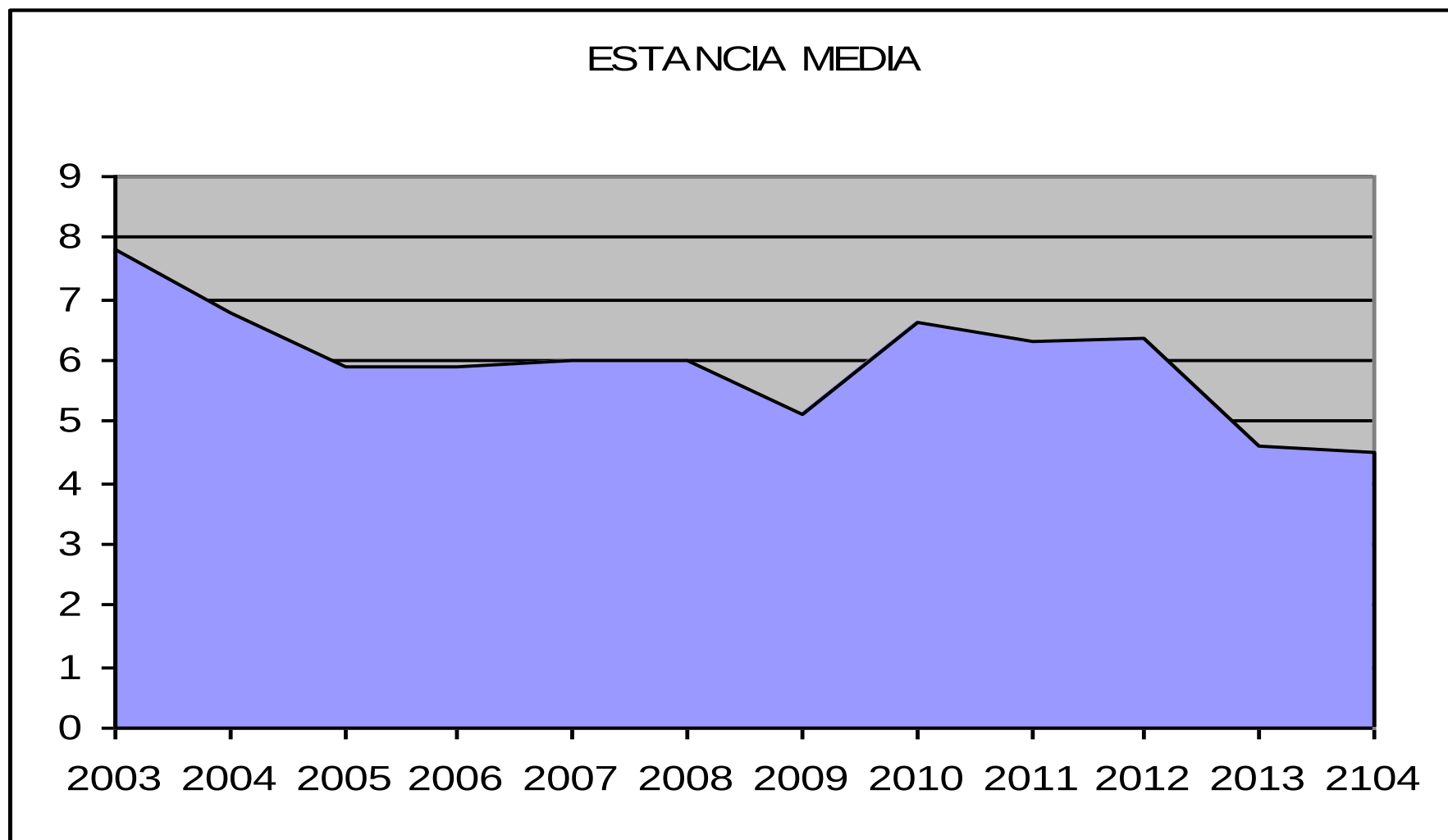
La inmensa mayoría de neonatos salen con su alta en la mano, con las citas para revisión en CCEE y con las recetas de Abucasis.

Hemos tenido un 1.2 % de traslados del total de ingresos lo que implica una alta resolución de problemas aquí (el año pasado fue un 6%).

ESTANCIAS







MATERNIDAD

En 2013 tenemos registrados en nuestra base de datos 905 RN (y 5 fetos muertos) mas que el año pasado que eran 866 RN.

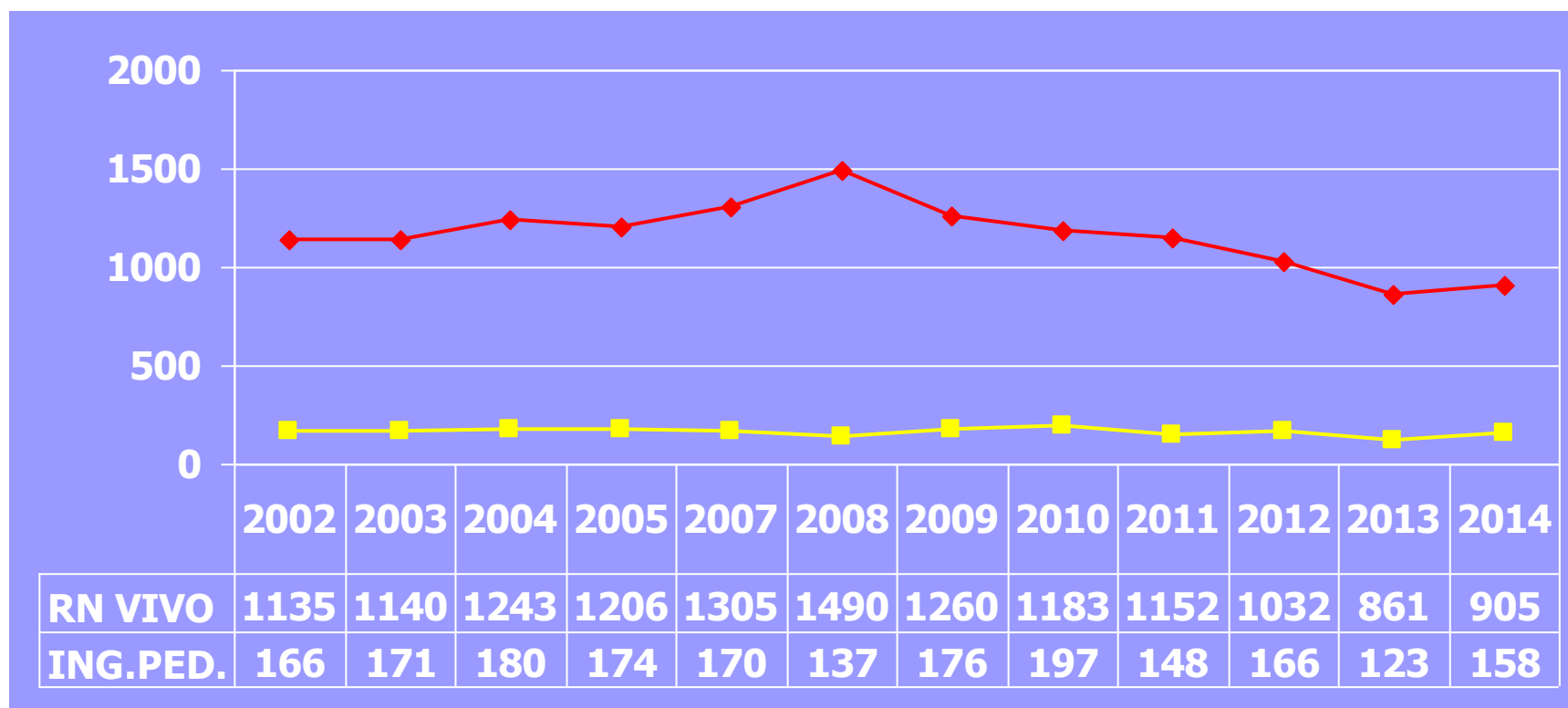
La maternidad es una de las áreas que esta generando una parte importante de la labor asistencial, en parte gracias a la inmigración (son el 36% de los partos) cuya disminución en números totales (por la crisis economica) es la causa de la bajada en el numero de partos en este colectivo que antes representaba el 40%, añadido a las fugas a zonas vecinas con epidural para todos los partos que ha ido a menos permitiendo recuperar nacimientos, sin despreciar la mejora de la actividad habitual de Pediatría y Obstetricia.

Esto obliga a dedicar un adjunto a tiempo completo para llevar bien esta sala pues los neonatos se exploran dos veces, generan actividad escrita, análisis y exploraciones que consumen tiempo. Es una pena que todo esto no se pueda computar porque el neonato no existe a efectos numéricos como ingreso pero debería constar en una Historia digital para poder incluir la hoja de la huella y otros documentos que genera su atención incluido un informe de alta correspondiente. Tenemos en proyecto registrar los datos en el programa integrado en Orion y ya llevan centros como la Fe /Peset aunque mientras tanto deberiamos continuar con nuestro registro por Kewan.

Es totalmente necesario que los Recién nacidos (RN) de la maternidad ingresen (cosa normal puesto que se abre SIP y están ingresados) y se abran historia digital puesto que esto permitiría hacer un informe al alta que se podría entregar a cada recién nacido. Además se podría modificar el informe para añadir los consejos habituales de manejo del recién nacido (como ya se hace en La Ribera y La Fe) así como citas a CCEE u otras recomendaciones. Por otra parte solucionaría el problema que tenemos con las hojas de la huella del RN y de la madre que contienen asimismo los tratamientos, vacunas, exploraciones y atenciones dadas al RN y que es imprescindible conservar cara a temas judiciales presentes o futuros. Abriendo historia al RN podemos digitalizar todos estos documentos que ahora están en cajas almacenados en el servicio de pediatría y que se acabaran destruyendo algún día.

Este programa de altas de la maternidad es muy necesario también para la CCEE de forma que toda la historia del paciente se pueda consultar de forma unificada, aunque actualmente se esta empleando el abucasis en todas las consultas de forma que los informes de las interconsultas llegan a primaria y las recetas se hacen en consulta.

En la maternidad es donde se lleva también el grueso del programa de hipoacusia que también genera mucha carga de trabajo consiguiendo coberturas superiores al 99% y también el programa de vacunación de la hepatitis B con coberturas mayores de 99%.

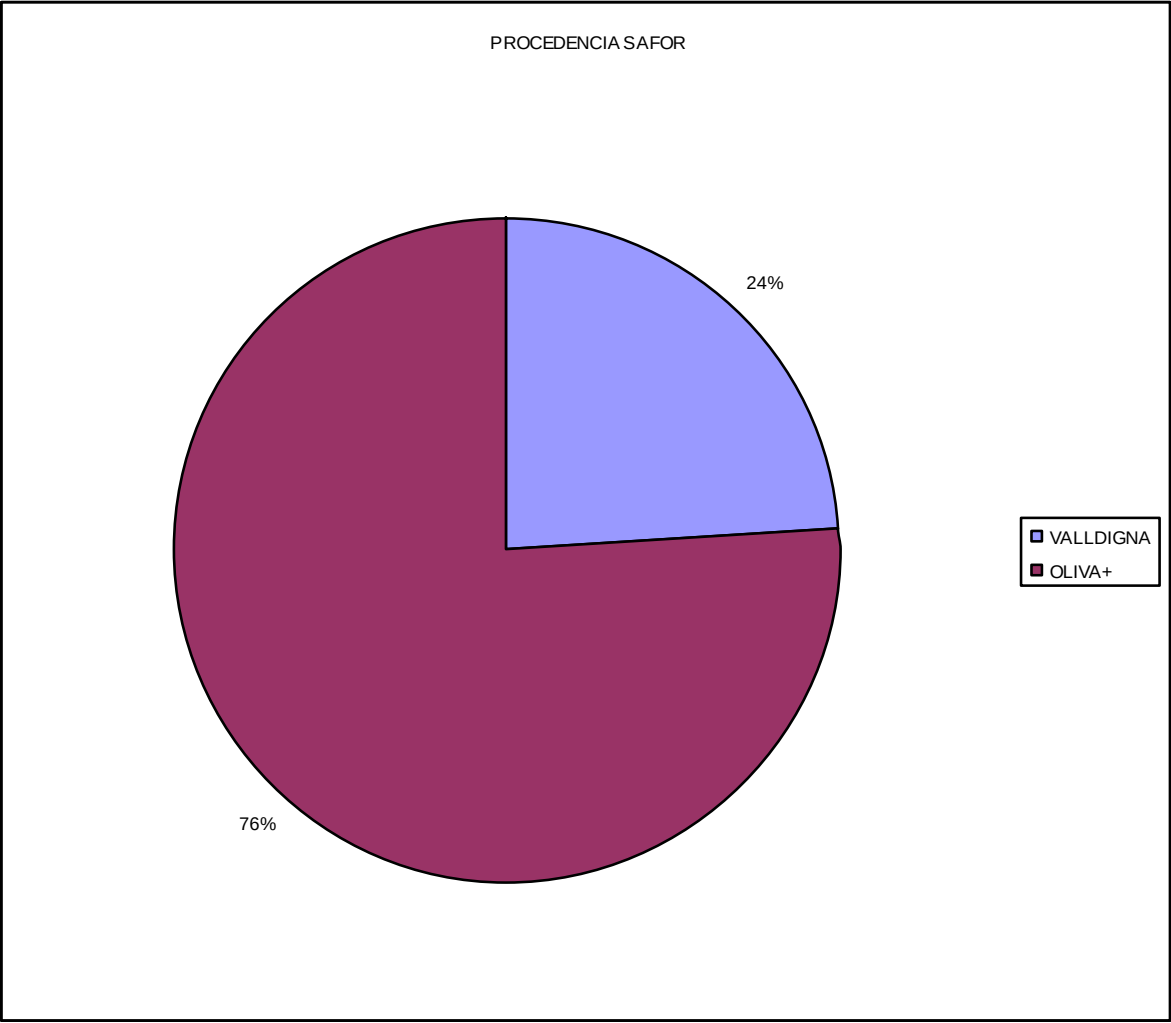


Las cifras actuales reflejan la crisis económica y el descenso de la inmigración con disminución de natalidad significativa una vez ha desaparecido la bonanza económica y devuelve las cifras a sus cifras históricas habituales. Es previsible que este área aumente en el caso de que se pauté la Epidural durante todo el día y a todas las mujeres como se reclama de forma insistente (ahora solo al 58%), y como se ve, de momento esto parece muy factible.

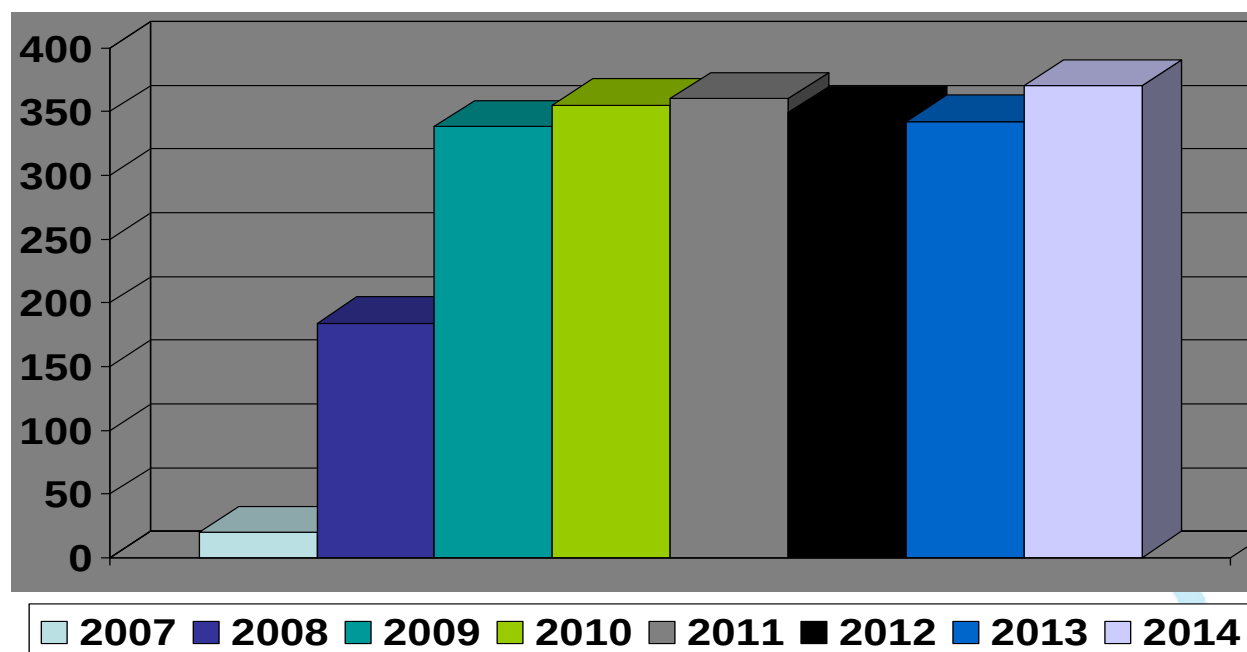
Se calcula en 400 la cantidad de partos de Gandia que se realizan en la Ribera y la Marina además de otros privados (embarazos controlados aquí pero que paren fuera del hospital) y esto podría justificar económicamente la implantación de epidural al 100% y habitaciones individuales que a nivel de maternidad son los detalles que captan pacientes. Como se puede ver, siendo dos áreas parecidas con isocronas similares, la población de la Valldigna no acude a parir aquí y se va a Alzira por sus condiciones de epidural y habitación individual.

PROCEDENCIA SAFOR

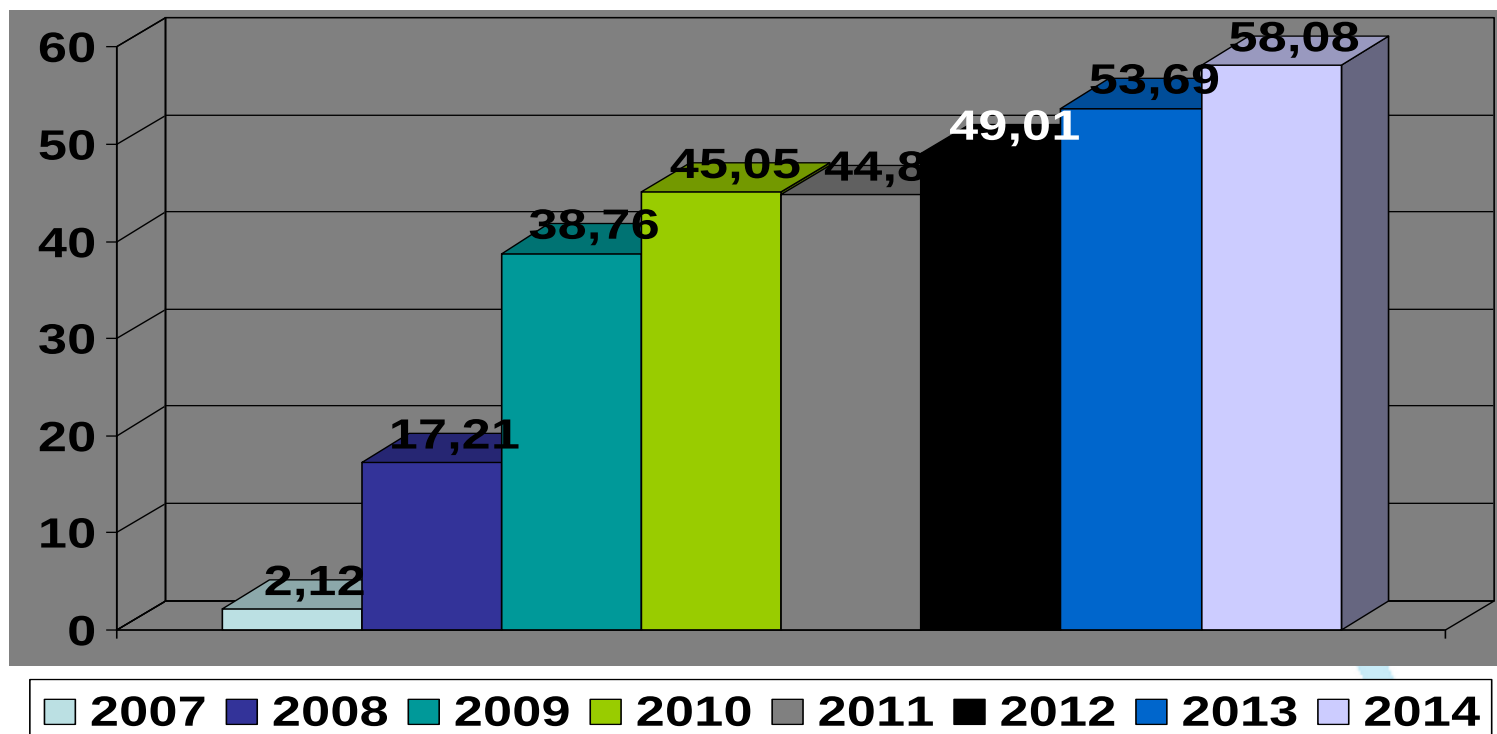
VALLDIGNA	
TAVERNES	
SIMAT	
BENIFAIRO	
SUMA	65
OLIVA+	
OLIVA	
FONT	
PILES	
SUMA	203



ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO (1)



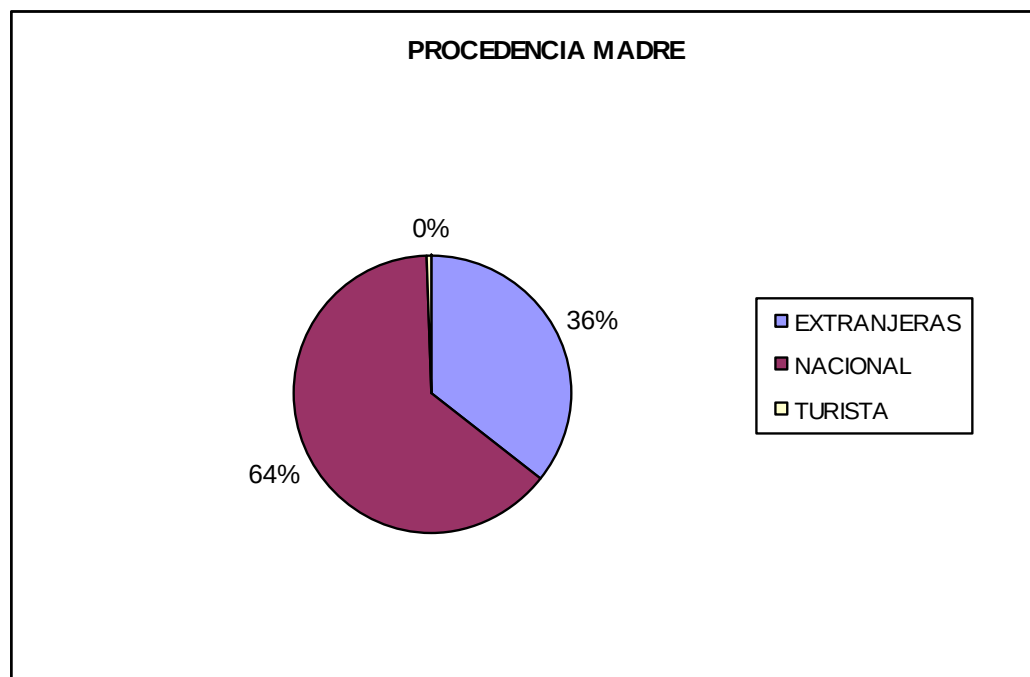
ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO (2) (% sobre el total de partos vaginales)



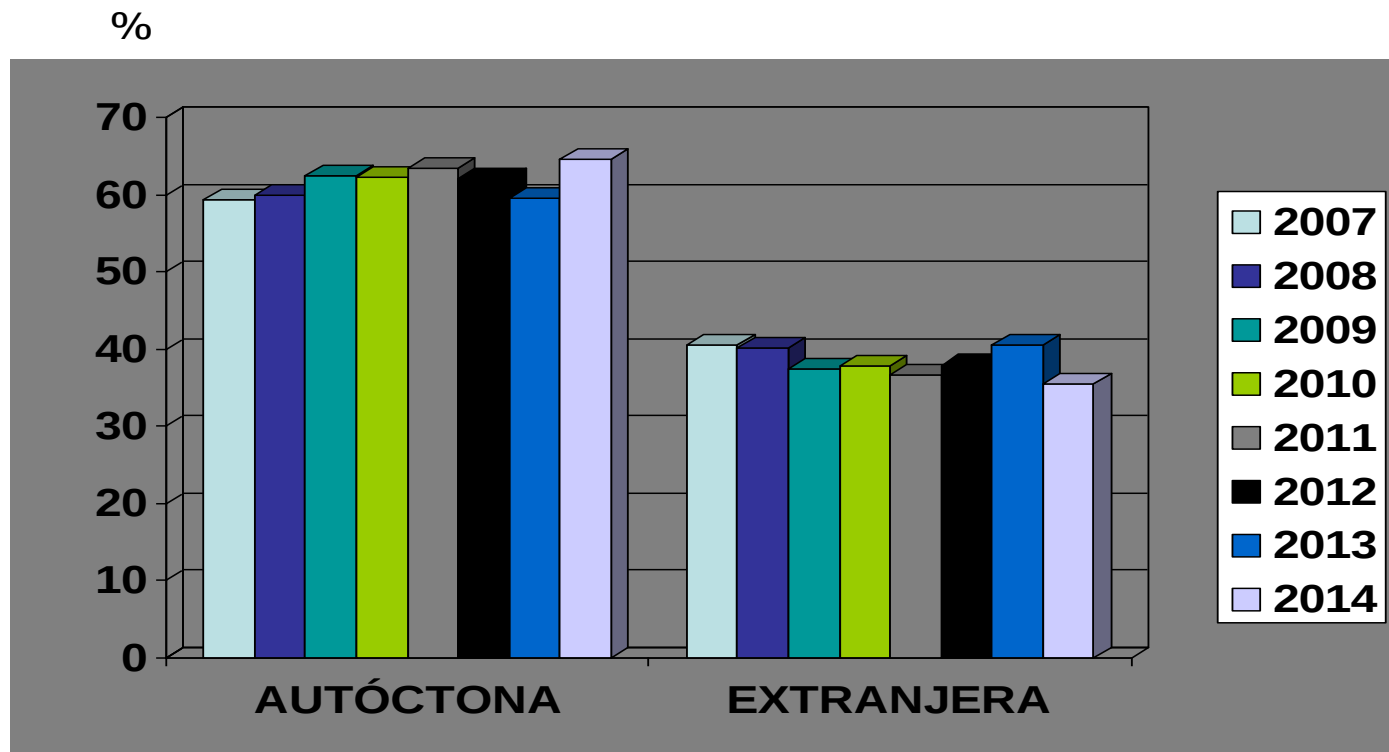
Procedencia de las madres 2013:

EXTRANJERAS	321	35,47%
NACIONAL	576	63,65%
TURISTA	4	0,44%

35.5 % extranjeras, similar a los años pasados (35-38%). Una cifra superior a la media de la comunidad

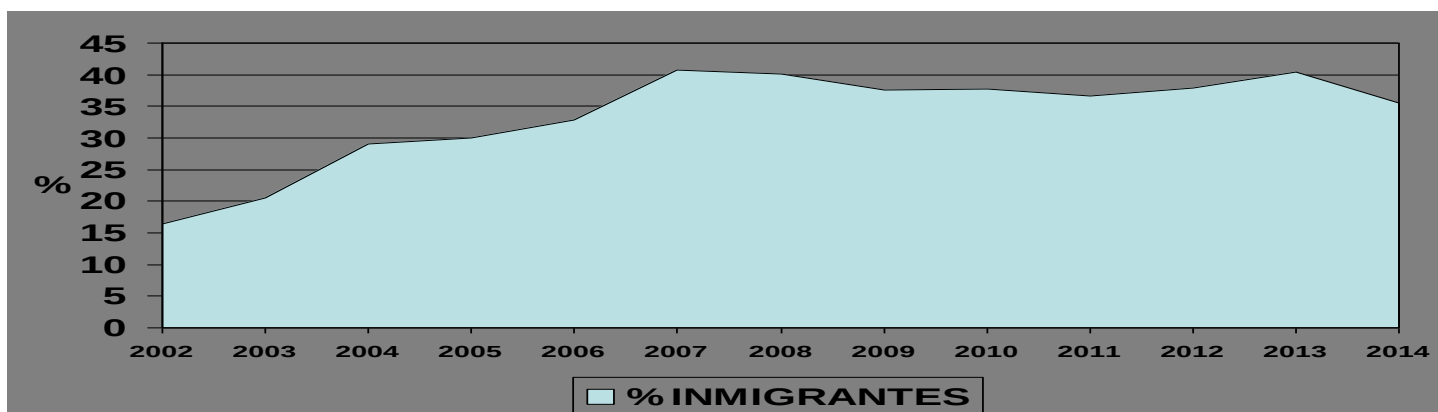


ORIGEN MATERNO (1)



El tener muchas madres extranjeras genera más dificultad socioeconómica y de comunicación, lo que implica más tiempo de asistencia y más problemas posteriores de manejo del neonato y mas ingresos.

ORIGEN MATERNO (2)



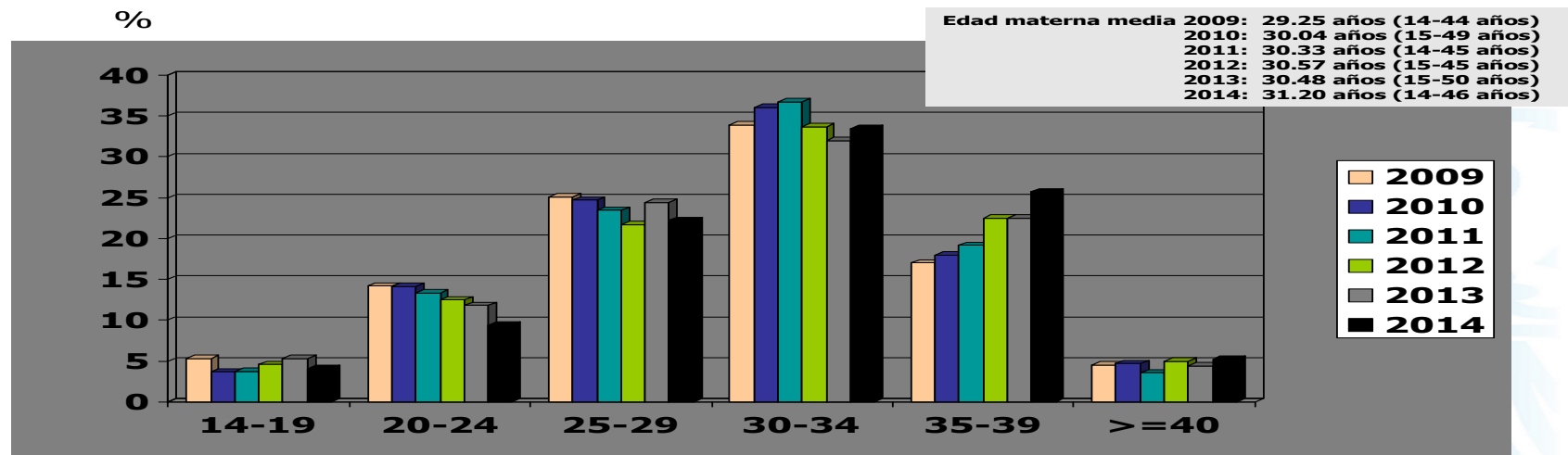
GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA
DE SALUT

Parece haberse estabilizado el aumento de los últimos años pero aun así es un porcentaje superior a la media de la comunidad y nacional.

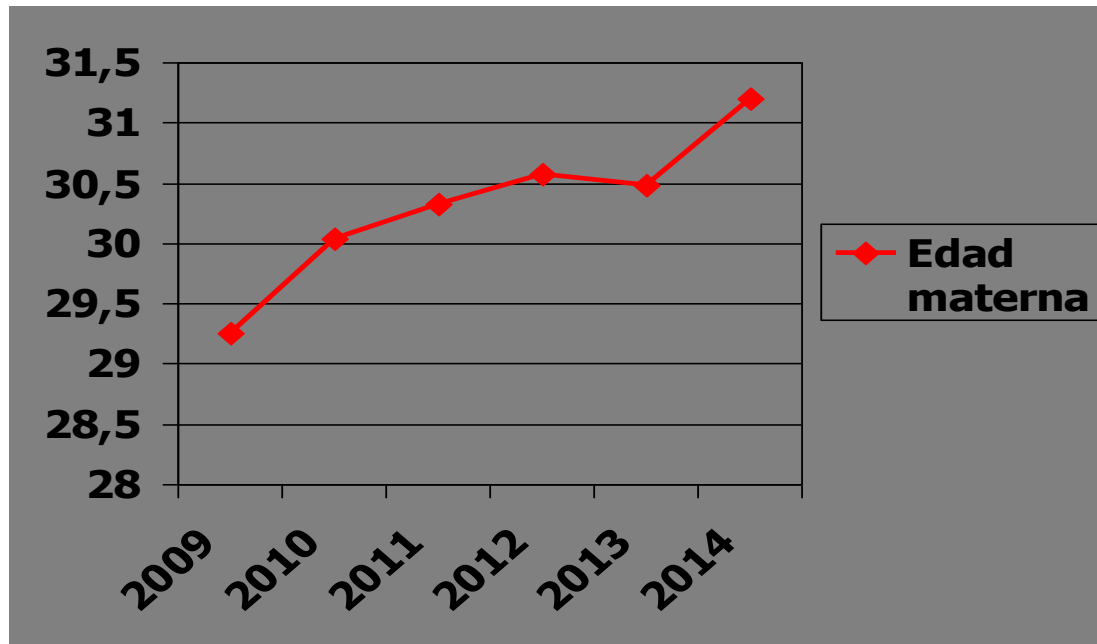
Características de las madres:

EDAD MATERNA

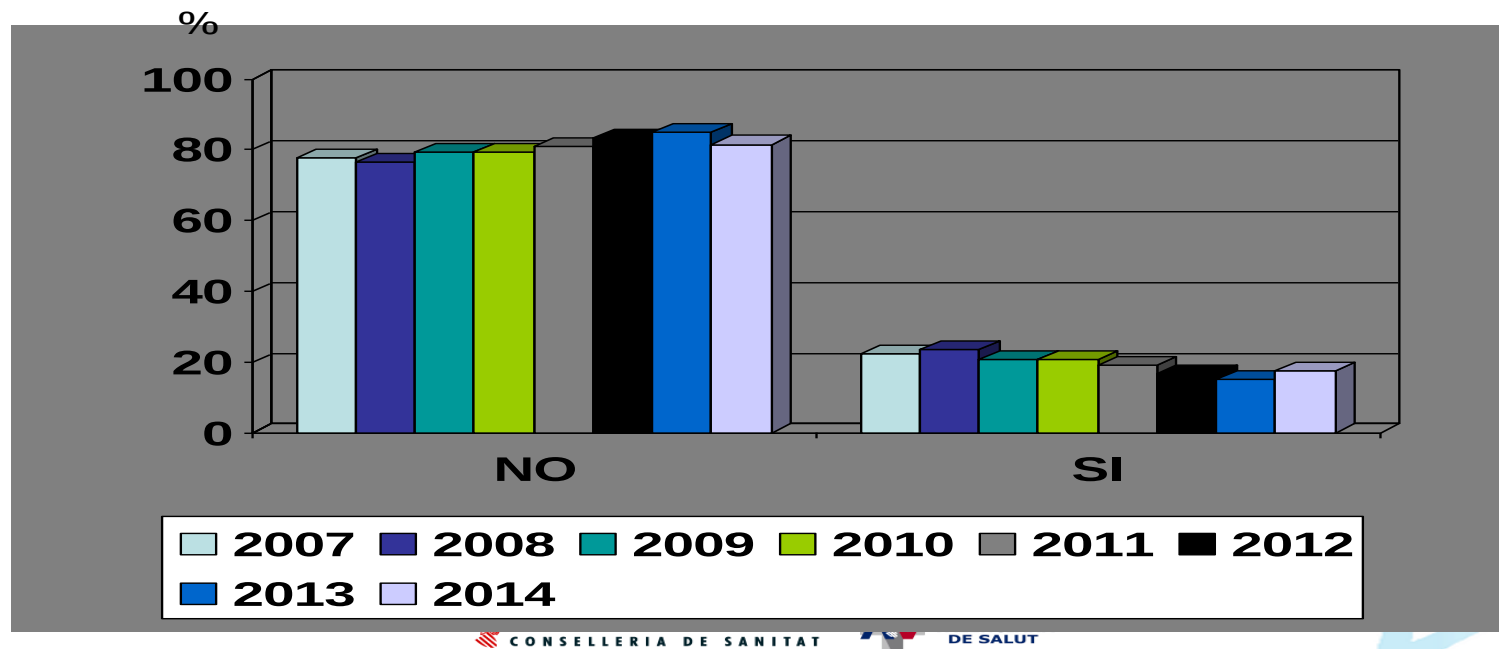


Madres añosas comportan más dificultad para mantener la lactancia materna además de más posibilidad de bajos pesos al nacer. Esta es una tendencia creciente por la incorporación de la mujer a la vida laboral.

EDAD MATERNA (media)

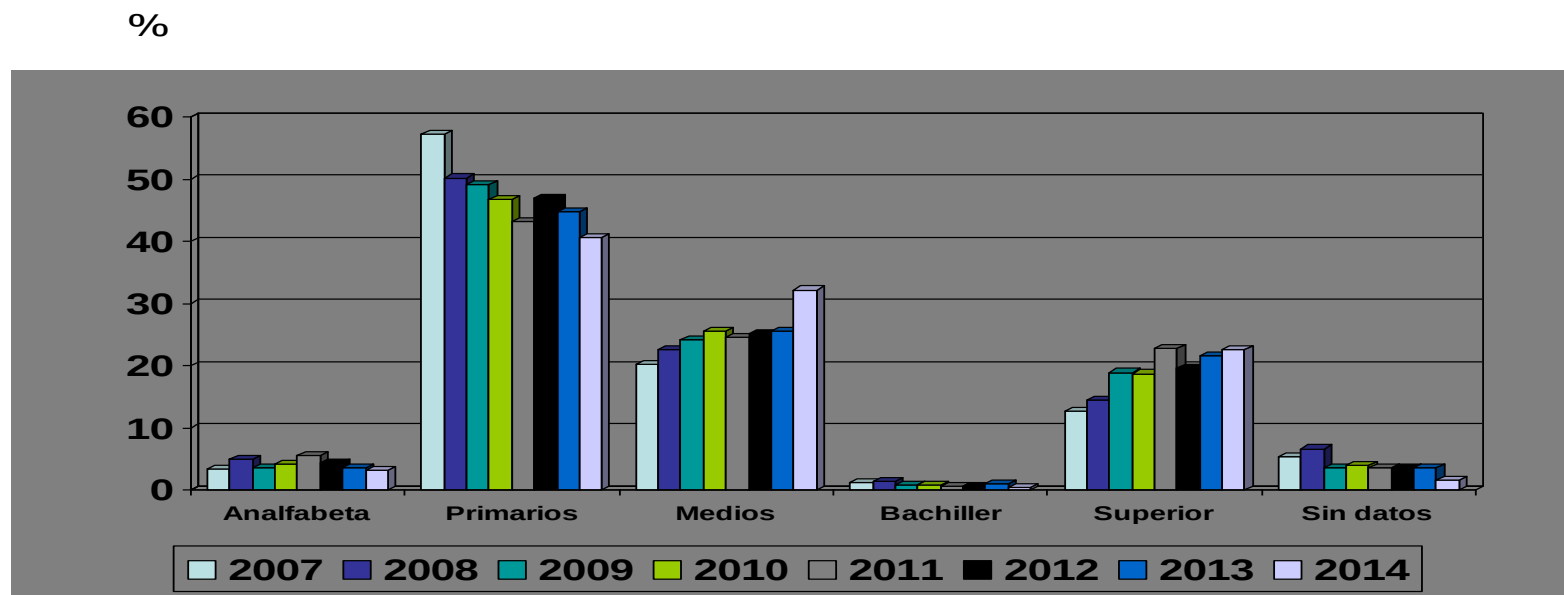


MADRE FUMADORA



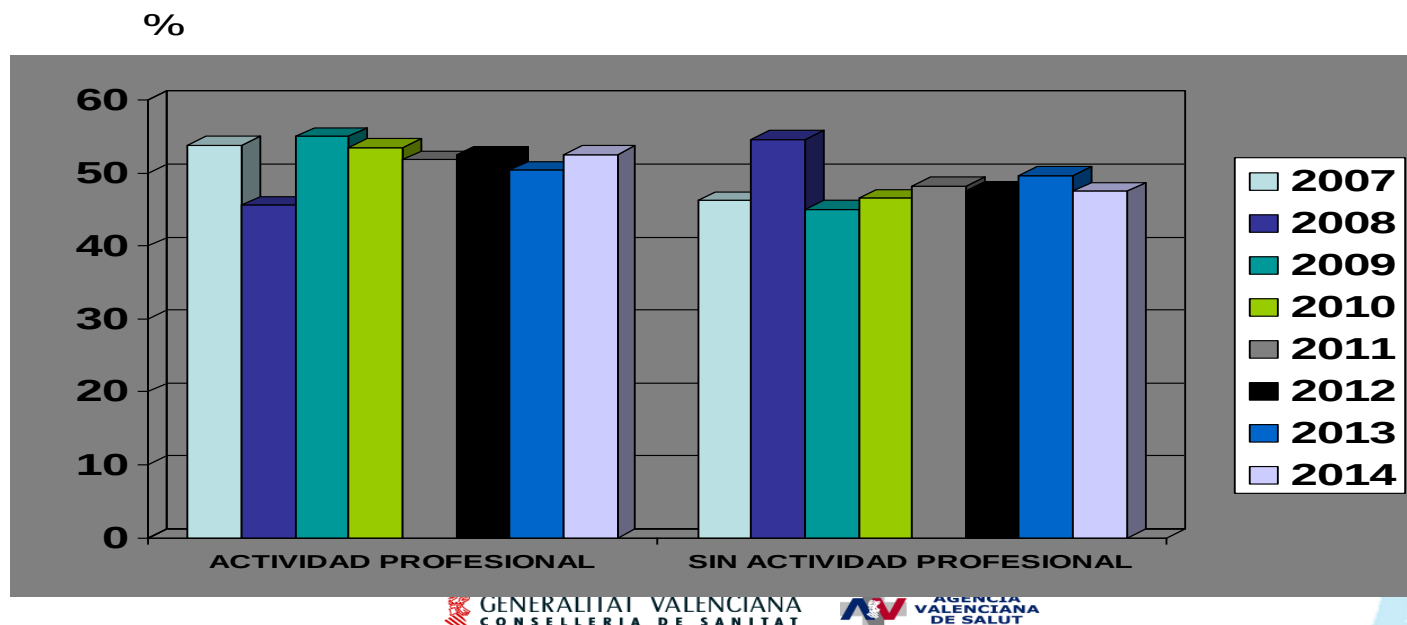
Menos madres fumadoras mejoran el peso al nacer y la posibilidad de patología respiratoria ulterior.

NIVEL ESTUDIOS



Se nota la mejora cultural con más formación para la mujer lo que redunda en un mejor cuidado del neonato. Este año se observa el cambio de la ley de enseñanza obligatoria con mas estudios medios.

ACTIVIDAD PROFESIONAL

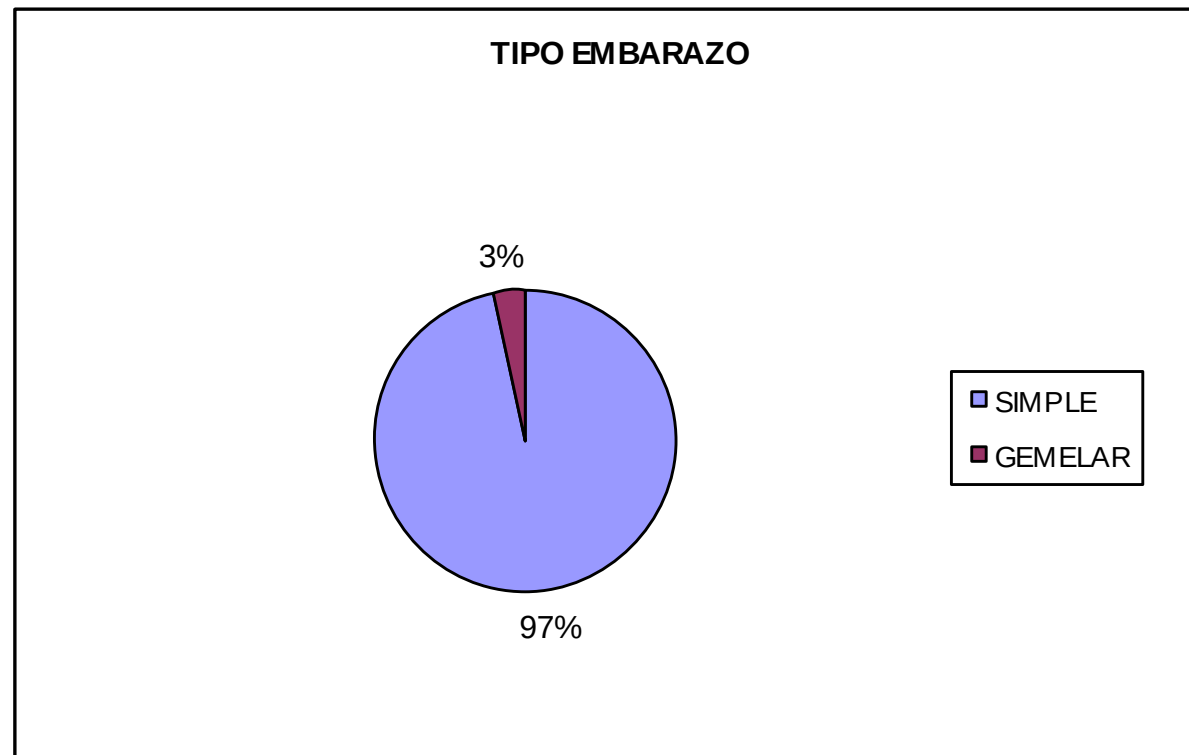


Más de la mitad de las madres desarrollan alguna actividad profesional lo que dificulta la lactancia materna prolongada, favorece la asistencia a guarderías precoz (con los problemas infecciosos añadidos que generan más asistencia sanitaria). Este año también se refleja el pequeño descenso del paro.

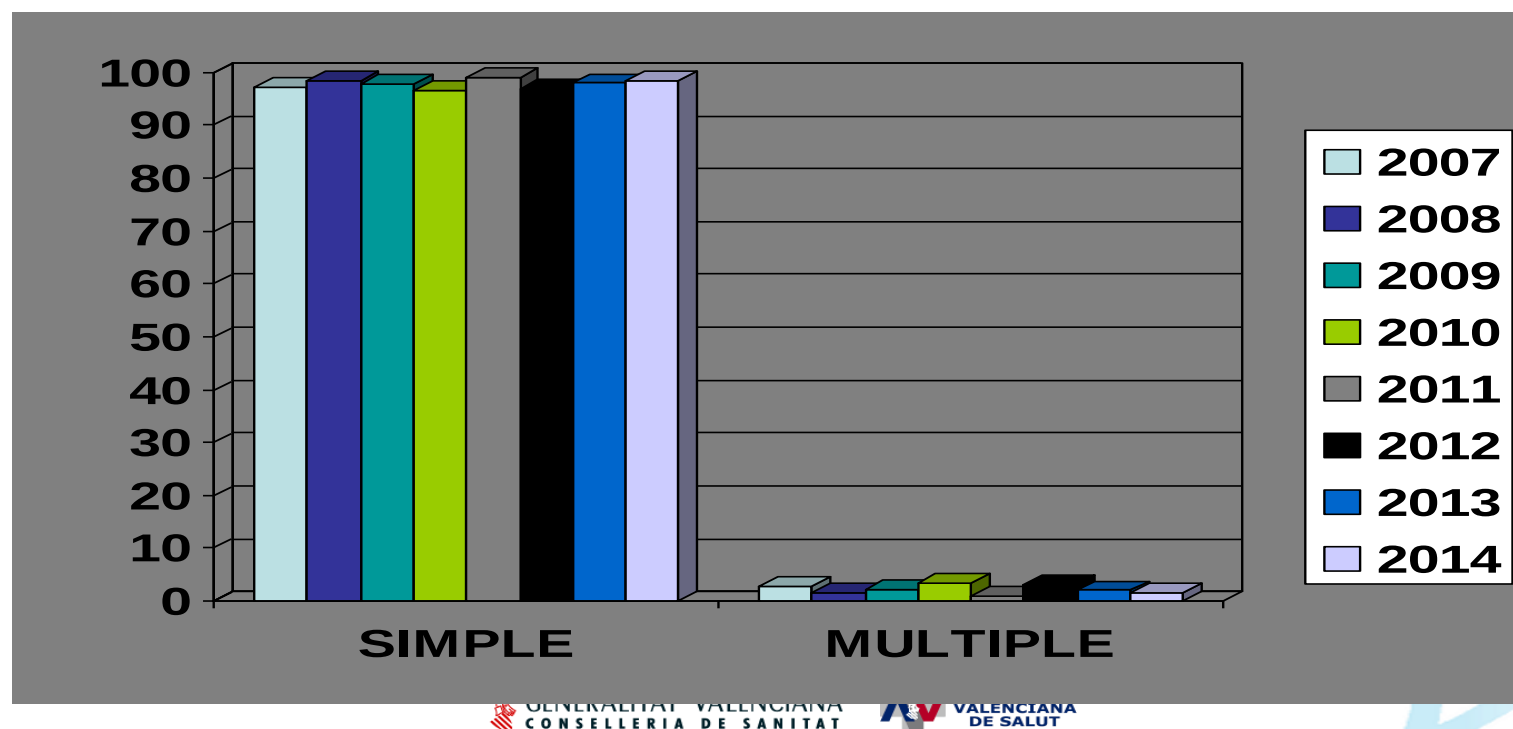
Tipo Embarazo:

SIMPLE	875	96,69%
GEMELAR	29	3,20%

Los gemelares siempre comportan más asistencia y más ingresos. Este año presenta incidencia similar a otros años.

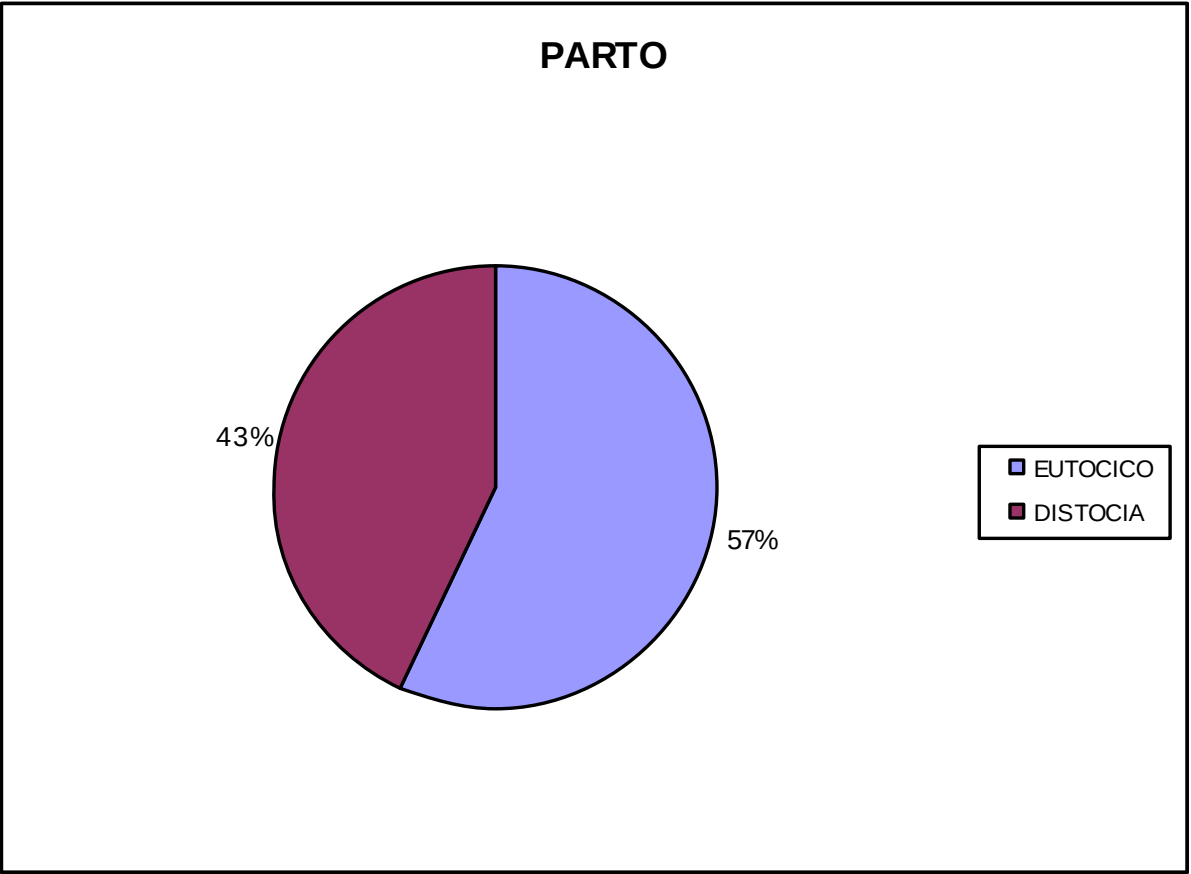


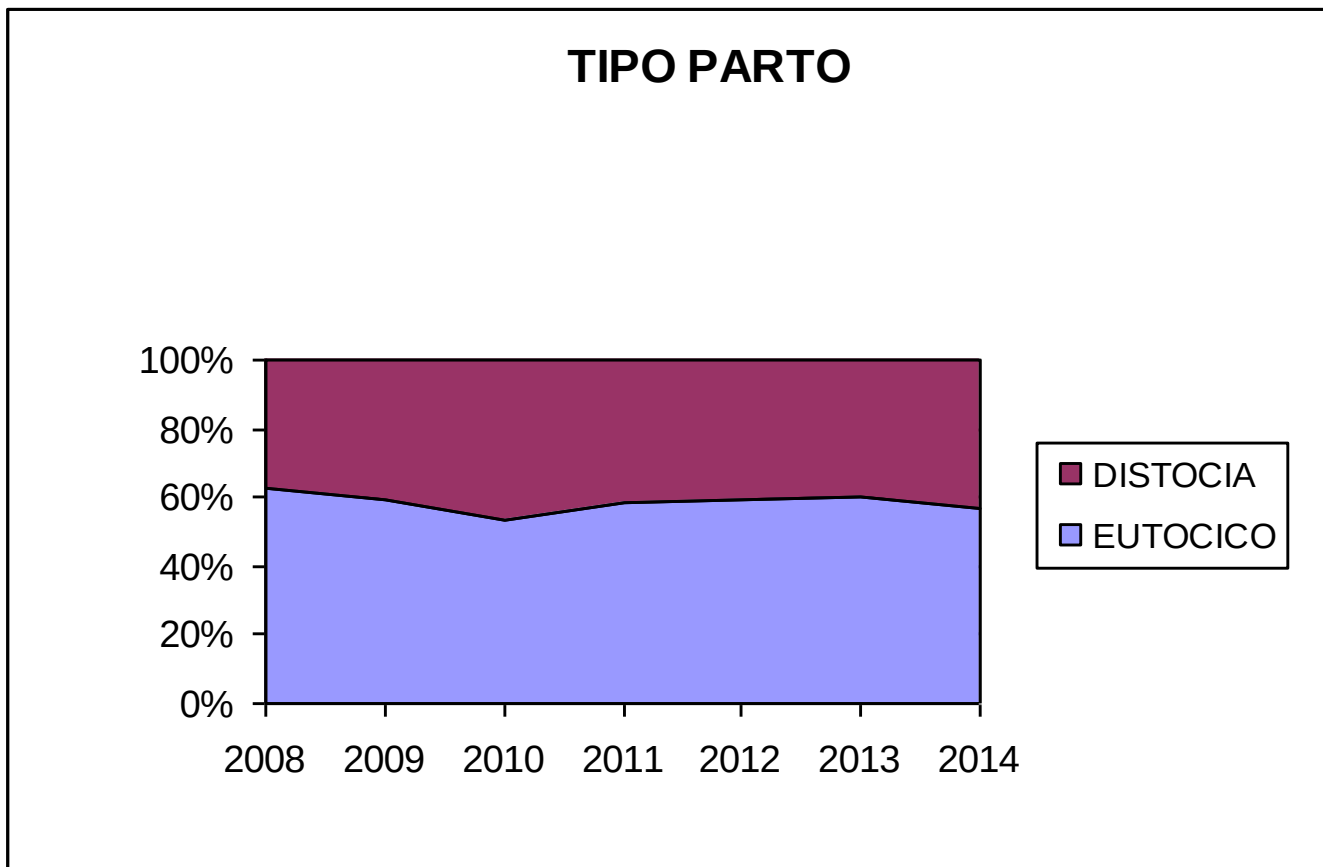
TIPO DE EMBARAZO



Tipo de Parto:

EUTOCICO	514	56,80%
DISTOCIA	389	42,98%

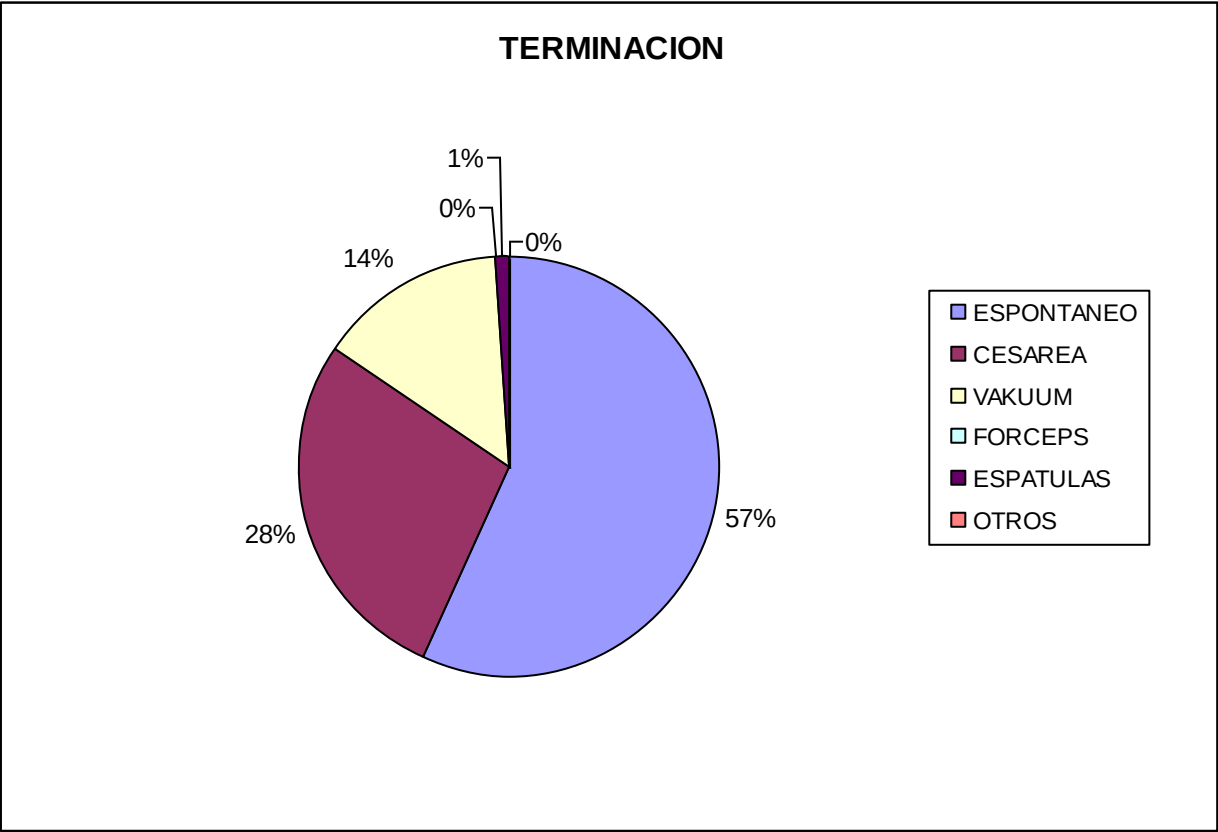


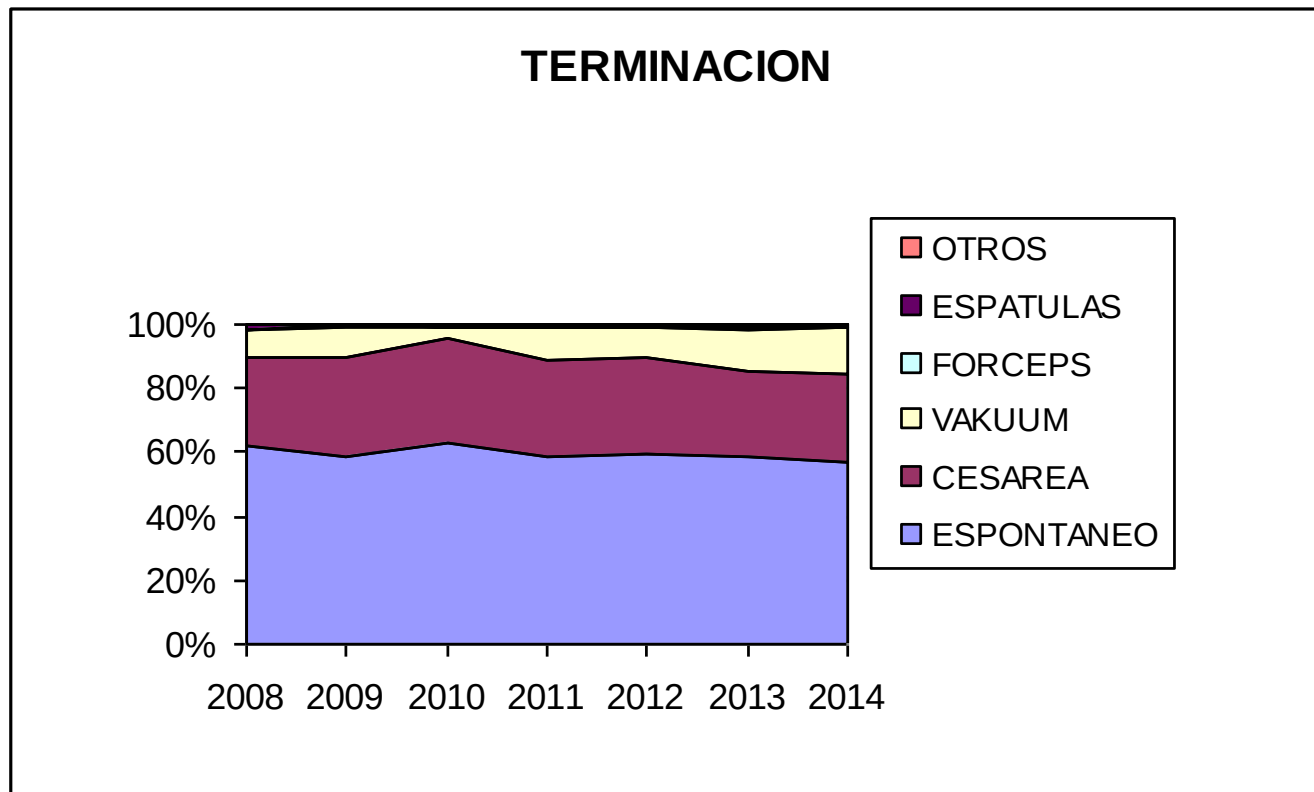


Los Distócicos siempre requieren la presencia de pediatra en el parto. Han mantenido el 40-50% lo que implica que casi la mitad de partos requiere pediatra por distocia.

Forma de terminación:

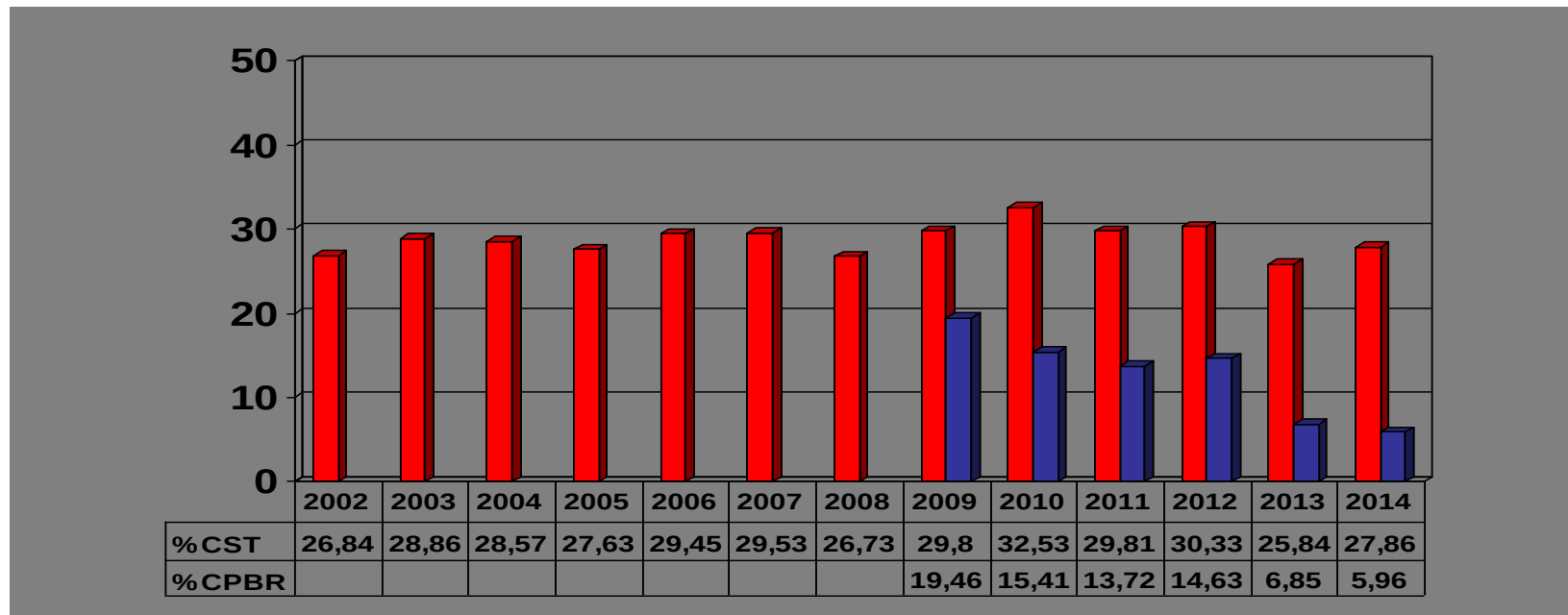
ESPONTANEO	513	56,69%
CESAREA	251	27,73%
VAKUUM	131	14,48%
FORCEPS	1	0,11%
ESPATULAS	9	0,99%
OTROS	0	0,00%



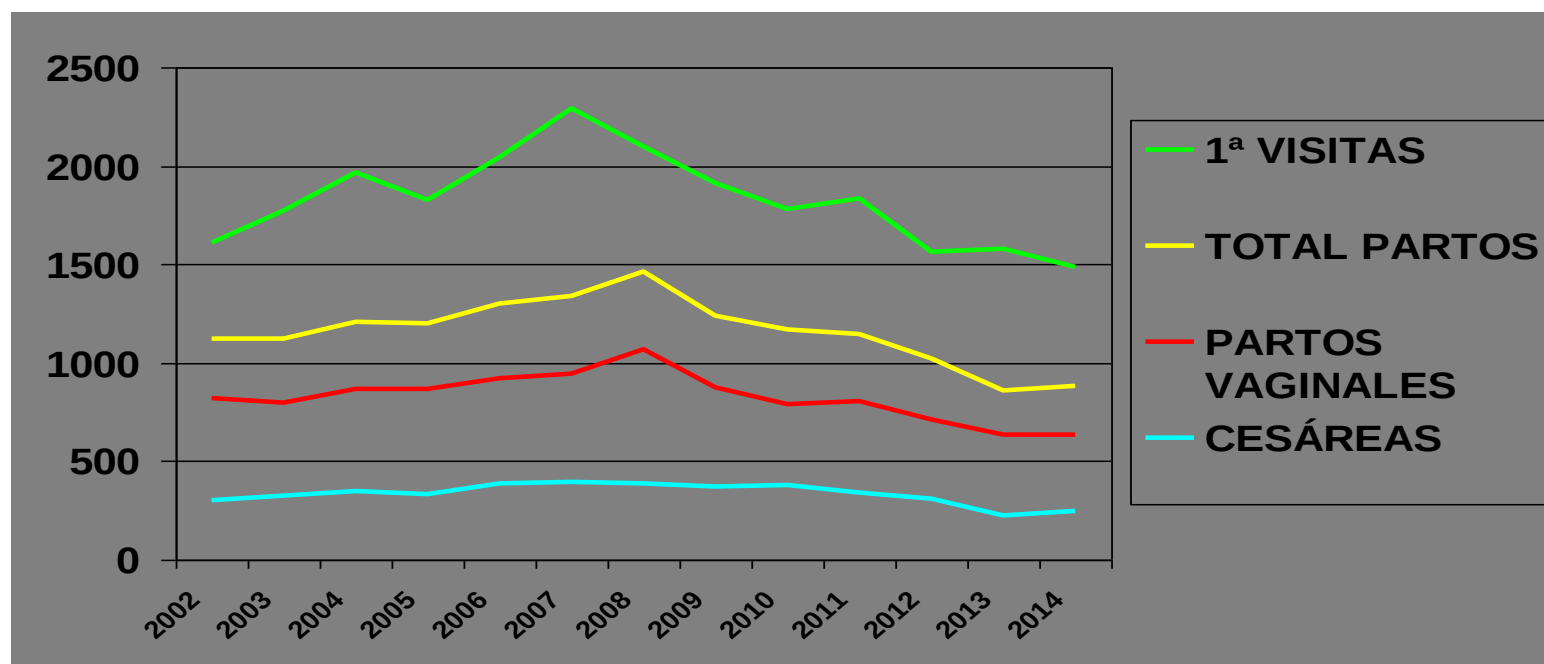


Esta año suben las cesáreas al 27% el año pasado eran un 26% (en 2008 eran un 28% en 2009:30% y 2010 :33%) que necesitan asistencia pediátrica siempre y suben mucho los vakuuum a un 14.5% , el año pasado era 13% (en 2012: 9%), además de un 0.1 de forceps y 1% de espátulas que también se asisten. En total mas del 40% de partos necesitan pediatria por estos motivos (no están cuantificados las perdidas de bienestar fetal, meconio, riesgo materno-fetal, tóxicos, distocias....). si se tiene en cuenta la cantidad de RN que hemos tenido este año se entiende la sobrecarga que generan tanto al pediatra de mañana como al de guardia.

Cesàreas

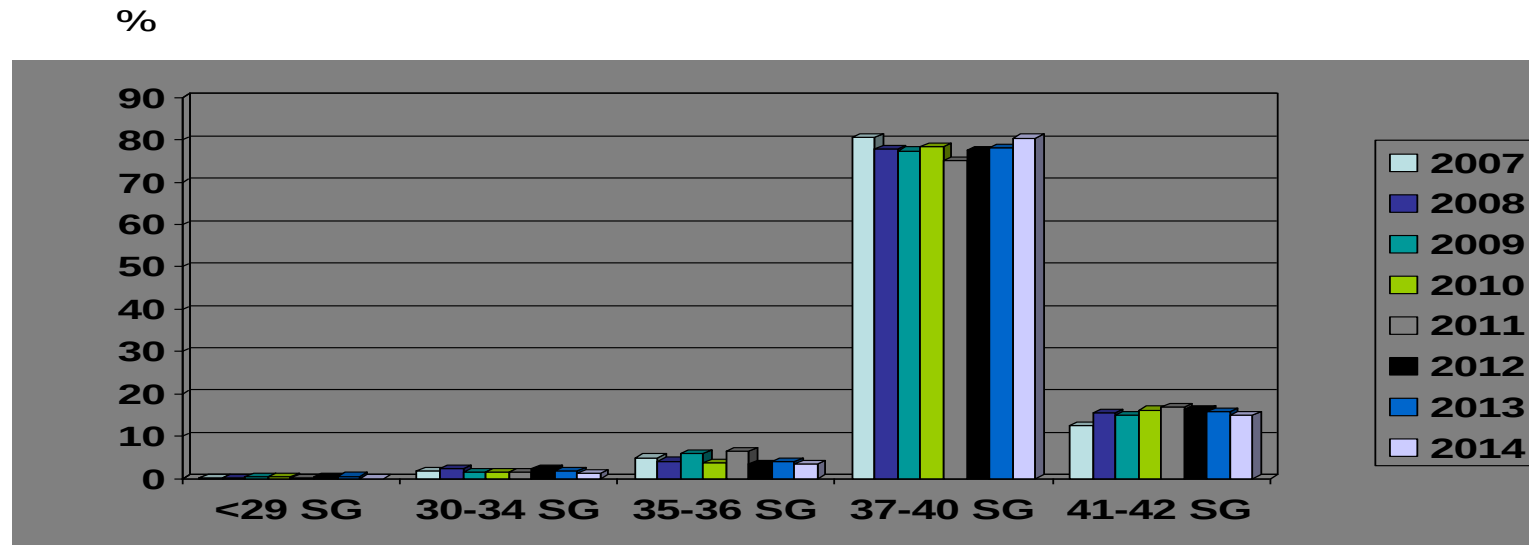


PARTOS Y CESÁREAS



Edad gestacional:

EDAD GESTACIONAL



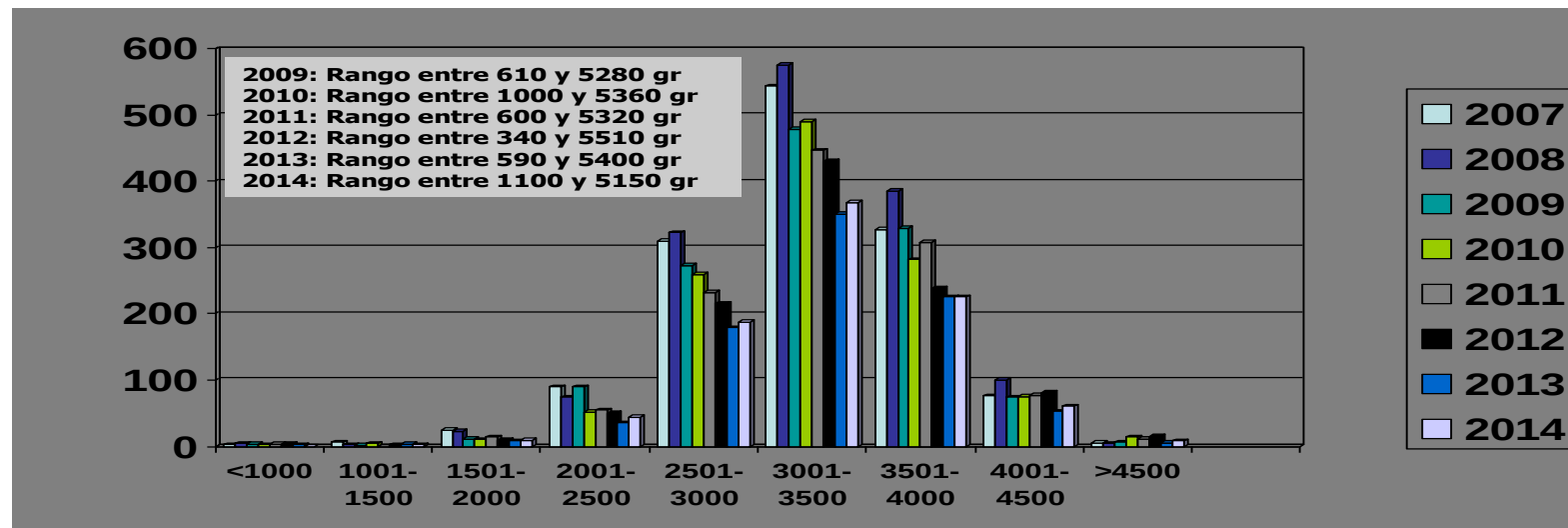
GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Pocos RNPT <34s : buen funcionamiento de obstetricia. Se remiten de forma adecuada. Considerable numero de pretérmino tardíos que necesitan atención en neonatos habitualmente.

Peso al nacer:

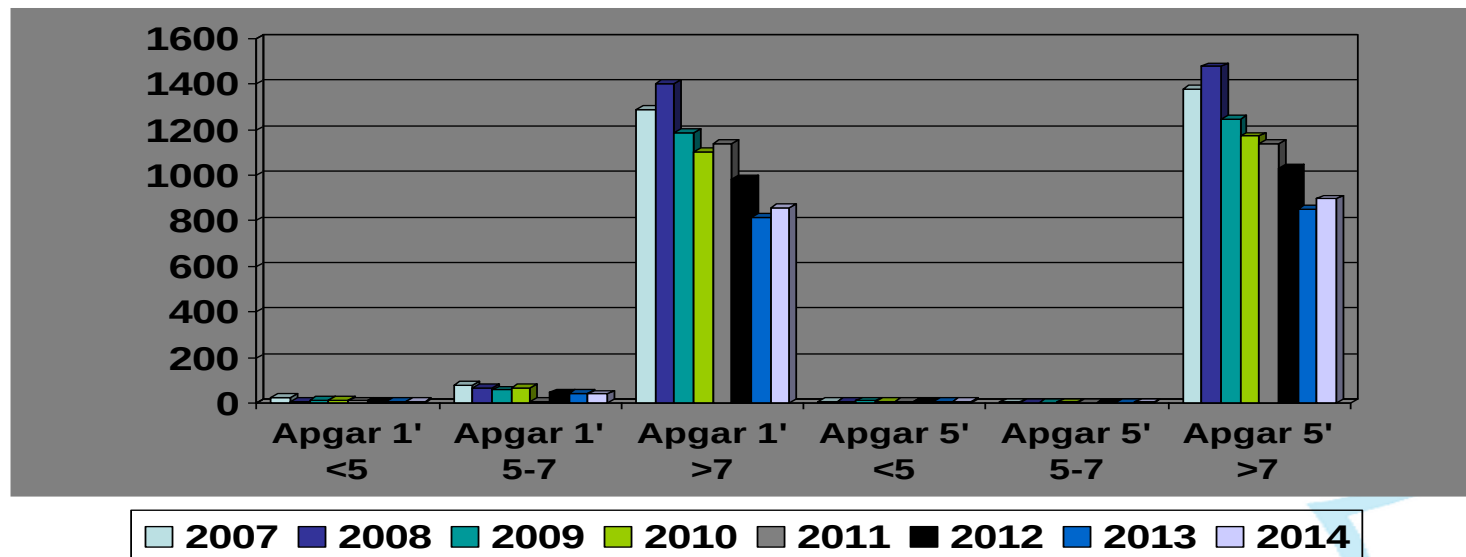
PESO RN



Peso al nacer: pocos son bajo peso < 2500 gr lo que implica un buen control por ginecología.

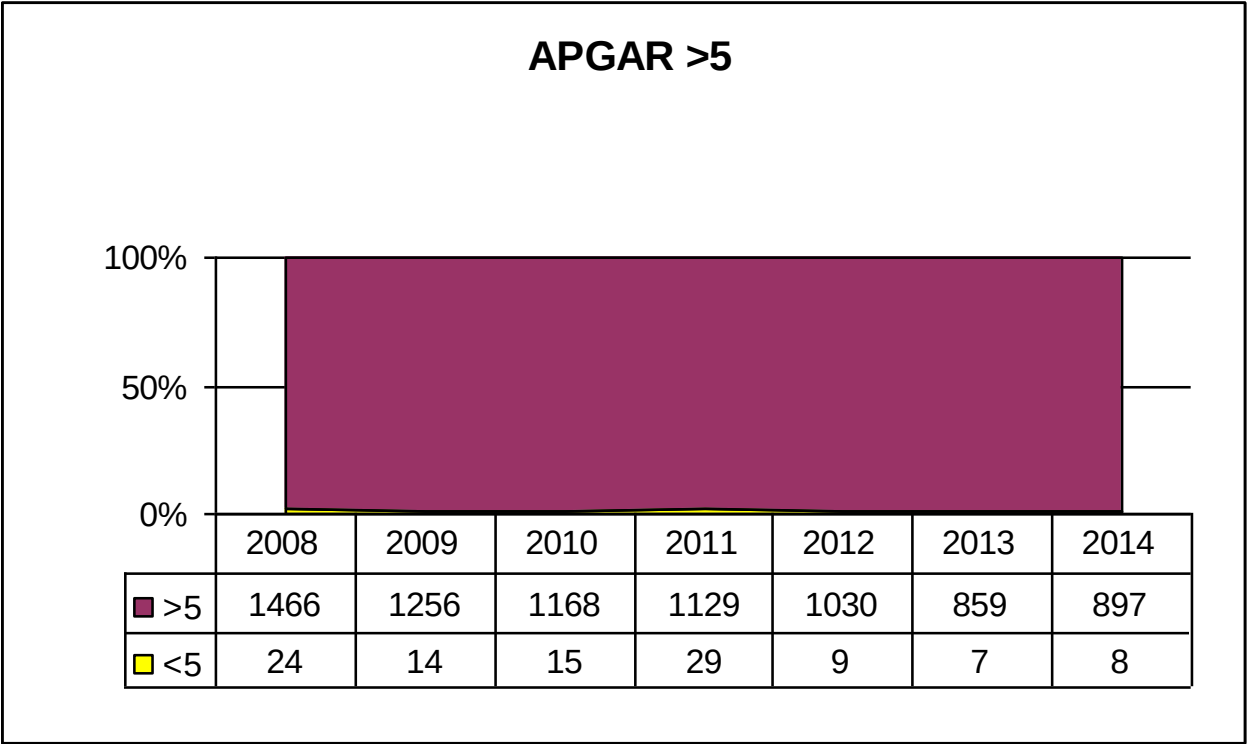
APGAR: Pocos sufrimientos fetales implica buena asistencia y control.

RESULTADOS RN: APGAR



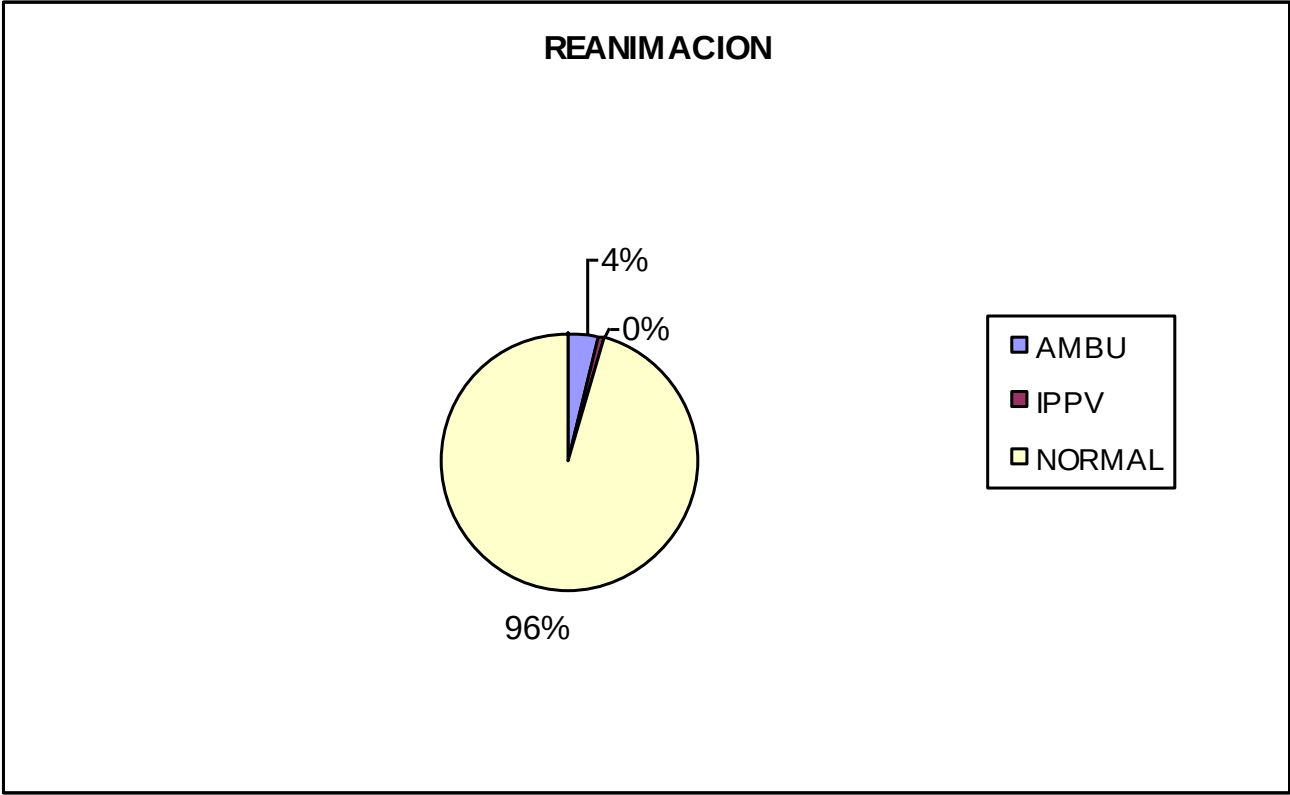
APGAR AL NACER 2013

<5	8	0,88%
>5	897	99,12%

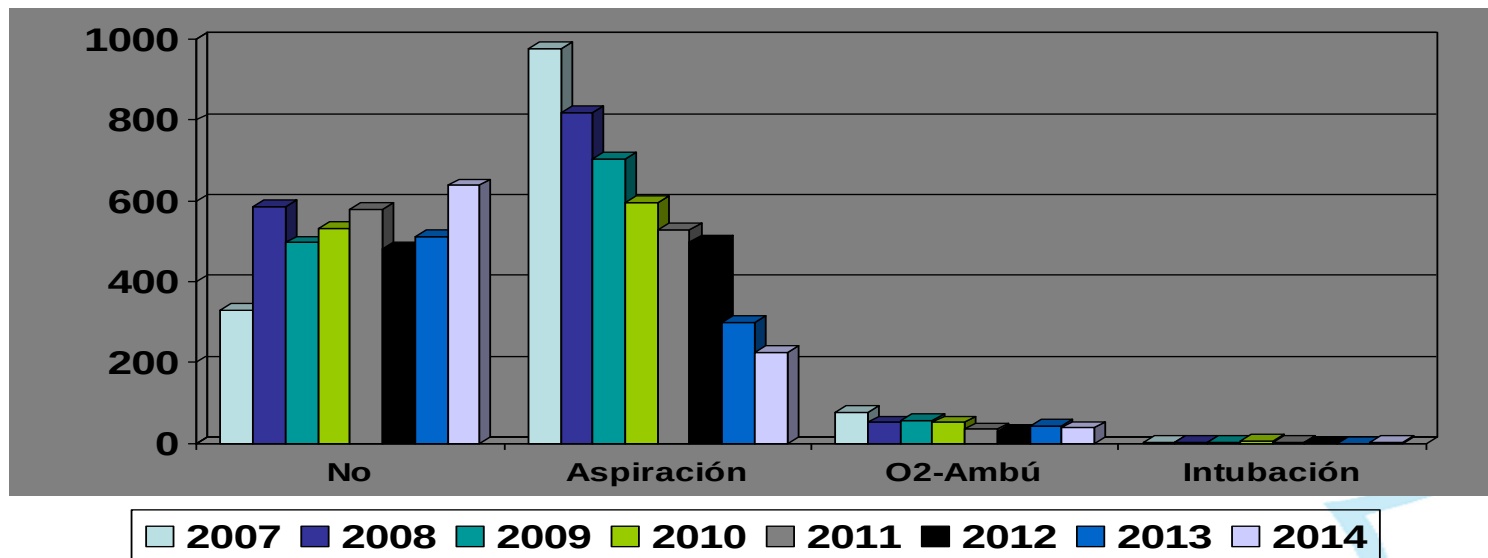


Reanimación: Reanimación simple la gran mayoría de las veces.

AMBU	38	4,20%
IPPV	3	0,33%
NORMAL	864	95,47%

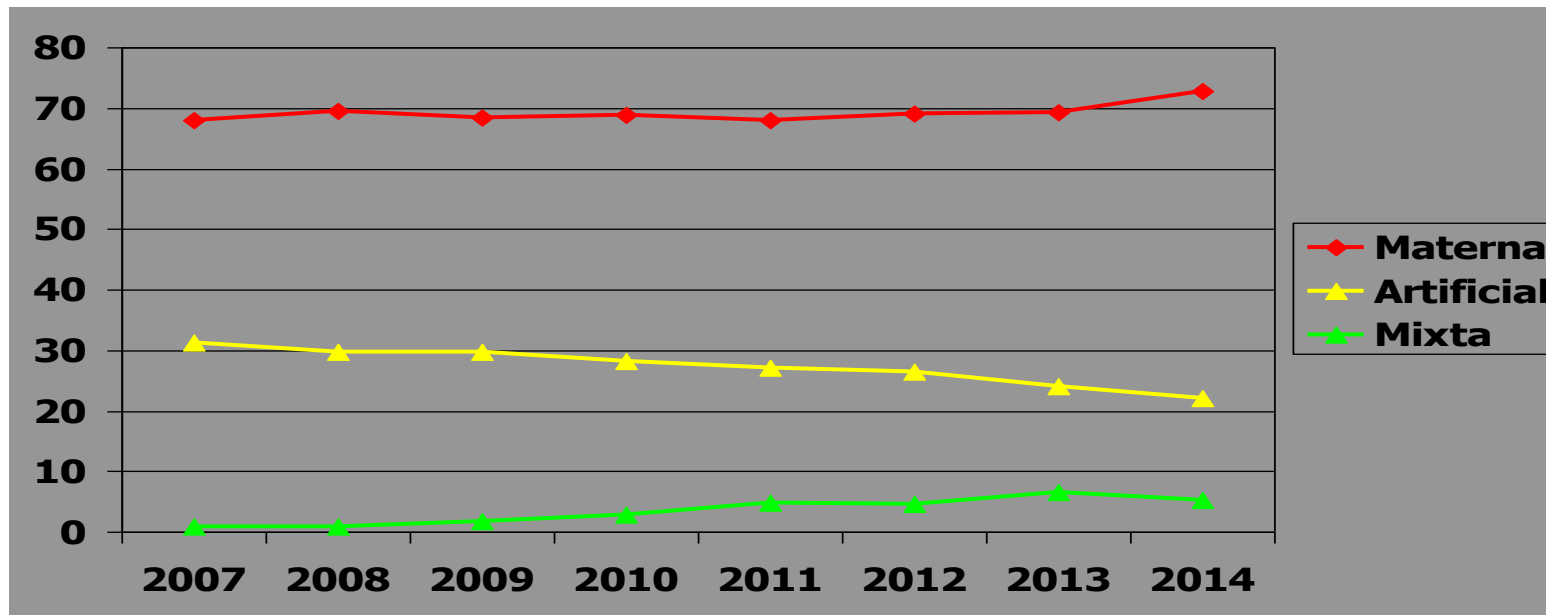


RESULTADOS RN: TIPO REANIMACIÓN

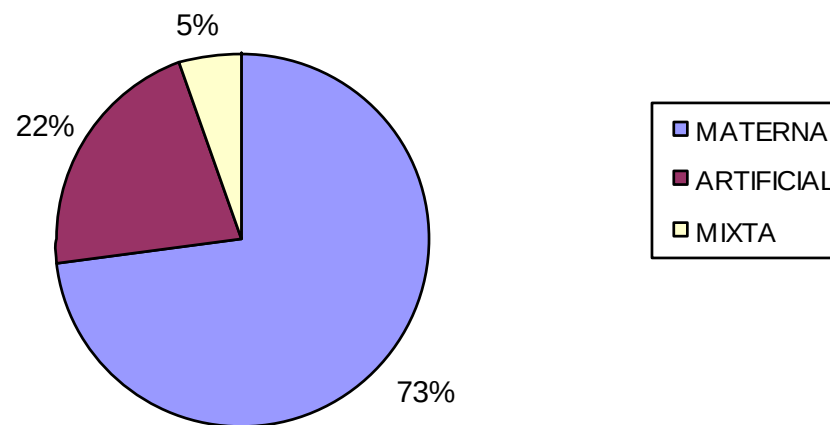


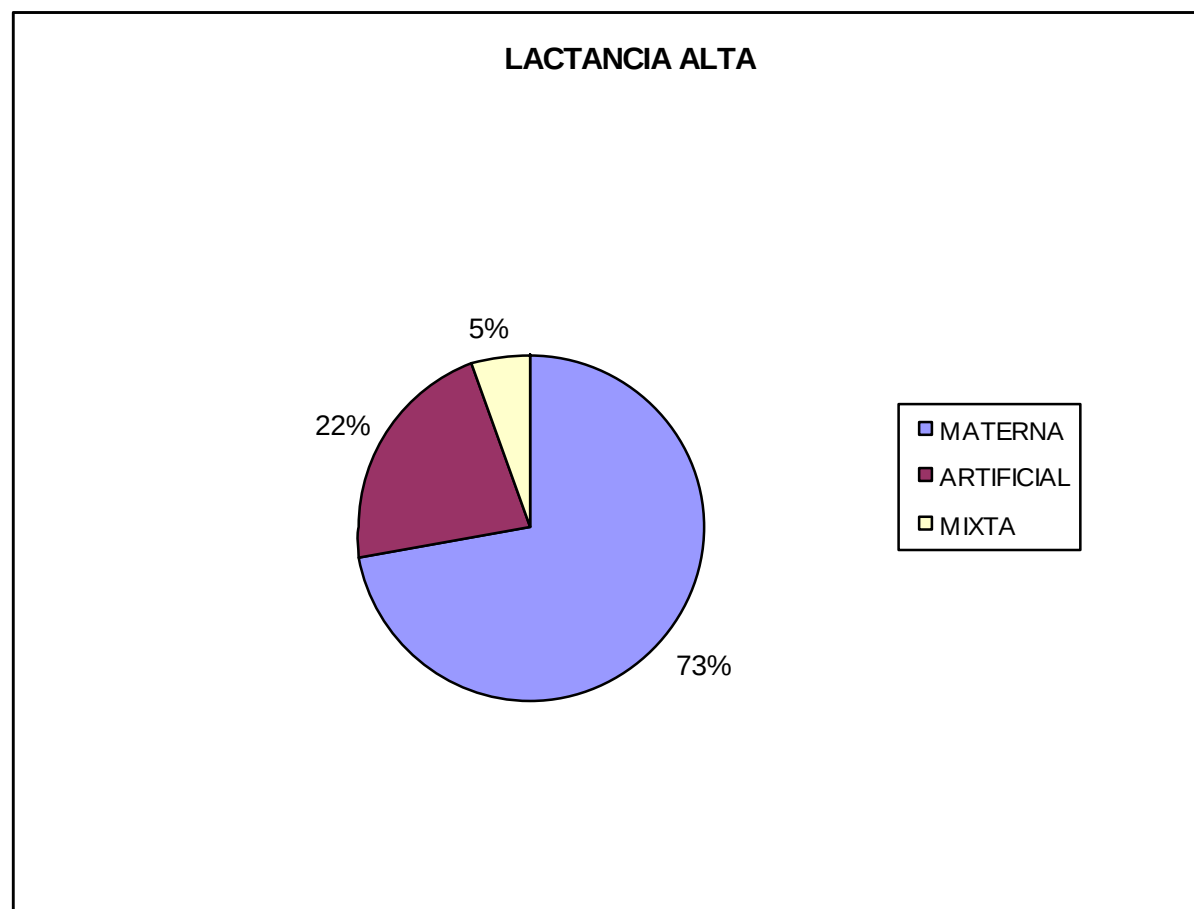
Lactancia: Lactancia materna aumenta en torno a 73% (mejor que en 2006 que teníamos un 61% y mejor que 2012 con 68%). Aquí se refleja el esfuerzo del servicio en formación de todo el personal y los residentes a base de cursos y jornadas de formación.

Lactancia (%)



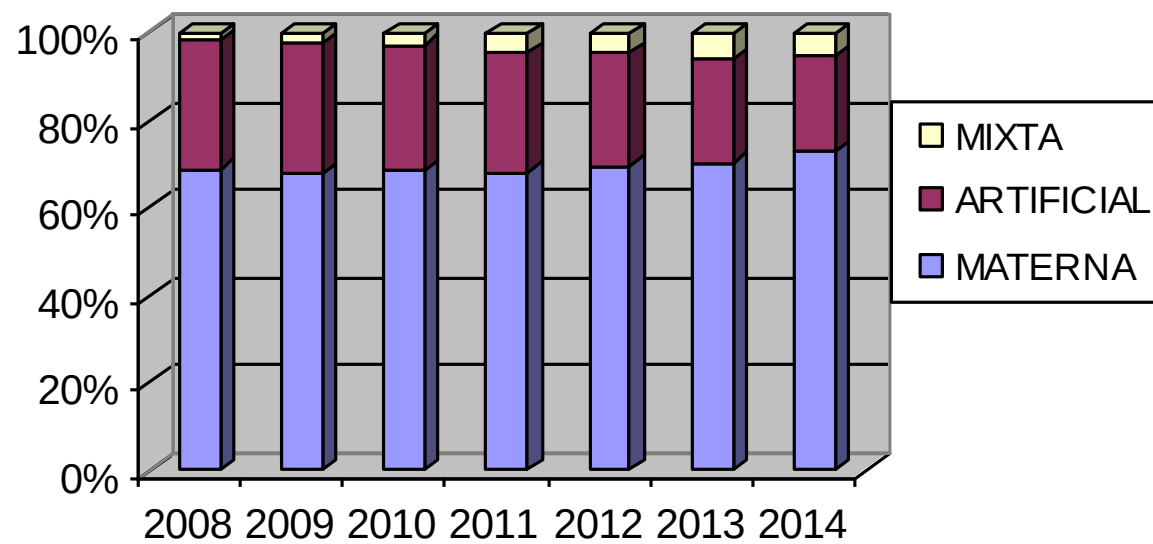
LACTANCIA INICIO



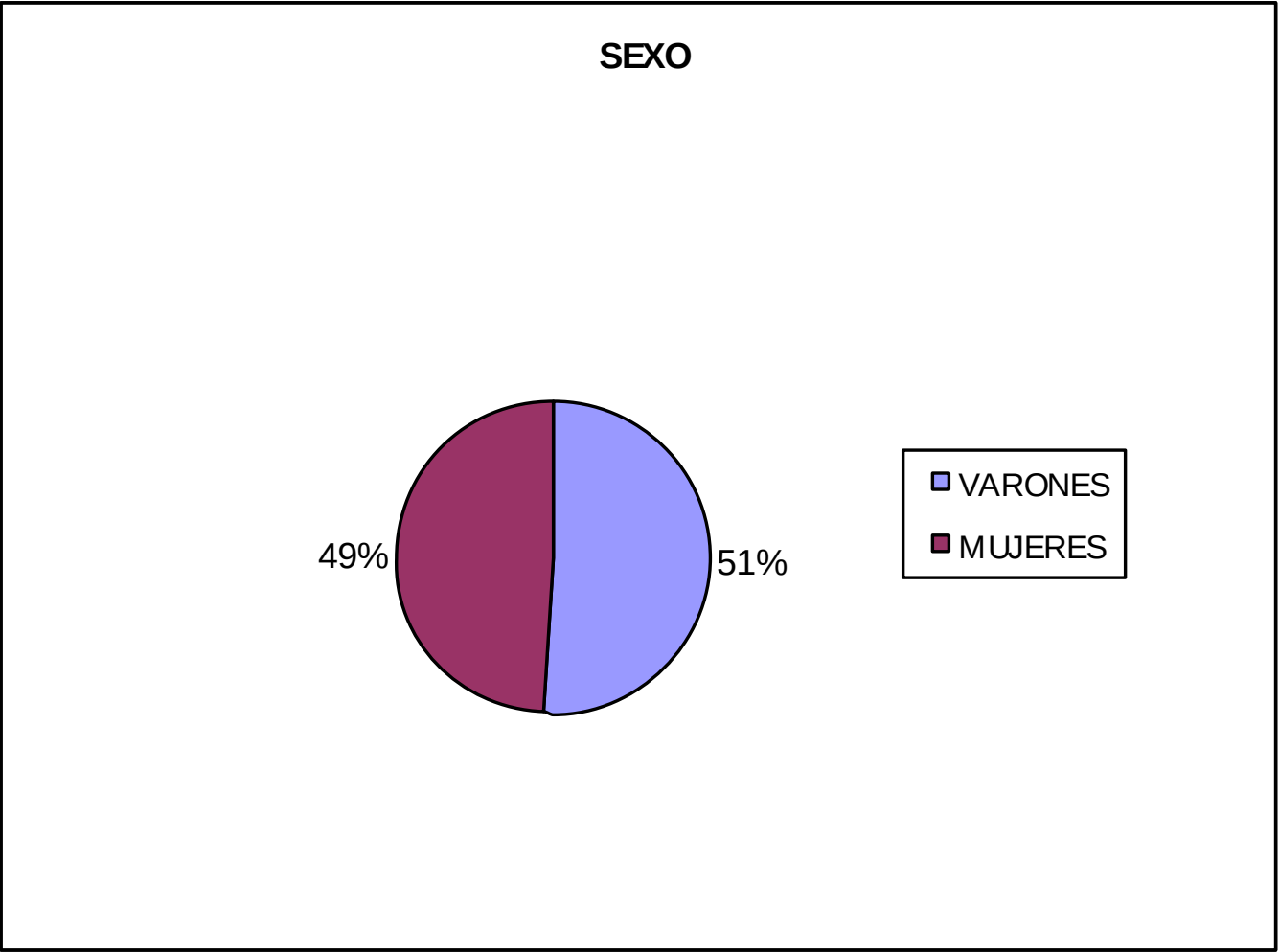


No hay pérdidas significativas en Maternidad, lo que implica buen apoyo del personal, que incluso prefiere una mixta (que aumentan) a perder una lactancia.

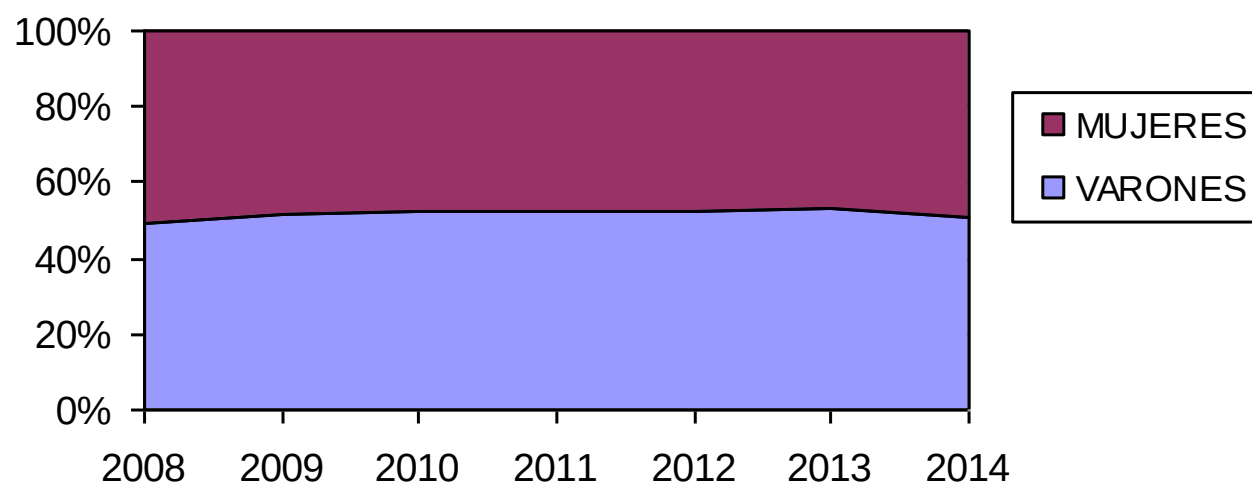
LACTANCIA INICIO



Sexo del RN: este año nacen más niños, como es habitual.

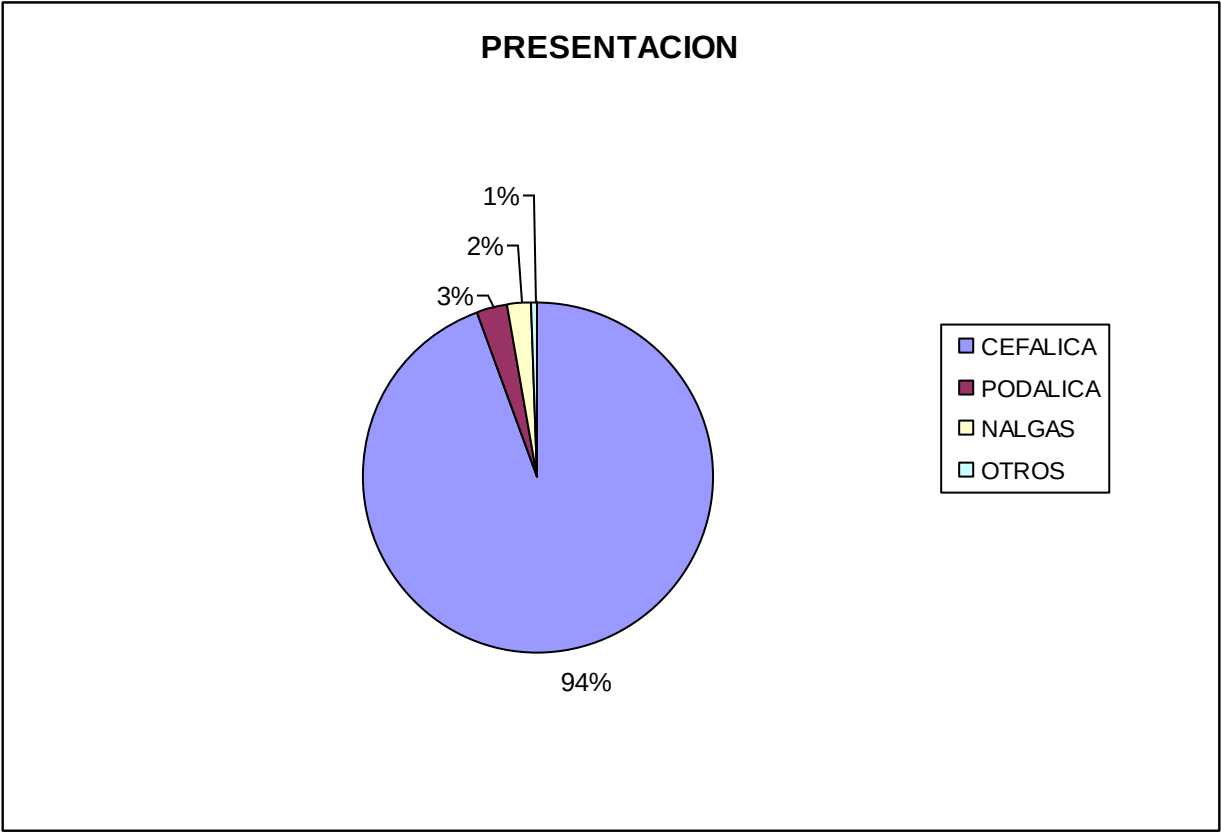


SEXO



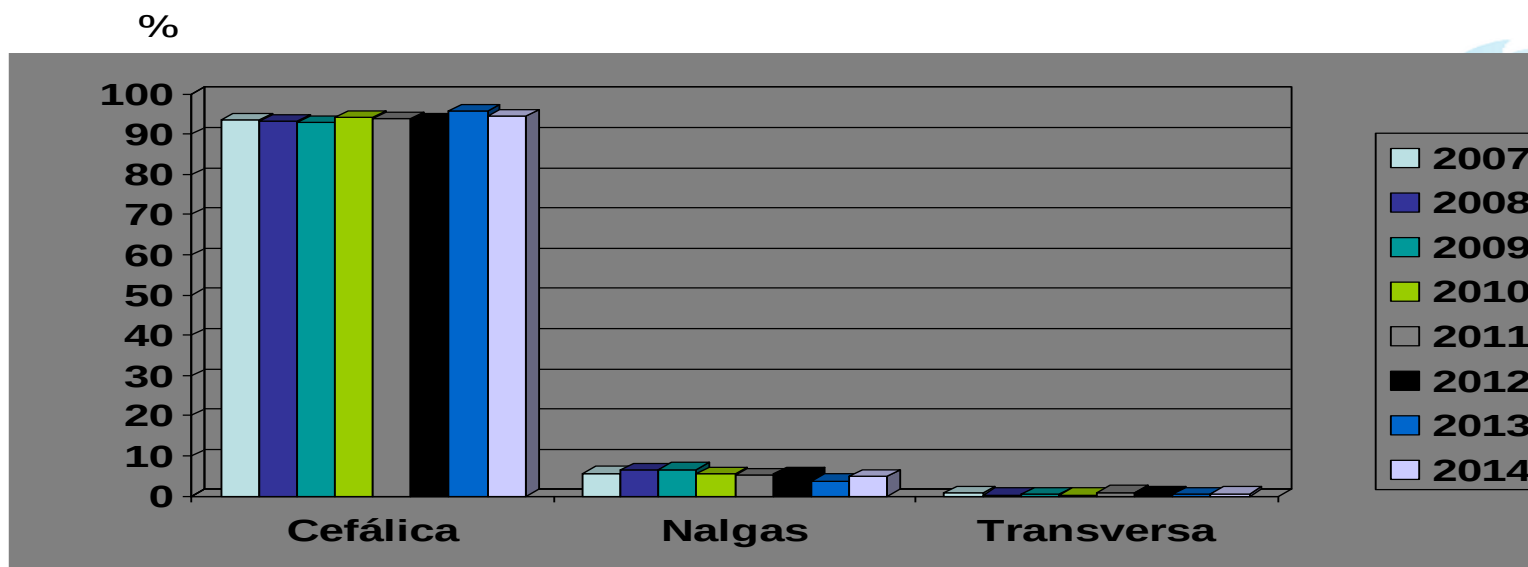
La presentación anteparto ha sido la siguiente:

CEFALICA	851	94,03%
PODALICA	26	2,87%
NALGAS	18	1,99%
OTROS	6	0,66%

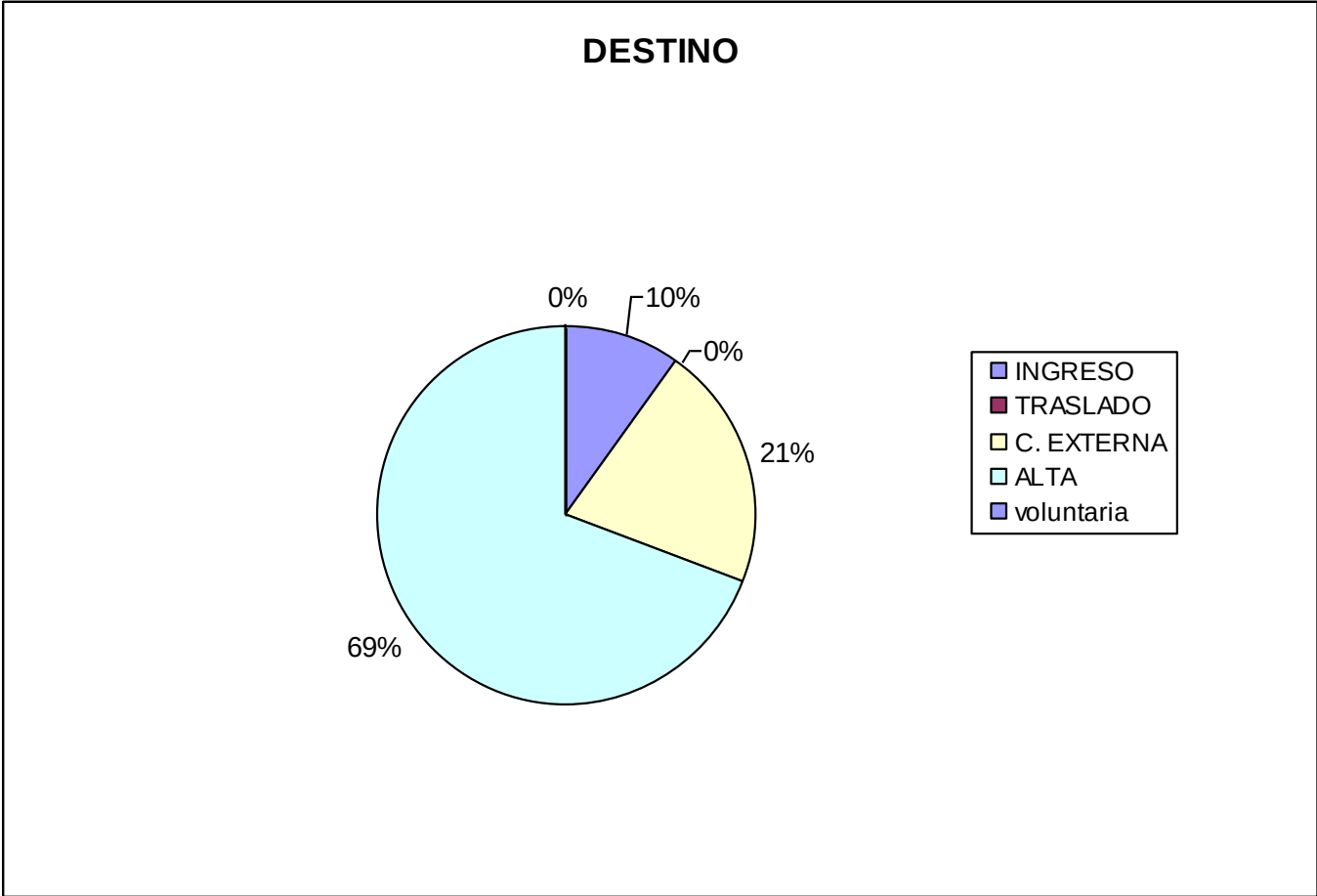


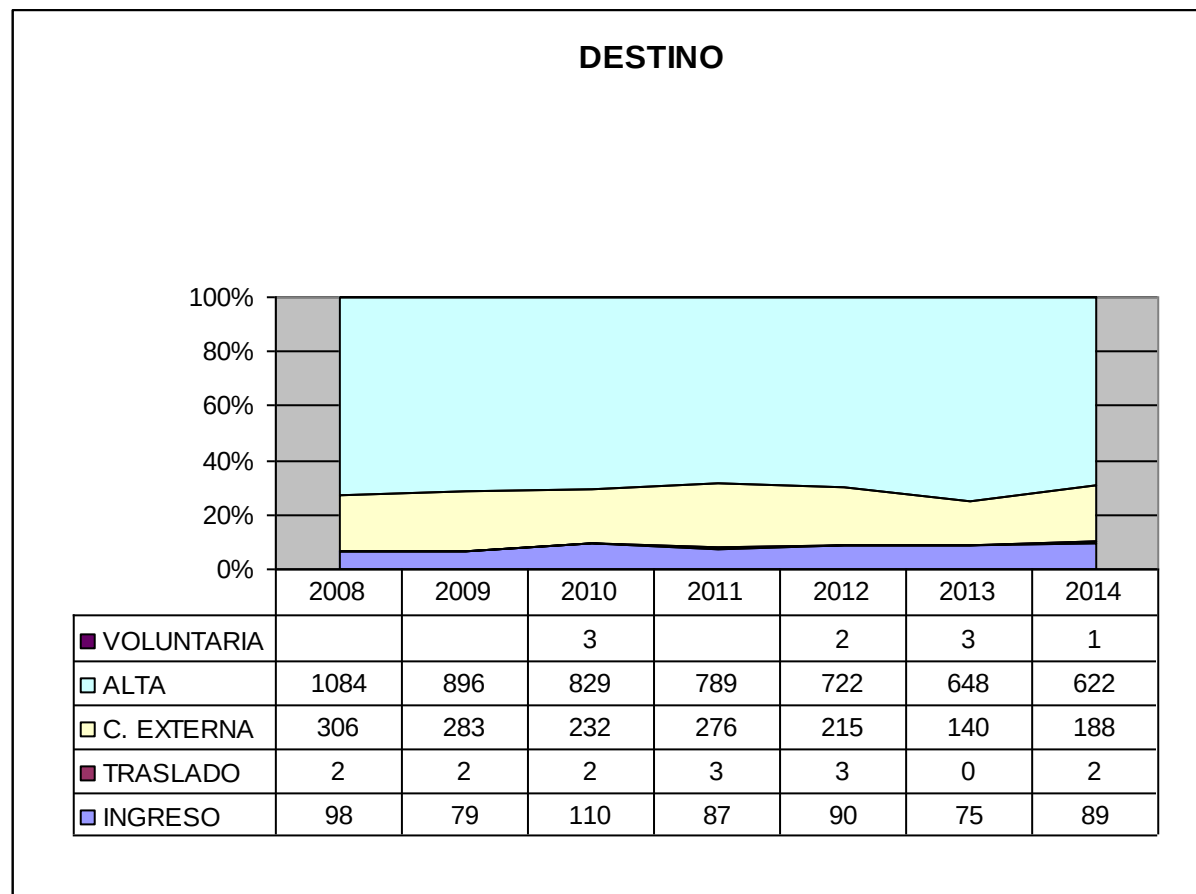
Así pues un 5 % de RN pasan a seguimiento por protocolo de luxación de cadera en CCEE.

PRESENTACIÓN



El destino final del RN ha sido:





Se puede observar que no existen traslados y que se deriva a CCEE un 21 % de RN lo que genera mucha asistencia (creciente) además del 10 % de ingresos.

MORBILIDAD NEONATAL

Morbi-mortalidad neonatal

Patología	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cefalohematoma	21	34	50	33	34	28	16
Fractura clavícula	19	17	10	12 + 1 húmero	10	3	10
Ectasia piélica	23	15	17	12	17	16	8
Isoinmunización ABO/RH	6	9	10	11	9	11	17
Malf cardíacas	1 CIV, 1 ductus	1 Fallot, 1 ductus, 3 CIV	3 CIV, 1 CIA, 1 Fallot, 3 ductus	1 CIV, 1 ductus	3 CIV 1 cia	1 CIV	0
Parálisis braquial		3	3	1	1	1	1
Aneuploidías	2 Down 1 Turner	1 Down, 1 XYY, 1 delección X	0	1 Down, 1 inv C9	1 Down	1 tr18 46XY/45 XO	1 inv C9 1 XYY
Macrocefalia	10	13	9	12	8	4	12
Malf genitourinarias	21	23	24	15	16	15	31
Muertes perinatales	7	10	6	6	7	7	5
Hemangiomas	14	10	13	19	16	5	13
Riesgo sepsis RN		90	85	81	78	48	59
RN PEG		49	26	31	52	11	39
Depresión RN		41	30	30	24	18	31

A valorar la incidencia de fracturas de clavículas que ha repuntado y parálisis braquial mínima pero presente que hace pensar en partos con capacidad de mejora. También hay más PEG y más depresión RN de forma significativa que hay que revalorar. El resto de patologías es similar. La gran mayoría de estos casos acaban siendo controlados en CCEE.

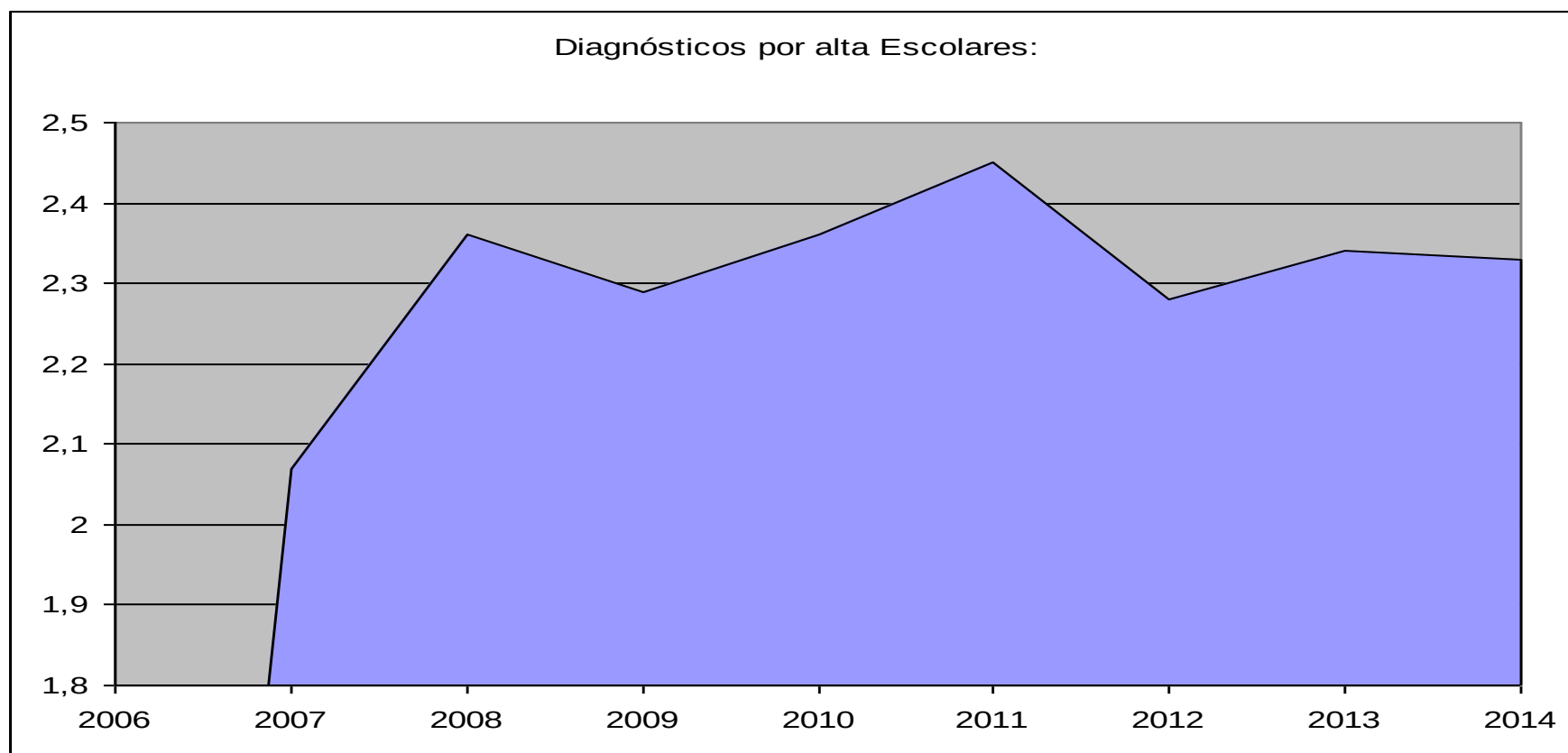
Morbilidad durante la gestación

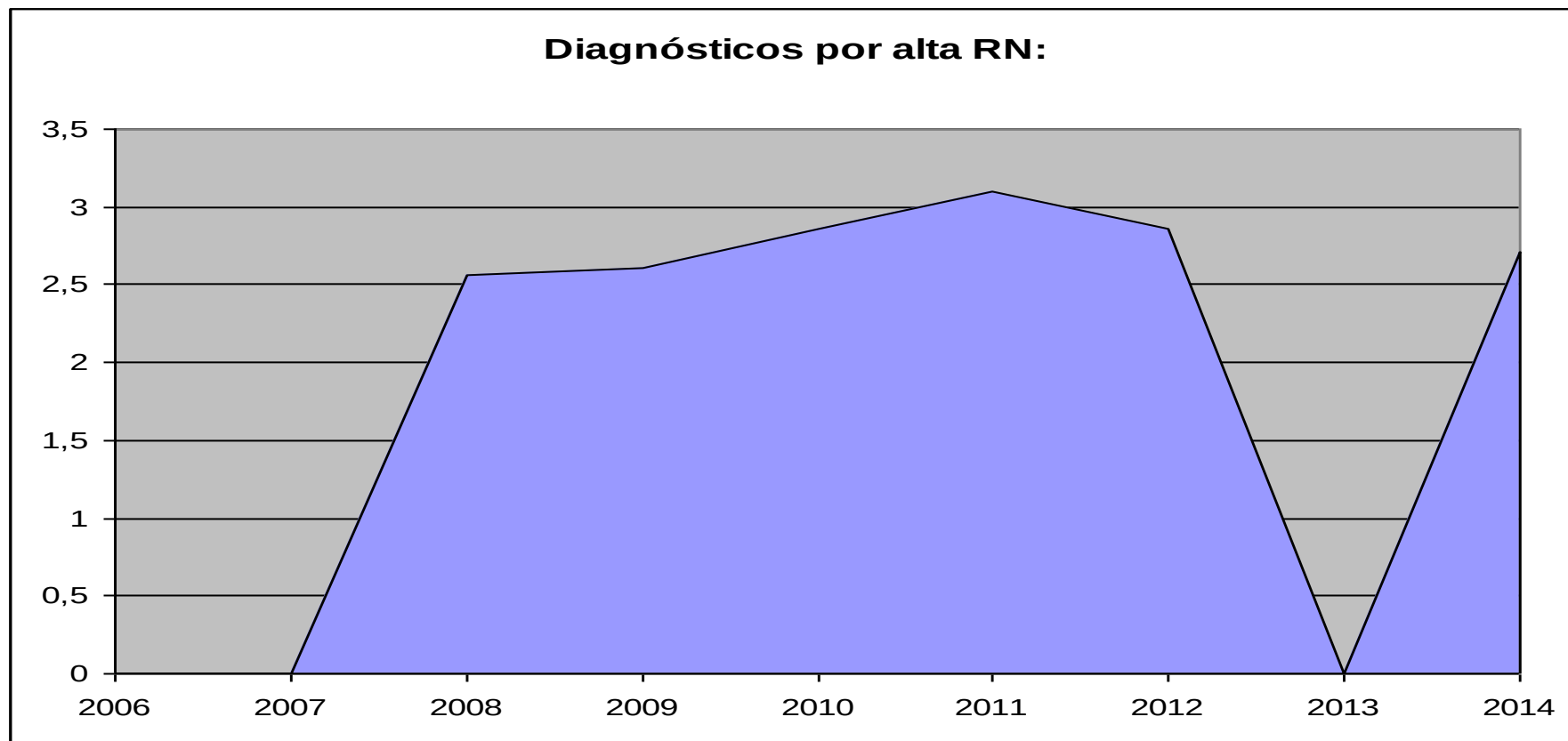
Patología	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gestación no controlada	36	21	32	22	16	18	17
Diabetes gestacional	24	33	31	36 (8 ins)	24 (4 ins)	17(5 ins)	36 (13 ins)
Patología tiroidea	28	24	20	15	18	30	48
Amenaza de aborto	37	26	14	13	14	13	13
APP	17	14	10	32	19	15	8
EHE	18	20	17	24	18	10	6
Oligoamnios	16	11	13	13	7	5	4
EGB (+)	230 (15.8%)	170 (13.7%)	197 (16.6%)	178 (15.5%)	158 (15.2%)	130 (15.0%)	133 (14.9%)
ITU	24	27	30	17	28	22	16
Eclampsia	4	5	10	5	2	1	1
Hepatitis B	5	13	11	9	8	4	7

También comentar que todos son motivo de llamada habitual para el pediatra pero las circulares de cordón y el liquido meconial habitualmente implican asistencia pediátrica urgente en la reanimación

CRITERIOS DE CALIDAD

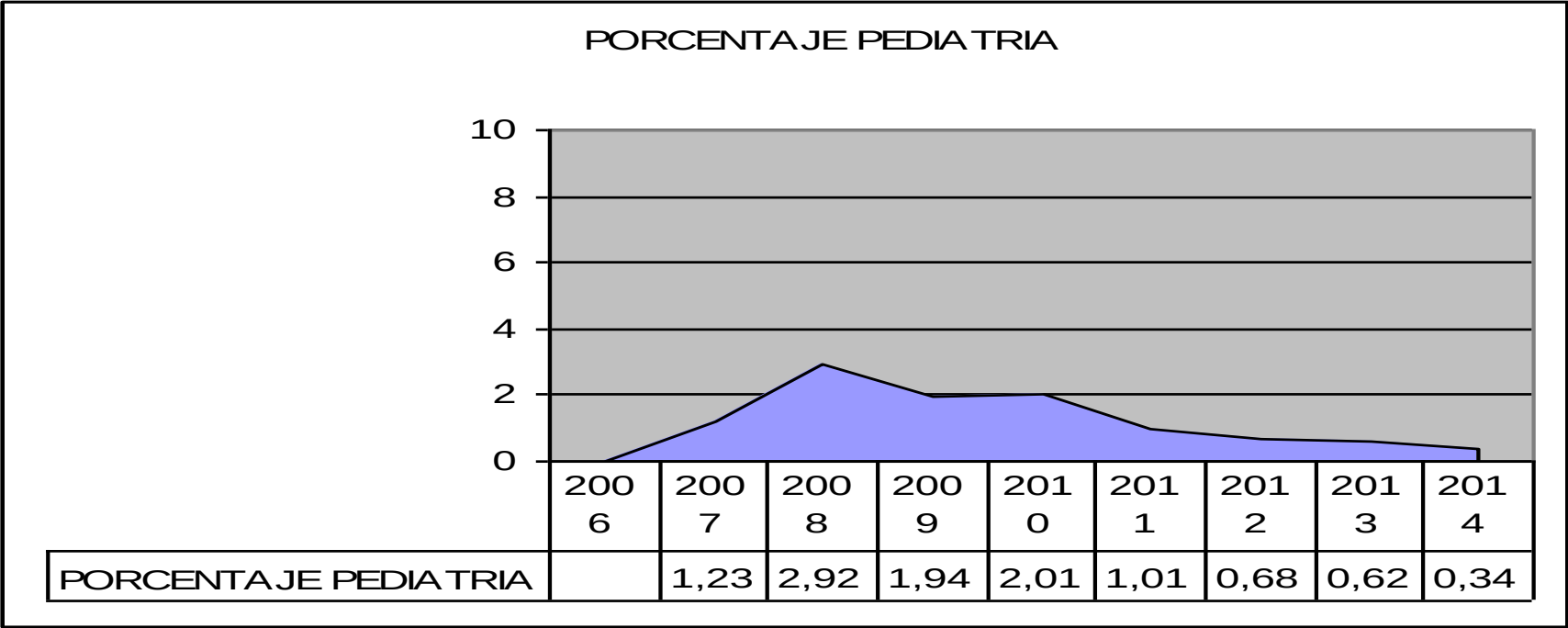
Hemos conseguido erradicar los GRD inválidos y hemos mantenido los diagnósticos por caso tanto en pediatría como en neonatos. Todo ello refleja la mejoría progresiva de calidad asistencial del Servicio (difícil ya de mejorar).



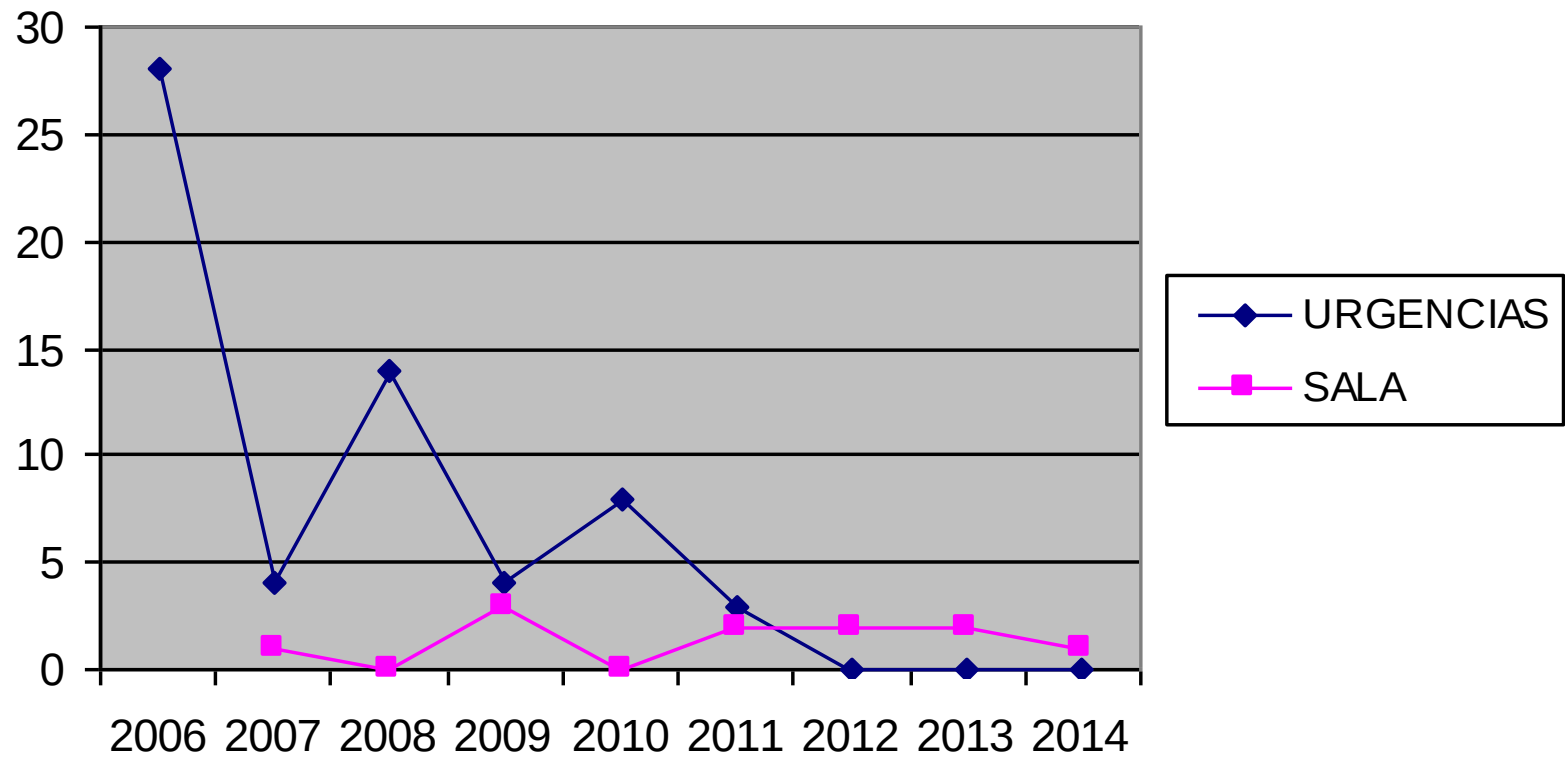


RECLAMACIONES Y AGRADECIMIENTOS

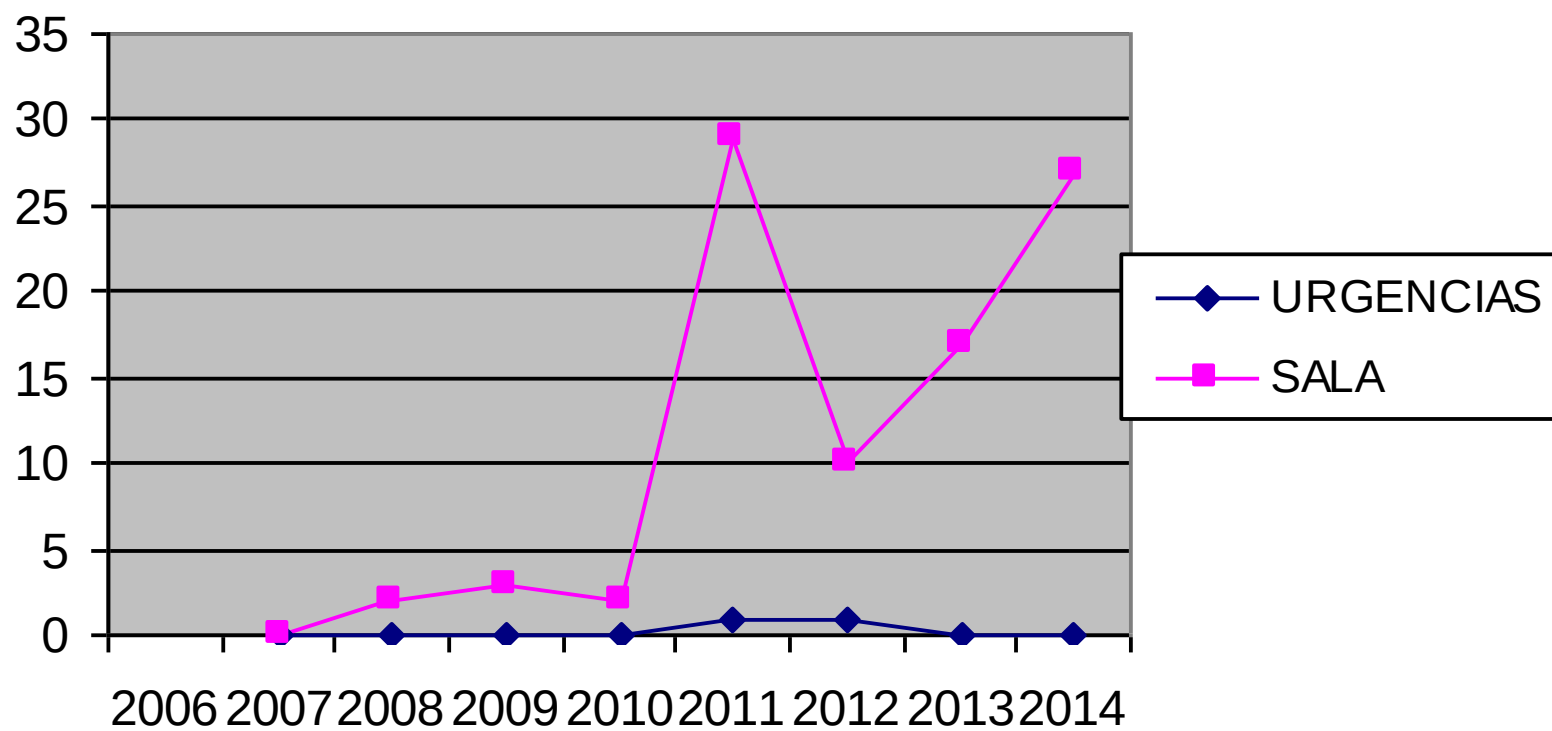
En global hemos bajado las reclamaciones a mínimos históricos; en urgencias gracias a los cambios introducidos en espacio y personal dedicado y en las de sala por mejor asistencia y manejo del paciente, que se refleja en intentar siempre una asistencia sobresaliente, como refleja el numero de agradecimientos. Aún así, originamos una cantidad insignificante de reclamaciones del hospital (cada vez menos) por lo que somos un servicio que desempeña su labor con pocos conflictos gracias a la especial atención que se le da al paciente y a su familia. En esta filosofía es fundamental nuestro intento de que cada niño este en una habitación solo, por comodidad y por necesidad dada la infecciosidad habitual de nuestros pacientes que facilita las infecciones cruzadas. Lo mismo que dar cama a las madres con lactancia exclusiva cuyos neonatos están ingresados en nuestra área.



RECLAMACIONES



AGRADECIMIENTOS



GRD'S 2014

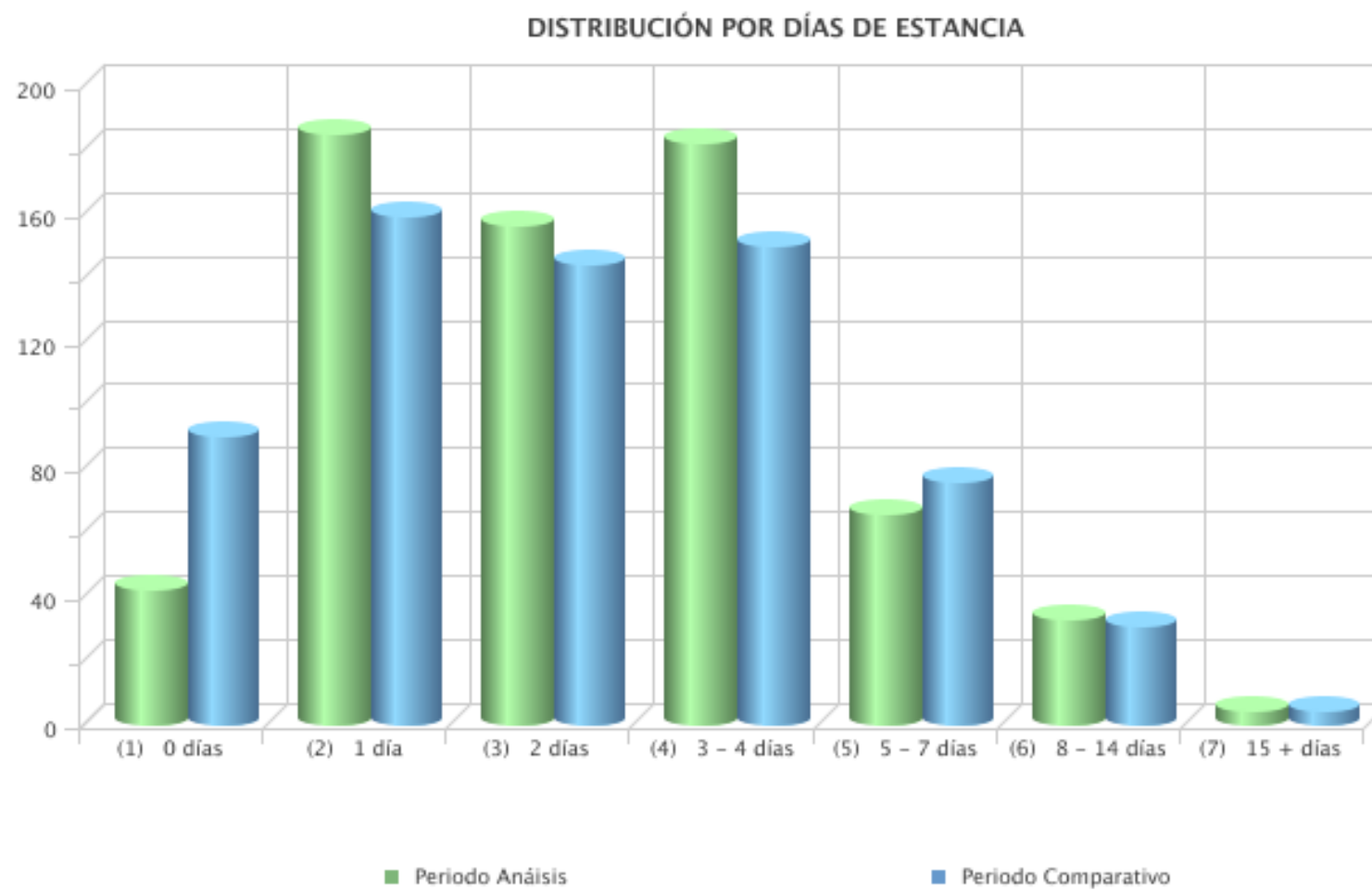
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación	Por%%	
Altas Brutas	668	654	14	2	
EM Bruta	2,83	2,73	0,11	3,89	
Altas Estancia -+ 1 d. y Programados	22	60	-38	-63	
Altas Inliers	635	596	39	7	
Estancia Media Inliers	2,69	2,52	0,17	6,67	
Peso Medio - Case Mix (3)	0,7826	0,8454	-0,0628	-7,4245	
Éxitus	0	0	0		
% Éxitus con GRD 470					
Altas Codificadas (1)	668	654	14	2	
% Codificación (1)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	
Altas Codificadas (2)	668	654	14	2	
% Codificación (2)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	
Media Dx Codificados / Alta	2,33	2,34	-0,01	-0,3	
Media Proced. Codificados / Alta	0,05	0,1	-0,05	-53,31	
* E.Media PreQuirurgica Programada					
* E.Media PreQuirurgica Urgente	4,4	3	1,4	46,67	
* E.Media PreQuirurgica Total	4,4	3	1,4	46,67	
* E.Media PostQuirurgica Programada					
* E.Media PostQuirurgica Urgente	4,6	2,33	2,27	97,14	
* E.Media PostQuirurgica Total	4,6	2,33	2,27	97,14	
GRDs Quirúrgicos. Sin Fech Inter.	0	1	-1	-100	
Los datos corresponden a GRD's comunes con la Norma de comparación					

DATOS BRUTOS			
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Brutas	668	654	14
Estancia Media Bruta	2,83	2,73	0,11
PM Bruto	0,7826	0,8454	-0,0628
EN Norma Bruta	4,61	4,93	-0,32
Diferencia Norma	-1,78	-2,2	0,42
EMAC Bruta	2,59	2,78	-0,2
EMAF Bruta	3,42	3,1	0,33
IEMA Bruto	0,8282	0,881	-0,0528
Índice Casuístico	0,7424	0,6284	0,114
Índice Funcional	0,5615	0,5651	-0,0036
Impacto (Est Evitables) - Brutas	-393	-241	-152
Los datos corresponden a GRD's comunes con la Norma de comparación			

DATOS INLIERS			
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Inliers	635	596	39
EM Inliers	2,69	2,52	0,17
PM Inliers	0,7872	0,8629	-0,0757
EM Norma Depurada	4,22	4,48	-0,26
Diferencia Norma	-1,54	-1,96	0,43
EMAC Inliers	2,26	2,74	-0,49
EMAF Inliers	3,14	2,84	0,29
IEMA Inliers	0,8572	0,8863	-0,029
Índice Casuístico Inliers	0,7422	0,634	0,1082
Índice Funcional	0,5338	0,6119	-0,0782
Impacto (Est Evitables) - Inliers	-284,31	-192,75	-91,56

Menos estancia media que la norma en inliers. IEMA e Índice funcional menores de 1 lo que implica mejor funcionamiento.

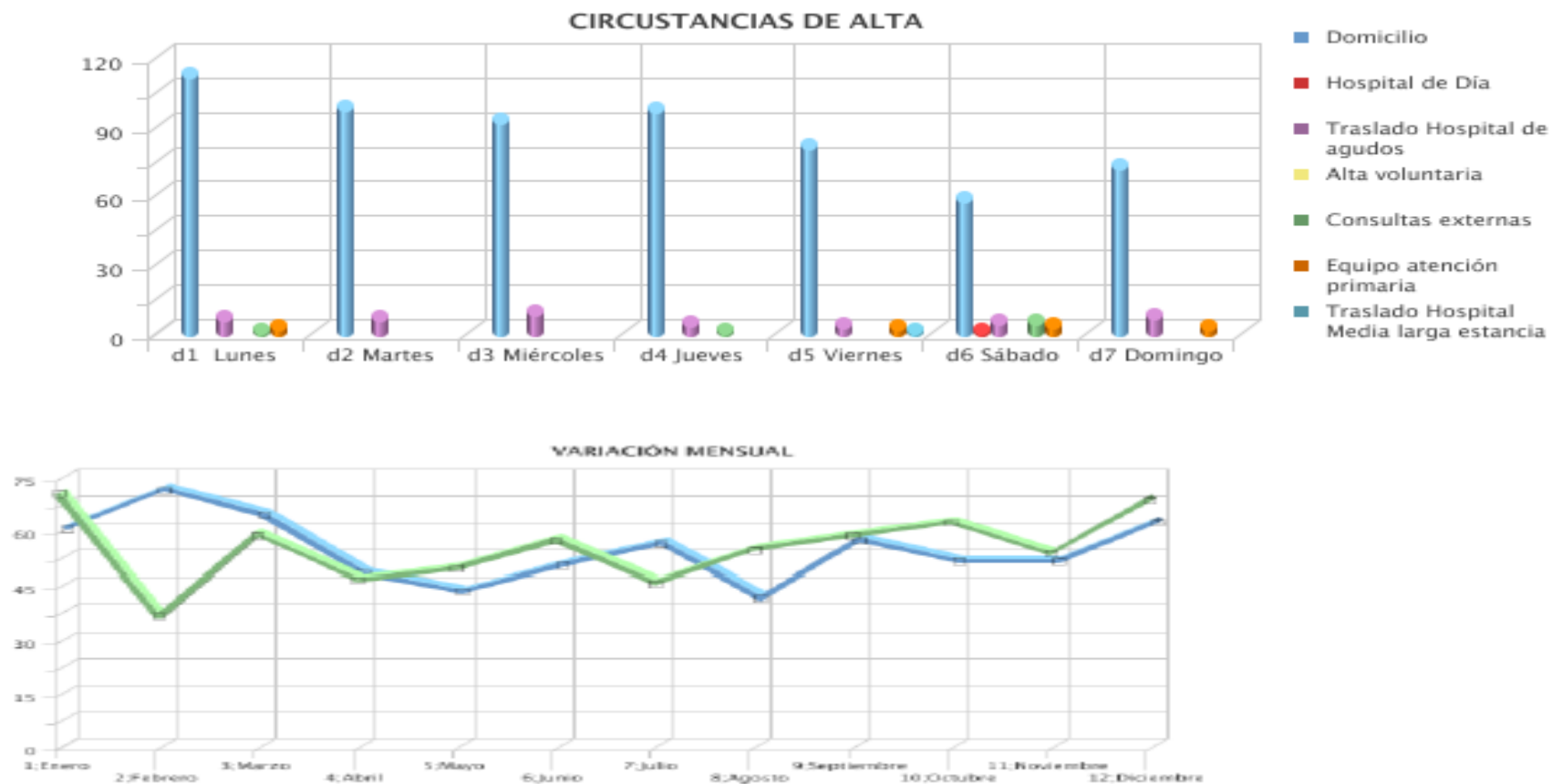
EMAC: Estancia media ajustada por la casuística del Estándar (se calcula aplicando la EM del Hospital a los GRDs del Estándar)
EMAF: Estancia media ajustada por el funcionamiento del Estándar (se calcula aplicando la EM del Estándar a los GRDs del Hosp)
IEMA: Índice de Estancia Media Ajustada (EM hospital / EMAF)
Un IEMA menor a 1 indica un mejor funcionamiento respecto del Estándar
Índice Casuístico: Un índice menor a 1 indica que la casuística del Hospital es menos compleja en el sentido de que tiene una menor proporción
de casos con estancias prolongadas según el funcionamiento del Estándar (EMAF / EM estándar)
Índice Funcional: Relaciona el funcionamiento del Hospital respecto del Estándar (EMAC / EM estándar)
Un IF mayor a 1 indica una menor eficiencia respecto del Estándar
Estancias Evitables: Estancias ahorradas o gastadas respecto del estándar (Altas * Diferencia EM)
Cama Día Evitable: Ocupación de Camas ahorradas o consumidas (Est. Evitables / Días Periodo)





Se dan altas todos los días

	d1 Lunes		d2 Martes		d3 Miércoles		d4 Jueves		d5 Viernes		d6 Sábado		d7 Domingo	
Tipo Ingreso	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.
Programado	2	-11	3	0	8	-16	1	-3	8	-8	1	-2	1	1
Urgente	103	-1	85	16	97	20	94	13	105	8	84	2	76	-5
Total	105	-12	88	16	105	4	95	10	113	0	85	0	77	-4
	d1 Lunes		d2 Martes		d3 Miércoles		d4 Jueves		d5 Viernes		d6 Sábado		d7 Domingo	
Circ. Alta	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.
Domicilio	112	-15	98	12	92	-12	97	25	81	-23	58	-4	72	20
Hospital de Día											1	1		
Traslado Hospital de agudos	6	1	6	2	9	4	4	-4	3	-1	5	3	7	3
Alta voluntaria					0	-1	0	-1			0	-2	0	-3
Consultas externas	1	1					1	1			5	4	0	-3
Equipo atención primaria	2	1							2	2	3	2	2	0
Traslado Hospital Media larga estancia									1	1				
Total	121	-12	104	14	101	-9	102	21	87	-21	72	4	81	17



Los meses de más presión son de enero a mayo tradicionalmente.

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos 0-24 horas	6	7	-1
Reingresos 0-48 horas	28	41	-13
Reingresos 0-3 días	36	58	-22
Reingresos 0-7 días	47	89	-42
Reingresos 0-30 días	81	155	-74
Reingresos +30 días	91	96	-5
Reingresos Total	172	251	-79

Reingresos. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en el último año. (Fecha nuevo Ingreso - Fecha Alta episodio anterior menor o igual a 365 días)

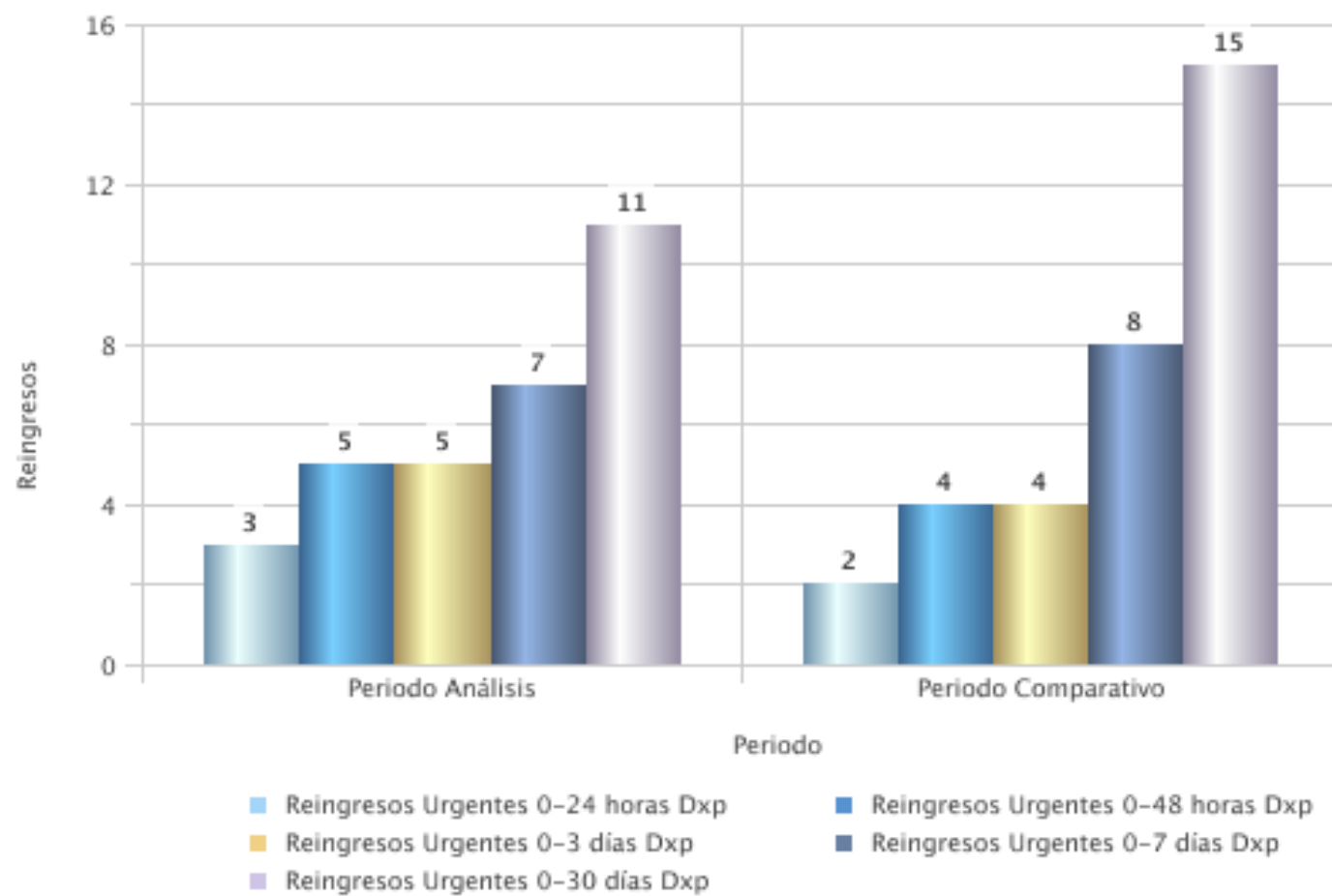
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas	3	2	1
Reingresos Urgentes 0-48 horas	8	3	5
Reingresos Urgentes 0-3 días	8	6	2
Reingresos Urgentes 0-7 días	13	12	1
Reingresos Urgentes 0-30 días	27	36	-9
Reingresos Urgentes Totales	27	36	-9

Reingresos Urgentes Oficiales. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en **menos de 30 días**, siendo el nuevo ingreso de Tipo Urgente y ambos episodios agrupados bajo la **misma Categoría Diagnóstica Mayor** (Distinta de la 0).

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas Dxp	3	2	1
Reingresos Urgentes 0-48 horas Dxp	5	4	1
Reingresos Urgentes 0-3 días Dxp	5	4	1
Reingresos Urgentes 0-7 días Dxp	7	8	-1
Reingresos Urgentes 0-30 días Dxp	11	15	-4
Reingresos Urgentes Dxp	11	15	-4

Reingresos Urgentes DxPpal. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en **menos de 30 días**, siendo el nuevo ingreso de Tipo Urgente y ambos episodios tiene el **mismo Diagnóstico Principal**

Tasa adecuada de reingresos (minimos)



Estancia según gravedad

Nivel de Gravedad				
	Altas	%	Peso Medio	Estancia Media
1 Menor				
	424	64,60%	0,4319	2,61
2 Moderada				
	185	28,20%	0,5757	3,43
3 Mayor				
	47	7,20%	1,9221	1,02
TOTAL	656	100,00%	0,5792	2,73

GRD ESCOLARES:

Aquí lo que se lleva la palma son las enfermedades de bronquitis y asma , las digestivas GEC seguidos de infecc ORL y otro grupo que incluye ITU, convulsiones, neumonías y fiebre. Esto es similar al año pasado excepto en digestivas que ha bajado un poco por nuestra resistencia a ingresar si no lo necesitan. Las diferencias respecto a la norma son minimas (un día).

Lo mas frecuente con diferencia han sido los asmaticos y las GEC y esto se podría evitar en parte con una unidad de observación que permitiera poner aerosoles durante varias horas y rehidratar y vencer los vómitos incoercibles asociados a esta patología que son la causa mas importante de ingreso, este año hemos instaurado un protocolo con Ondasetrón que evita ingresos. Le siguen las OMA/infecciones ORL, convulsiones, ITU, y neumonías que son difíciles de evitar pero tienen estancias medias adecuadas (similar a otros años).

El 98% de los episodios son de tipo medico pues cirugía solo operan ORL, traumatología. Toda la cirugía general se deriva a La Fe, esto se debe corregir en beneficio del paciente y también del hospital, más aún teniendo en cuenta que tenemos hospitales vecinos que sí intervienen niños. Además resulta kafkiano que se deriven niños de 14 años a la Fe por procesos tan simples como un absceso y que allí los opere cirugía general pues ingresan en adultos a partir de 14 años. Se debería asumir aquí la cirugía menor y yo creo que si se habla con cirugía infantil del Hospital Clínico, seria posible que una de las cirujanas de allí viniera un día al mes a hacer intervenciones menores aquí con apoyo de cirugía de aquí.

30 GRD'S MÁS FRECUENTES

GRD	Altas Inliers	E. Media Inliers	Peso Medio Inliers	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
775 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	92	2,73	0,6514	3,02	-0,29	 0,9046	2,73	-26	-0,07	0,9045
816 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	62	2,02	0,4556	2,05	-0,03	 0,984	2,02	-2	-0,01	0,9839
070 - OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	56	2,32	0,5656	2,3	0,02	 1,0084	2,32	1	0	1,0085
769 - CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	34	1,56	0,6701	2,2	-0,64	 0,7089	1,56	-22	-0,06	0,7088
815 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	27	2,59	0,6049	2,57	0,02	 1,008	2,59	1	0	1,0079
422 - ENFERMEDAD VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	26	2,58	0,5955	2,45	0,13	 1,0535	2,58	3	0,01	1,0535
322 - INFECCIONES DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO EDAD<18	22	3,82	0,7751	3,45	0,37	 1,1067	3,82	8	0,02	1,1068
773 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	22	4	0,6571	3,55	0,45	 1,1264	4	10	0,03	1,1265
399 - TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	18	2,28	0,8086	3,75	-1,47	 0,6076	2,28	-26	-0,07	0,6076
451 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	16	1	0,5485					16	0,05	

397 - TRASTORNOS DE COAGULACION	14	2,21	1,4106	3,86	-1,65		2,21	-23	-0,1	0,5738
762 - CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	13	1	0,4955					13	0,05	
772 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 CON CC	13	4,23	0,8916	4,21	0,03		4,23	0	0	1,006
779 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	13	1,15	0,5192	1,95	-0,8		1,15	-10	-0,03	0,5917
589 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD <18 CON CC MAYOR	11	3,64	1,2652	3,46	0,18		3,64	2	0,01	1,0524
448 - REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	9	1,11	0,5079	1,38	-0,27		1,11	-2	-0,01	0,8052
774 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC	9	2,67	0,914	3,45	-0,79		2,67	-7	-0,02	0,7724
295 - DIABETES EDAD<36	8	6,63	0,8153	3,83	2,8		6,63	22	0,06	1,7314
298 - TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	7	2,71	0,4677	2,21	0,5		2,71	4	0,03	1,2279
801 - TUBERCULOSIS SIN CC	7	1,29	3,0418	5,67	-4,38		1,29	-31	-0,2	0,2268
895 - TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PERITONEALES	7	3,71	0,9758	5,35	-1,63		3,71	-11	-0,04	0,6947
102 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	6	3	0,6189	3,67	-0,67		3	-4	-0,01	0,8183
242 - ARTRITIS SEPTICA	5	6,2	1,1557	10,22	-4,02		6,2	-20	-0,1	0,6064
279 - CELULITIS EDAD<18	5	4,6	0,515	3,69	0,91		4,6	5	0,07	1,245

						1,2449				
282 - TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	5	1,6	0,4575	1,26	0,34	 1,2708	1,6	2	0,01	1,2707
301 - TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	5	0,8	0,6483	3,69	-2,89	 0,217	0,8	-14	-0,07	0,2171
100 - SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	4	2	0,6677	3,22	-1,22	 0,6217	2	-5	-0,02	0,6217
139 - ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	4	1,25	0,6878	2,77	-1,52	 0,4514	1,25	-6	-0,03	0,4515
186 - TRAST. DENTALES Y BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES Y REPOSICIONES EDAD<18	4	3,75	0,6515	2,84	0,91	 1,3204	3,75	4	0,01	1,3206
417 - SEPTICEMIA EDAD<18	4	7,25	1,1353	4,97	2,28	 1,4599	7,25	9	0,05	1,46
467 - OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	4	2	0,2995	1,31	0,69	 1,5267	2	3	0,04	1,5273
584 - SEPTICEMIA CON CC MAYOR	4	5,5	4,1633	7,18	-1,68	 0,766	5,5	-7	-0,09	0,766
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	4	3,25	0,6018	2,98	0,27	 1,0924	3,25	1	0	1,0923

30 GRD'S CON MAYOR IMPACTO EN ESTANCIAS AHORRADAS										
GRD	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
753 - REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	2	4,5	2	37,24	-32,74	 0,1209	4,5	-65	-1,06	0,1209
801 - TUBERCULOSIS SIN CC	7	1,29	3,0418	5,67	-4,38	 0,2268	1,29	-31	-0,2	0,2268
399 - TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	18	2,28	0,8086	3,75	-1,47	 0,6076	2,28	-26	-0,07	0,6076
775 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	92	2,73	0,6514	3,02	-0,29	 0,9046	2,73	-26	-0,07	0,9045
397 - TRASTORNOS DE COAGULACION	14	2,21	1,4106	3,86	-1,65	 0,5738	2,21	-23	-0,1	0,5738
888 - INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	3	2	2,1236	9,61	-7,61	 0,2081	2	-23	-0,23	0,2081
769 - CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	34	1,56	0,6701	2,2	-0,64	 0,7089	1,56	-22	-0,06	0,7088
242 - ARTRITIS SEPTICA	5	6,2	1,1557	10,22	-4,02	 0,6064	6,2	-20	-0,1	0,6064
301 - TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	5	0,8	0,6483	3,69	-2,89	 0,217	0,8	-14	-0,07	0,2171
895 - TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PERITONEALES	7	3,71	0,9758	5,35	-1,63	 0,6948	3,71	-11	-0,04	0,6947

779 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	13	1,15	0,5192	1,95	-0,8	 0,5917	1,15	-10	-0,03	0,5917
580 - INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	2	3	2,5582	8,04	-5,04	 0,3733	3	-10	-0,19	0,3733
427 - NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	2	2,5	0,7386	6,19	-3,69	 0,4039	2,5	-7	-0,08	0,4039
774 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC	9	2,67	0,914	3,45	-0,79	 0,7725	2,67	-7	-0,02	0,7724
127 - INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	2	1,5	1,3004	4,86	-3,36	 0,3084	1,5	-7	-0,06	0,3084
584 - SEPTICEMIA CON CC MAYOR	4	5,5	4,1633	7,18	-1,68	 0,766	5,5	-7	-0,09	0,766
142 - SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	3	1	0,6857	3,08	-2,08	 0,3249	1	-6	-0,03	0,3249
139 - ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	4	1,25	0,6878	2,77	-1,52	 0,4514	1,25	-6	-0,03	0,4515
574 - TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS E INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	1	2	2,9353	8,02	-6,02	 0,2493	2	-6		0,2493
181 - OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	3	2	0,6544	3,95	-1,95	 0,5062	2	-6	-0,02	0,5062
750 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	1	0	0,8774	5,56	-5,56	 0	0	-6		0
044 - INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	3	2,33	0,698	4,18	-1,85	 0,5578	2,33	-6	-0,05	0,5577
431 - TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	1	2	0,7554	7,36	-5,36	 0,2716	2	-5		0,2716
094 - NEUMOTORAX CON CC	1	1	1,1409	6,25	-5,25	 0,16	1	-5		0,16

						0,16				
141 - SINCOPE Y COLAPSO CON CC	2	1,5	0,885	4,09	-2,59	 0,367	1,5	-5	-0,15	0,3671
432 - OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	1	1	0,5879	6,13	-5,13	 0,1631	1	-5		0,1631
541 - NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	1	1	2,2282	6,05	-5,05	 0,1652	1	-5		0,1652
100 - SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	4	2	0,6677	3,22	-1,22	 0,6217	2	-5	-0,02	0,6217
751 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	1	1	0,58	5,85	-4,85	 0,171	1	-5		0,171
551 - ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	1	1	1,678	5,46	-4,46	 0,1832	1	-4		0,1831
	246	2,69	0,7872	3,07	-0,38	0,8572	2,69	-386	-0,78	0,8769

30 GRD'S CON MAYOR IMPACTO EN ESTANCIAS EVITABLES

GRD	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
295 - DIABETES EDAD<36	8	6,63	0,8153	3,83	2,8	 1,7316	6,63	22	0,06	1,7314
451 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	16	1	0,5485					16	0,05	
762 - CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	13	1	0,4955					13	0,05	
217 - DESBRID.HER.Y INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.Y T.CONEC.EXC.MANO	1	17	3,1766	6,21	10,79	 2,7371	17	11		2,7373
561 - OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA Y TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	2	16	3,7612	10,92	5,08	 1,4647	16	10	0,07	1,4646
773 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	22	4	0,6571	3,55	0,45	 1,1264	4	10	0,03	1,1265
417 - SEPTICEMIA EDAD<18	4	7,25	1,1353	4,97	2,28	 1,4599	7,25	9	0,05	1,46
322 - INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	22	3,82	0,7751	3,45	0,37	 1,1067	3,82	8	0,02	1,1068
048 - OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	2	6	0,5761	2,62	3,38	 2,2866	6	7	0,4	2,2865
279 - CELULITIS EDAD<18	5	4,6	0,515	3,69	0,91	 1,2449	4,6	5	0,07	1,245

186 - TRAST. DENTALES Y BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES Y REPOSICIONES EDAD<18	4	3,75	0,6515	2,84	0,91	 1,3204	3,75	4	0,01	1,3206
298 - TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	7	2,71	0,4677	2,21	0,5	 1,2276	2,71	4	0,03	1,2279
422 - ENFERMEDAD VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	26	2,58	0,5955	2,45	0,13	 1,0535	2,58	3	0,01	1,0535
245 - ENFERMEDADES OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	2	5	0,73	3,34	1,66	 1,4966	5	3	0,04	1,4964
241 - TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	2	6	0,8775	4,38	1,62	 1,3708	6	3	0,01	1,3708
532 - AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES Y CEFALEA CON CC MAYOR	2	6,5	1,9725	4,93	1,57	 1,319	6,5	3	0,17	1,3189
423 - OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	2	6,5	1,0132	4,98	1,52	 1,3044	6,5	3	0,03	1,3045
587 - TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	3	4	1,3198	3,08	0,92	 1,2991	4	3	0,15	1,2993
467 - OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	4	2	0,2995	1,31	0,69	 1,5267	2	3	0,04	1,5273
569 - TRAST. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	1	8	1,7485	5,33	2,67	 1,5001	8	3	0,02	1,5
589 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD <18 CON CC MAYOR	11	3,64	1,2652	3,46	0,18	 1,0525	3,64	2	0,01	1,0524

777 - ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	2	3	0,5648	2,04	0,96	 1,4677	3	2	0,01	1,4678
771 - INFECCIONES E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD<18 SIN CC	1	6	1,1581	4,28	1,72	 1,4015	6	2		1,4016
282 - TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	5	1,6	0,4575	1,26	0,34	 1,2708	1,6	2	0,01	1,2707
887 - INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO	1	12	2,7491	10,34	1,66	 1,1609	12	2		1,1609
071 - LARINGOTRAQUEITIS	1	4	0,4273	2,63	1,37	 1,5215	4	1		1,5216
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	4	3,25	0,6018	2,98	0,27	 1,0924	3,25	1	0	1,0923
070 - OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	56	2,32	0,5656	2,3	0,02	 1,0084	2,32	1	0	1,0085
778 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	1	3	0,8305	2,16	0,84	 1,3895	3	1	0,01	1,3893
629 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	1	3	0,2233	2,16	0,84	 1,3889	3	1		1,3889
	231	2,69	0,7872	3,07	-0,38	0,8572	2,69	156	-0,78	0,8769

Las diferencias en evitables son mínimas respecto a norma. Aun así se podría mejorar en la mayoría de los procesos infecciosos por lo que se impone una revisión de los protocolos..

f	Diagnóstico Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	009.1 - COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS ORIGEN PRESUMIBLEMENTE INFECCIOSO	49	7,30%
2	519.11 - BRONCOESPASMO AGUDO	35	5,20%
3	466.19 - BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDO A OTROS ORGANISMOS INFECCIOSOS	33	4,90%
4	482.9 - NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA	25	3,70%
5	079.99 - INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	19	2,80%
5	466.11 - BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDO AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	19	2,80%
7	465.8 - OTRAS LOCALIZACIONES MULTIPLES DE INF.RESPIRATORIA VIA SUPER	18	2,70%
8	780.39 - OTRAS CONVULSIONES	16	2,40%
9	463 - AMIGDALITIS AGUDA	15	2,20%
10	590.10 - PIELONEFRITIS AGUDA SIN NECROSIS MEDULAR RENAL	14	2,10%
10	787.03 - SOLO VOMITOS	14	2,10%
10	850.0 - CONTUSION SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO	14	2,10%
99	Resto Diagnósticos	397	59,40%
Total		668	100,00%

f	Categorías Diag Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	466 BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	59	8,80%
2	009 INFECCIONES INTESITNALES MAL DEFINIDAS	50	7,50%
3	519 OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	35	5,20%
4	780 SINTOMAS GENERALES	28	4,20%
5	482 OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	26	3,90%
6	079 INFECCION VIRAL Y POR CLAMIDIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO Y NEOM	19	2,80%
6	493 ASMA	19	2,80%
8	465 INFECC. AGUDAS VIAS RESPIR. SUPER. LOCAL. MULT. O LOCAL. NO ESPE	18	2,70%
8	850 CONTUSION (INCLUYE CONMOCION CEREBRAL)	18	2,70%
10	789 OTROS SINTOMAS QUE IMPLICAN AL ABDOMEN Y PELVIS	17	2,50%
99	Resto Categorías	379	56,70%
Total		668	100,00%

NEONATOS

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación	Por%%
Altas Brutas	155	124	31	25
EM Bruta	4,85	4,49	0,36	8,01
Altas Estancia +- 1 d. y Programados	0	0	0	
Altas Inliers	140	114	26	23
Estancia Media Inliers	3,35	3,82	-0,47	-12,41
Peso Medio - Case Mix (3)	0,7651	0,9927	-0,2275	-22,9197
Éxitus	0	1	-1	-100
% Éxitus con GRD 470		0,00%	0,00%	
Altas Codificadas (1)	155	124	31	25
% Codificación (1)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Altas Codificadas (2)	155	124	31	25
% Codificación (2)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Media Dx Codificados / Alta	2,71	2,78	-0,07	-2,61
Media Proced. Codificados / Alta	0	0,01	-0,01	-100
* E.Media PreQuirurgica Programada				
* E.Media PreQuirurgica Urgente				
* E.Media PreQuirurgica Total				
* E.Media PostQuirurgica Programada				
* E.Media PostQuirurgica Urgente				
* E.Media PostQuirurgica Total				
<i>GRDs Quirúrgicos. Sin Fech Inter.</i>	0	0	0	
Los datos corresponden a GRD's comunes con la Norma de comparación				

DATOS BRUTOS

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Brutas	155	124	31
Estancia Media Bruta	4,85	4,49	0,36
PM Bruto	0,7651	0,9927	-0,2275
EN Norma Bruta	3,44	3,36	0,08
Diferencia Norma	1,41	1,13	0,28
EMAC Bruta	4,95	3,87	1,08
EMAF Bruta	3,81	4,46	-0,65
IEMA Bruto	1,2738	1,0073	0,2665
Índice Casuístico	1,107	1,3271	-0,2201
Índice Funcional	1,4385	1,1519	0,2866
Impacto (Est Evitables) - Brutas	162	4	158

Los datos corresponden a GRD's comunes con la Norma de comparación

EMAC: Estancia media ajustada por la casuística del Estándar (se calcula aplicando la EM del Hospital a los GRDs del Estándar)

EMAF: Estancia media ajustada por el funcionamiento del Estándar (se calcula aplicando la EM del Estándar a los GRDs del Hospital)

IEMA: Índice de Estancia Media Ajustada (EM hospital / EMAF)

Un IEMA mayor a 1 indica un peor funcionamiento respecto del Estándar

Un IEMA menor a 1 indica un mejor funcionamiento respecto del Estándar

Índice Casuístico: Un índice menor a 1 indica que la casuística del Hospital es menos compleja en el sentido de que tiene una menor proporción

de casos con estancias prolongadas según el funcionamiento del Estándar (EMAF / EM estándar)

Índice Funcional: Relaciona el funcionamiento del Hospital respecto del Estándar (EMAC / EM estándar)

Un IF mayor a 1 indica una menor eficiencia respecto del Estándar

Estancias Evitables: Estancias ahorradas o gastadas respecto del estándar (Altas * Diferencia EM)

Cama Día Evitable: Ocupación de Camas ahorradas o consumidas (Est. Evitables / Días Periodo)

Estancia media inliers menor a comparativa con similar peso medio

DATOS INLIERS			
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Inliers	140	114	26
EM Inliers	3,35	3,82	-0,47
PM Inliers	0,7512	1,0336	-0,2824
EM Norma Depurada	3,3	3,15	0,16
Diferencia Norma	0,05	0,68	-0,63
EMAC Inliers	3,79	2,69	1,1
EMAF Inliers	3,45	4,23	-0,78
IEMA Inliers	0,9697	0,9034	0,0663
Índice Casuístico Inliers	1,0458	1,3458	-0,3001
Índice Funcional	1,1468	0,855	0,2919
Impacto (Est Evitables) - Inliers	-14,66	-46,62	31,96

La estancia media inliers es inferior a la norma con un IEMA menor de 1 (adecuado funcionamiento)



Nivel de Gravedad	Altas	%	Peso Medio	Estancia Media
1 Menor	100	64,50%	0,43	4,92
2 Moderada	47	30,30%	0,3398	3,49
3 Mayor	8	5,20%	0,9636	12
TOTAL	155	100,00%	0,4302	4,85

2013

Circustancia Alta	Casos	p.comp	Var.
Domicilio	116	151	-35
Traslado Hospital de agudos	7	15	-8
Éxitus	1	0	1
Total	124	166	-42

2014

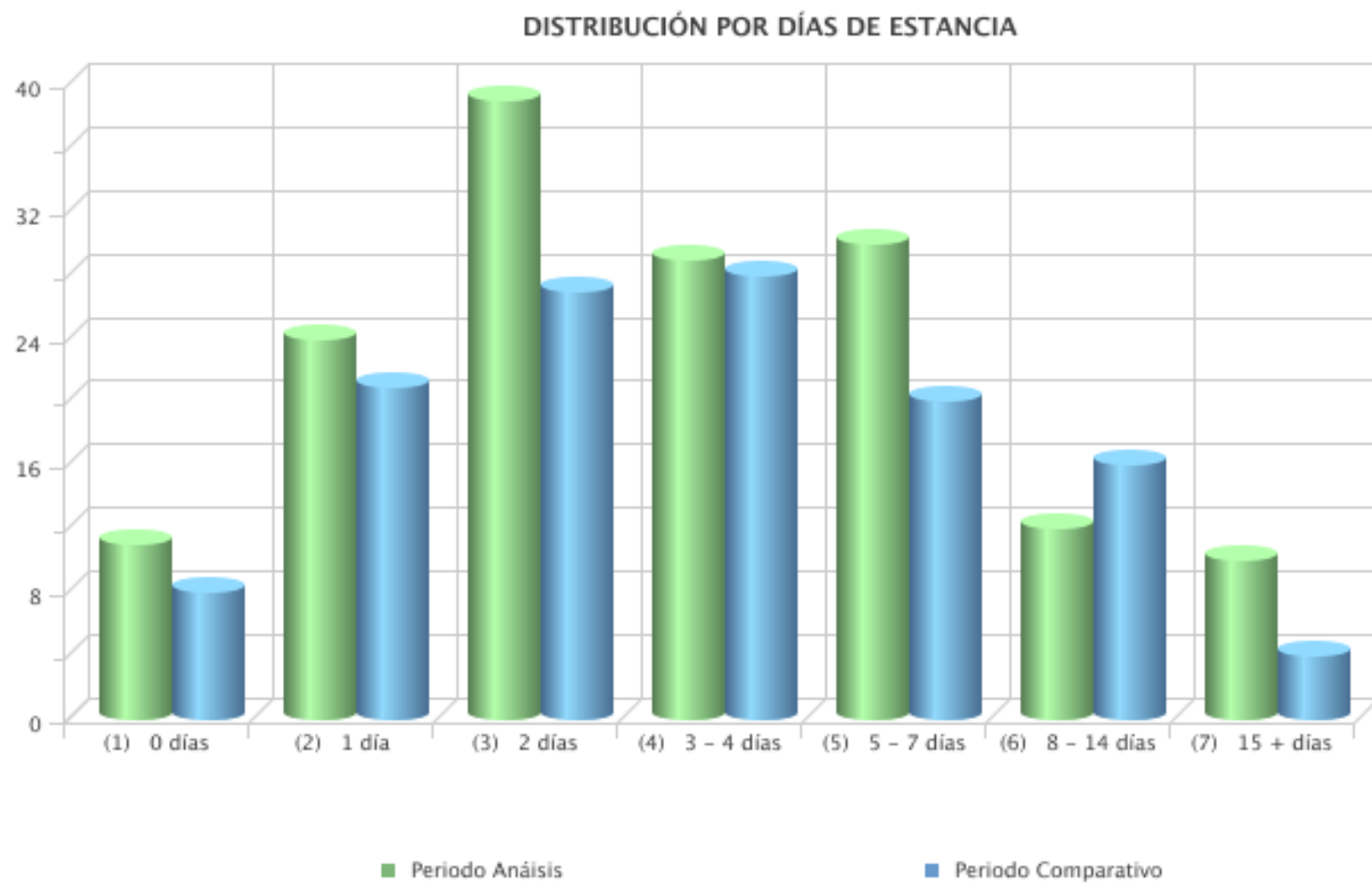
Circustancia Alta	Casos	p.comp	Var.
Domicilio	138	116	22
Equipo atención primaria	1	0	1
Traslado Hospital de agudos	16	7	9
Éxitus	0	1	-1
Total	155	124	31

Este año aumentan los traslados a niveles anteriores. Esto depende mucho de los partos no controlados y de los RNPT >34S que dan mas patologia.

	d1 Lunes		d2 Martes		d3 Miércoles		d4 Jueves		d5 Viernes		d6 Sábado		d7 Domingo	
Tipo Ingreso	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.
Programado					0	-1								
Urgente	29	17	22	-8	14	-2	23	2	27	10	23	9	17	4
Total	29	17	22	-8	14	-3	23	2	27	10	23	9	17	4
	d1 Lunes		d2 Martes		d3 Miércoles		d4 Jueves		d5 Viernes		d6 Sábado		d7 Domingo	
Circ. Alta	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.	Casos	Var.
Domicilio	20	-2	24	-1	26	16	18	-7	23	3	14	8	13	5
Equipo atención primaria													1	1
Traslado Hospital de agudos	2	2	3	-2	1	0	1	1	5	4	2	2	2	2
Éxitus					0	-1								
Total	22	0	27	-3	27	15	19	-6	28	7	16	10	16	8



Altas a cualquier día de la semana



	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos 0-24 horas	0	0	0
Reingresos 0-48 horas	0	1	-1
Reingresos 0-3 días	2	2	0
Reingresos 0-7 días	4	3	1
Reingresos 0-30 días	6	6	0
Reingresos +30 días	1	0	1
Reingresos Total	7	6	1

Reingresos. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en el último año. (Fecha nuevo Ingreso - Fecha Alta episodio anterior menor o igual a 365 días)

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-48 horas	0	1	-1
Reingresos Urgentes 0-3 días	2	2	0
Reingresos Urgentes 0-7 días	4	3	1
Reingresos Urgentes 0-30 días	6	6	0
Reingresos Urgentes Totales	6	6	0

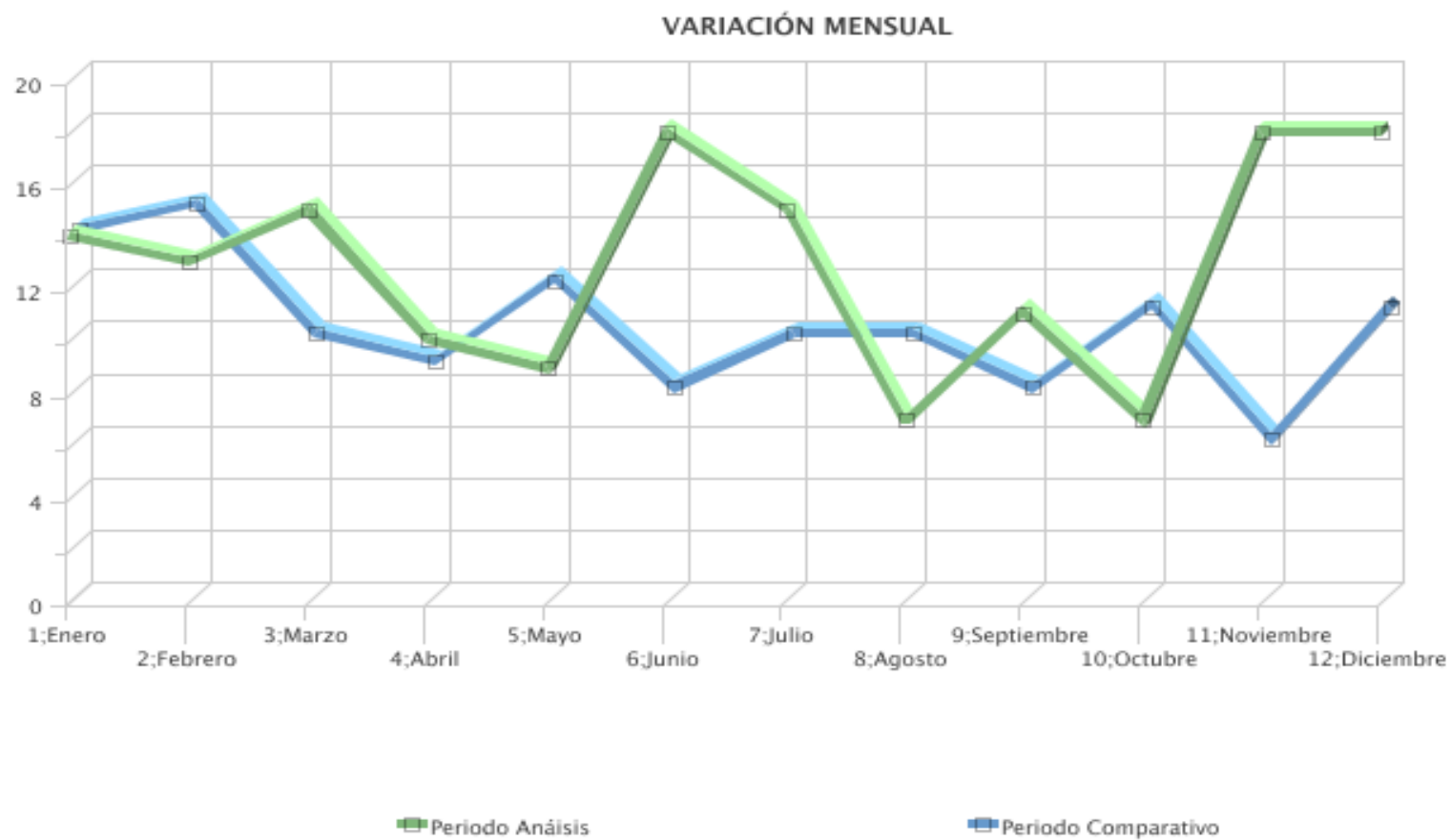
Reingresos Urgentes Oficiales. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en **menos de 30 días**, siendo el nuevo ingreso de Tipo Urgente y ambos episodios agrupados bajo la **misma Categoría**

Diagnóstica Mayor (Distinta de la 0).

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas Dxp	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-48 horas Dxp	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-3 días Dxp	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-7 días Dxp	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-30 días Dxp	0	2	-2
Reingresos Urgentes Dxp	0	2	-2

Reingresos Urgentes DxPpal. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro después de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en **menos de 30 días**, siendo el nuevo ingreso de Tipo Urgente y ambos episodios tiene el **mismo Diagnóstico Principal**

Pocos reingresos



2013

f	Categorías Diag Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	765 TRASTORNOS RELACIONADOS CON GESTACION ACORTADA Y BAJO PESO EN EL NACIMIENTO	22	17,70%
2	774 OTRAS ICTERICIAS PERINATAL	17	13,70%
3	769 SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	14	11,30%
4	775 ENF. ENDOCRINAS/METABOLICAS PROPIAS DEL RN Y FETO	8	6,50%
5	779 OTRAS ENF.Y ENF.MAL DEFINIDAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINAT.	7	5,60%
6	768 HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER	6	4,80%
6	770 OTRAS ENF. RESPIRATORIAS DEL FETO Y RN	6	4,80%
6	771 INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	6	4,80%
9	776 TRASTORNOS HEMATOLOGICOS DEL FETO Y RECIEN NACIDO	4	3,20%
10	466 BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	3	2,40%
10	773 ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y RN DEBIDA A ISOINMUNIZACION	3	2,40%
10	778 ENF. ASOCIADAS CON REGULACION TEGUMENTARIA/TEMPERATURA RN	3	2,40%
99	Resto Categorías	25	20,20%
Total		124	100,00%

2014

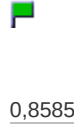
f	Categorías Diag Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	779 OTRAS ENF.Y ENF.MAL DEFINIDAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINAT.	23	14,80%
2	765 TRASTORNOS RELACIONADOS CON GESTACION ACORTADA Y BAJO PESO EN EL NACIMIENTO	21	13,50%
3	775 ENF. ENDOCRINAS/METABOLICAS PROPIAS DEL RN Y FETO	17	11,00%
4	770 OTRAS ENF. RESPIRATORIAS DEL FETO Y RN	14	9,00%
5	771 INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL	12	7,70%
6	774 OTRAS ICTERICIAS PERINATAL	10	6,50%
7	768 HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA AL NACER	8	5,20%
7	769 SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	8	5,20%
9	466 BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	4	2,60%
9	776 TRASTORNOS HEMATOLOGICOS DEL FETO Y RECIEN NACIDO	4	2,60%
99	Resto Categorías	34	21,90%
Total		155	100,00%

Hemos ingresado menos ictericias RN.

f	Diagnóstico Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	779.31 - PROBLEMAS DE ALIMENTACION EN RECIEN NACIDO	15	9,70%
2	765.28 - 35 36 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION, RECIEN NACIDO	10	6,50%
2	770.6 - TAQUIPNEA TRANSITORIA RN	10	6,50%
4	775.6 - HIPOGLICEMIA NEONATAL	9	5,80%
5	769 - SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	8	5,20%
5	771.81 - SEPTICEMIA [SEPSIS] DEL RECIEN NACIDO	8	5,20%
5	774.6 - ICTERICIA FETAL/NEONATAL SIN ESPECIFICAR	8	5,20%
8	765.27 - 33 34 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION, RECIEN NACIDO	7	4,50%
9	768.6 - ASFIXIA LEVE O MODERADA AL NACER	5	3,20%
10	466.11 - BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDO AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL	4	2,60%
10	775.5 - OTROS TRASTORNOS ELECTROLITICOS NEONATALES TRANSITORIOS	4	2,60%
10	779.89 - OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	4	2,60%
99	Resto Diagnósticos	63	40,60%
Total		155	100,00%

30 GRD'S MÁS FRECUENTES

GRD	Altas Inliers	E. Media Inliers	Peso Medio Inliers	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
629 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	45	2,53	0,2233	2,16	0,37	 1,1728	2,53	17	0,05	1,1728
627 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	24	4,29	1,0658	4,77	-0,48	 0,8999	4,29	-11	-0,03	0,8999
630 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	19	2	0,582	2,26	-0,26	 0,8834	2	-5	-0,02	0,8833
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	15	3,67	0,6018	2,98	0,69	 1,2325	3,67	10	0,03	1,2324
620 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	12	3,5	0,3967	4,75	-1,25	 0,7375	3,5	-15	-0,04	0,7375
639 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	10	0,4	0,8965	0,44	-0,04	 0,907	0,4	0	0	0,9062
614 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	4	12,75	2,7141	11,77	0,98	 1,0831	12,75	4	0,02	1,0831
612 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	2	12,5	5,824	16,36	-3,86	 0,7639	12,5	-8	-1,29	0,7639

626 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	2	6	2,7923	6,99	-0,99	 0,8585	6	-2	-0,01	0,8585
074 - OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD<18	1	1	0,5674	1	0	 1	1	0		1
102 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	1	6	0,6189	3,67	2,33	 1,6367	6	2		1,6366
469 - Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta	1	3		7,5	-4,5	 0,3999	3	-5		0,3999
618 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	1	6	2,4713	6,91	-0,91	 0,8681	6	-1		0,8681
619 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	1	4	1,4655	6,56	-2,56	 0,6101	4	-3		0,6101
640 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1	0	1,1126	0,55	-0,55	 0	0	-1		0
775 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	1	5	0,6514	3,02	1,98	 1,6578	5	2		1,6576
322 - INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	0			3,45		 		0	0	

Mínimas diferencias respecto a norma y si acaso a nuestro favor con estancias mas cortas en la mayoría de pacientes.

30 GRD'S CON MAYOR IMPACTO EN ESTANCIAS AHORRADAS

GRD	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
620 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	12	3,5	0,3967	4,75	-1,25	 0,7375	3,5	-15	-0,04	0,7375
627 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	24	4,29	1,0658	4,77	-0,48	 0,8999	4,29	-11	-0,03	0,8999
612 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., SIN MULT. PROB. MAYORES	2	12,5	5,824	16,36	-3,86	 0,7639	12,5	-8	-1,29	0,7639
630 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	19	2	0,582	2,26	-0,26	 0,8834	2	-5	-0,02	0,8833
469 - Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta	1	3		7,5	-4,5	 0,3999	3	-5		0,3999
619 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	1	4	1,4655	6,56	-2,56	 0,6101	4	-3		0,6101
626 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	2	6	2,7923	6,99	-0,99	 0,8585	6	-2	-0,01	0,8585
618 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	1	6	2,4713	6,91	-0,91	 0,8681	6	-1		0,8681

640 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1	0	1,1126	0,55	-0,55		0	-1		0
639 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	10	0,4	0,8965	0,44	-0,04		0,4	0	0	0,9062
	73	3,35	0,7512	2,69	0,66	0,9697	3,35	-50	-0,04	1,2455

30 GRD'S CON MAYOR IMPACTO EN ESTANCIAS EVITABLES

GRD	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA	EMAC	Est. Evitables	Cama Día Evitable	Índice Funcional
629 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	45	2,53	0,2233	2,16	0,37	 1,1728	2,53	17	0,05	1,1728
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	15	3,67	0,6018	2,98	0,69	 1,2325	3,67	10	0,03	1,2324
614 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	4	12,75	2,7141	11,77	0,98	 1,0831	12,75	4	0,02	1,0831
102 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	1	6	0,6189	3,67	2,33	 1,6367	6	2		1,6366
775 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	1	5	0,6514	3,02	1,98	 1,6578	5	2		1,6576
	66	3,35	0,7512	2,69	0,66	0,9697	3,35	35	-0,04	1,2455

GRD NEONATOS

Lógicamente por las características de nuestra unidad lo mas frecuente son neonatos entre >2.5 kg con o sin problemas seguidos de 2-2.5 kg.

También los RN con problemas varían la estancia en función del tipo de problema por lo que no son muy comparables.

La estancia media inliers (3.35) ha disminuido un mucho comparando con periodos anteriores con cifras de 6.6 en 2010. Este había sido uno de los objetivos del servicio y se ha conseguido gracias a fomentar las altas precoces y mejorando los protocolos porque hemos tenido similares ingresos y mas complejos lo que dificulta bajar estancia aunque no ha sido significativo. Buena parte del motivo para esto es el cambio de manejo de los preterminos tardíos (34-36s) que necesitan ingreso durante 48h para comprobar su adecuada adaptación.

También ha habido menos reingresos por lo que la actuación ha sido satisfactoria.

PROGRAMA DE DETECCION DE HIPOACUSIA 2014

De nuestras bases de datos de la maternidad los resultados son:

Total rnv	901,0			
oea ok	810	89,90%	Total estudiados	
oea alter	76	8,44%	98,34%	
c ext	15,0	1,66%		

Según datos de la Conselleria 2014:

Participación en el primer nivel.

$$\frac{\text{Nº de recién nacidos con 1ª prueba realizada}}{\text{Nº total de recién nacidos}}$$

TOTAL C.Valenciana	Numerador.	Denominador.	Valor.
	32981	44640	73,88

Hospital	Numerador	Denominador	Valor
Dpto. 12 - H. F. BORJA GANDIA	1022	1001	102,10

Participación en el segundo nivel.

$$\frac{\text{Nº de niños con 2ª prueba realizada}}{\text{Nº de niños con resultado alterado en 1ª prueba}}$$

TOTAL C.Valenciana	Numerador.	Denominador.	Valor.
	2886	2872	100,49

Hospital	Numerador	Denominador	Valor
Dpto. 12 - H. F. BORJA GANDIA	77	91	84,62

Participación en el primer nivel:

TOTAL Comunitat Valenciana:	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	36788	38552	95,42%
Año 2013:	30240	45539	66,40%
TOTAL H.F.BORJA GANDÍA.	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	1168	1153	101,30%
Año 2013:	970	964	100,62%

Participación en el segundo nivel:

TOTAL Comunitat Valenciana:	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	2496	2829	88,23%
Año 2013:	2468	3516	70,19%
TOTAL H.F.BORJA GANDÍA.	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	88	90	97,78%
Año 2013:	43	57	75,44%

Máxima cobertura superior al 100% porque captamos niños del área nacidos en otras maternidades , mucho mas alta que el resto de la comunitat que ha sufrido un descenso preocupante lo que pone en riesgo todo el protocolo pues cifras inferiores al 95% no son efectivas..

Tenemos que mejorar las fugas en los que deberían asistir a una segunda prueba que es nuestro talón de Aquiles, ronda el 15% lo que es muy alto, aunque se intenta repescar con teléfono la mayoría son gente marginal que no quiere volver. En el total de la Comunitat todavía es peor.

Esta faceta disminuiría mucho si se pudiera emplear los potenciales automáticos antes del alta en los fallos a las otoemisiones pues esta técnica tiene menos falsos patológicos, por lo que se remitiría menos neonatos a segundo nivel, y por ende fallarían menos. Esta es una de las recomendaciones de mejora que se van a publicitar y nosotros podríamos ser pioneros en ello puesto que hemos realizado estudios de usabilidad publicados este año y además estamos ya haciendo ambas técnicas a los neonatos ingresados.

Tasa de derivación.

$$\frac{\text{Nº de niños con resultado alterado en 2ª prueba}}{\text{Nº de niños con 1ª prueba realizada}}$$

TOTAL C.Valenciana	Numerador.	Denominador.	Valor.
	369	32981	1,12

Hospital	Numerador	Denominador	Valor
H. F. BORJA GANDIA	11	1022	1,08

Tasa de derivación:

TOTAL Comunitat Valenciana:	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	485	36788	1,32%
Año 2013:	348	30240	1,15%
TOTAL H.F.BORJA GANDÍA.	Numerador.	Denominador.	Valor.
Año 2012:	20	1168	1,71%
Año 2013:	3	970	0,31%

Estos son los niños que realmente se están derivando al ORL para Diagnostico (1 % de los niños explorados, una tasa muy baja, inferior a la media este año, lo que mide la finura del programa y la poca sobrecarga que se remite a otros niveles ajustándose mas a la cifra real de hipoacusias que ronda el 0.3%). Para esto es fundamental la repetición de las OEA en C externas un máximo de dos ocasiones.

El programa funciona muy bien y capta la mayoría del neonatos de área (a pesar de no haber nacido en este Hospital) gracias a una buena información en los centro de salud y a una ágil cita por teléfono. Buena parte de las pruebas realizadas en C externa son de niños nacidos en otros hospitales que son remitidos desde primaria.

Cobertura de cribado en recién nacidos con riesgo de hipoacusia.

$$\frac{\text{Nº de niños con factores de riesgo y 1ª prueba de cribado realizada}}{\text{Nº de niños con factores de riesgo}}$$

TOTAL C.Valenciana	Numerador.	Denominador.	Valor.
	885	886	99,89

Hospital	Numerador	Denominador	Valor
H. F. BORJA GANDIA	28	28	100,00

Porcentaje de recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia.

$$\frac{\text{Nº de niños con 1 o más factores de riesgo de hipoacusia}}{\text{Nº total de niños}}$$

TOTAL C.Valenciana	Numerador.	Denominador.	Valor.
	886	44640	1,98

Hospital	Numerador	Denominador	Valor
H. F. BORJA GANDIA	28	1001	2,80

Cobertura de cribado en recién nacidos con riesgo de hipoacusia:

TOTAL Comunitat Valenciana: Numerador. Denominador. Valor.

Año 2012:	1392	1409	98,79%
Año 2013:	773	775	99,74%

TOTAL H.F.BORJA GANDÍA. Numerador. Denominador. Valor.

Año 2012:	36	36	100,00%
Año 2013:	18	18	100,00%

A destacar la cobertura del RN del 100% superior a la media de la comunidad.

Porcentaje de recién nacidos con factores de riesgo de hipoacusia:

TOTAL Comunitat Valenciana: Numerador. Denominador. Valor.

Año 2012:	1409	38552	3,65%
Año 2013:	775	45539	1,70%

TOTAL H.F.BORJA GANDÍA. Numerador. Denominador. Valor.

Año 2012:	36	1153	3,12%
Año 2013:	18	964	1,87%

Todos los niños de riesgo se exploran con una incidencia en la media para un comarcal.

VACUNACION HEPATITIS B EN RECIÉN NACIDOS

El programa de vacunación esta bien establecido con niveles este año del 100%. Hemos conseguido lo imposible al llegar al 100% puesto que otros años fallaba alguien por altas voluntarias y negativas a vacunar. Además se inscriben todos los niños en el registro nominal de vacunas para que primaria siga el calendario.

Los registros de las madres antes del embarazo son:

		Frecuencia	Porcent
Valid		7	,8
	HBS Ag - (z)	888	98,1
	HBS Ag ? (z)	2	,2
	HBS Ag + (z)	7	,8
	No controlado (-)	1	,1
	Total	905	100,0

ACTIVIDAD CIENTIFICA Y DOCENTE

Se ha realizado el curso anual de formación continuada para los pediatras que se lleva a cabo los jueves en el Servicio y al que acuden algunos pediatras de área de forma regular. A final del año 2006 se hicieron las gestiones necesarias para acreditarlo por la EVES y para el 2012 también se han concedido 8 créditos. Este curso se clausura con una conferencia extraordinaria a cargo de un reconocido ponente todos los años.

Este año también se ha acreditado como “ Certificado de especialización en avances en Pediatría “ por la Universitat de Valencia (ADEIT) con 7 créditos ECTS, continuando así una etapa de colaboración con la Universitat de Valencia

De forma regular hay sesiones de coordinación y de formación especializada en los hospitales de referencia (La Fe y H. Clínico) a las que asisten la Dra. M. Pelechano y Dra. M Revert (Neuropediatría), la Dra. Rodriguez (Endocrino), el Dr Fernandez (Cardio), la Dra Perez (Alergia) y el Dr. Collar (Gastroenterología).

El Dr Collar también colabora con la Conselleria de Sanitat en el mantenimiento y recogida de datos de la comisión de Mortalidad perinatal de la Comunidad Valenciana (Salud Publica).

Asimismo, el Dr Sequi acude a sesiones de coordinación y mejora del programa de hipoacusias en la Conselleria de Sanitat (Salud Publica) en calidad de experto y consultor de forma regular. Es además miembro desde 2009 de la Comisión Nacional para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH) que incluye representantes del ministerio, de la ONCE y de las sociedades de pediatría y ORL nacionales.

También se ha continuado con las reuniones de coordinación trimestrales con el Servicio de Obstetricia para agilizar y mejorar la comunicación entre los dos departamentos, consensuar protocolos y solucionar conflictos.

Este año se ha realizado un convenio entre Universitat Valencia CIG, Ayuntamiento y AISSA para impartir 5 cursos de urgencias pediátricas extrahospitalarias a personal docente, empezando por guarderías, de 6 horas de duración y muchas practicas, a cargo de personal del servicio de pediatría.

ACTIVIDAD CIENTIFICA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA 2014

MEMORIA CIENTIFICA PEDIATRIA		2014
pediatria		
1.-Publicaciones en revistas Internacionales	0	
2.-Publicaciones en revistas nacionales	2	
3.-Capítulos de libro	0	
4.-Proyectos de Investigación financiados*	0	
5.-Participación en Ensayos Clínicos*	0	
6.-Becas de Investigación*	0	
7.-Comunicaciones a Congresos Internacionales**	1	
8.-Comunicaciones a Congresos Nacionales**	15	
Otras Actividades:		
9.-Participación en la Organización de eventos científicos, conferencias invitadas	VARIOS** anexo	
10.-Sesiones con otros Servicios del Hospital	3 CON GINE	
11.-Participación docente en cursos	VARIOS** anexo	
12.-Coordinación de cursos	2	

Coordinador: "Curso de Formación continuada e integración en Pediatría" Hospital Fco Borja, Gandia, 29/10/12 a 24/06/13.

--Programa de formación sanitaria (EVES); y Postgrado de la Universitat de Valencia 60 HORAS

UNIVERSITAT GANDIA 2014

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: Mayo a Octubre, CIG Gandia.

5 cursos de 6 horas

30
HORAS

COMUNICACIONES 2014

Escarlatina estafilococica

AUTORES: LLINARES S, DIAZ S, CESIN S, SEQUI JM, ANGELATS CM,
VII Congreso Anual de la Soc. Española de Infectología Pediátrica
SANTIAGO COMPOSTELA. 6-8- III-2014

Manejo de indecciones osteoarticulares en un hospital periférico.

AUTORES: ANGELATS CM, CESIN S, SEQUI JM, LLINARES S, DIAZ S,
XXX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría
VALENCIA. 20-21-VI-2014
Bol Soc Val Pediatr 2014; 34: Pag. 59.

Tratamiento no quirúrgico de la celulitis orbitaria en lactante de 2 meses de edad.

Autores: Díaz Martín S, Llinares Ramal S, Miralles Torres A , Klabouza S, Marabotto Fernández MJ
Ganadora de un ACCESIT de los premios otorgados a las comunicaciones presentadas en el XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

¿ Es la varicela una entidad de curso benigno? Complicación post-varicela. Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Díaz Martín S, Cesín González S, Angelats Romero CM. XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Valencia 20-21 Junio 2014.

Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera. Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Angelats Romero CM, Cesín González S, Segura Serralta J.D, Roselló Añón A. XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Valencia 20-21 Junio 2014.

- Pons N., González E., Aleixandre F.,.....Rodríguez C.....Etiología final del hipotiroidismo congénito detectado por cribado neonatal. Comunidad Valenciana 2005-2011. Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Sevilla, 14-16 de Marzo de 2014.

Congreso de Infectología Pediátrica. 6-8 Marzo de 2014.

Presentación de póster: Meningitis neonatal por E.Coli productora de BLEA.

- XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia. 20 y 21 de junio de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:

- Raquitismo: ¿una enfermedad emergente?. Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C., Díaz Martín S., Kalbouza S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.

- XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. Del 23 al 25 de octubre de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:

- Una causa inusual de lumbalgia y dolor abdominal. S.M. Cesín, D. Gómez, J. Balaguer, C.M. Angelats, M. Ramos, M.J. Marabotto. Hospital Francesc de Borja, Gandía.

- Enfermedad por arañazo de gato. A propósito de un caso clínico. S. Kalbouza, M.J. Marabotto, J.M. Sequí, S. Díaz, S. Cesín, C.M. Angelats, S. Llinares. Hospital Francesc de Borja, Gandía.

- Stevens-Johnson secundario a neumonía atípica. M.J. Marabotto, S. Kalbouza, A. Bernal, S. Llinares, M. Artés, S. Cesín, S. Díaz. Hospital Francesc de Borja, Gandía.

- Dificultades y retraso en el diagnóstico del síndrome de Münchausen por poderes: a propósito de dos casos. S. Llinares, S. Díaz, D. Gómez, M. Ramos, S. Cesín, H. Echevarría.

- Diarrea recurrente y obesidad. Cuando la clínica no encaja. C.M. Angelats, M. Ramos, D. Gómez, S. Cesín, S. Kalbouza. Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Congreso SEPEAP octubre 2014.

Presentación de serie de casos de eritema nodoso en el área de la safor.

COMUNICACIONES INTERNACIONAL

Perinatal factors that affect otoacoustic emissions in healthy newborns, vaginally delivered, during first 48 hours of life.

AUTORES: SEQUÍ CANET J.M., SALA LANGA MJ, COLLAR CASTILLO JL

-International conference on newborn hearing screening. HEAL 2014

Milán (Lago Como).5-7/6/2014

Libro de comunicaciones, Pag. 169.

LIBROS y ARTICULOS NACIONAL

-Factores perinatales que influyen en la detección de otoemisiones acústicas en recién nacidos sanos, por parto vaginal, en las primeras 48 horas de vida.

AUTORES: José M. Sequi-Canet, María J. Sala-Langa y José I. Collar del Castillo

Acta Otorrinolaringol Esp. 2014; 65: 1-7

-Recomendaciones de la CODEPEH 2014.

AUTORES: Nuñez F, Jaudenes C, Sequí JM, Vivanco A, Zibucaray J.

FIAPAS 2014; NOV-DIC 2014: SEPARATA 151.

ISSN 1135-3511

CONGRESOS y CURSOS

TODO EL SERVICIO:

“Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría” (del 28/10/11 al 23/06/12).Acreditada por EVES con 8.3 créditos y 60 horas de duración.

“ Certificado de especialización en avances en Pediatría “
(del 28/10/11 al 23/06/12).Acreditada por Universitat de Valencia (ADEIT) con 7 créditos ECTS.

INVESTIGACIÓN

Estudio intoxicaciones pediátricas SEUP
Resultados de cohorte Otoemisiones y screening auditivo neonatal con PAE
Otoemisiones y ttos ototoxicos

ACTIVIDAD PERSONAL

Dr JM SEQUI C

PARTICIPACIÓN

- “Sesiones clinicas obstetricia y ginecología”

--Programa de formación sanitaria (EVES);

Hospital Fco Borja, Gandia, 16/11/12 a 14/3/13.

CREDITOS LECTIVOS: 4.9 = 32 HORAS LECTIVAS

-

Co-director “Certificado de especialització en avances en Pediatria”

--Curso postgrado de la Universitat de Valencia (CIG);

Hospital Fco Borja, Gandia, 27/10/13 a 24/06/14.

CREDITOS LECTIVOS: 7 ECTS

“Jornadas de vacunas de la AEP 2014”

Programa de formación continua sanitaria comunidad de Madrid;

Zaragoza , 28-29/3/2014

-International conference on newborn hearing screening. HEAL 2014

Milán (Lago Como).5-7/6/2014

- XIII Jornadas sobre Vacunas en La Safor.

Casa de Cultura, Gandia 3/6/2014

- Jornadas sobre Vacunas en 2014 de la AEP.

Auditorio condes de Barcelona, Zaragoza 28-29/3/2014

VIII Encuentro Nacional de la CODEPEH

Hotel Cristina, Las Palmas Gran Canaria, 7-8/11/2014.

Comunicaciones

Escarlatina estafilococica

AUTORES: LLINARES S, DIAZ S, CESIN S, SEQUI JM, ANGELATS CM,
VII Congreso Anual de la Soc. Española de Infectología Pediátrica
SANTIAGO COMPOSTELA. 6-8- III-2014

Perinatal factors that affect otoacoustic emissions in healthy newborns, vaginally delivered, during first 48 hours of life.

AUTORES: SEQUÍ CANET J.M., SALA LANGA MJ, COLLAR CASTILLO JL
-International conference on newborn hearing screening. HEAL 2014
Milán (Lago Como).5-7/6/2014
Libro de comunicaciones, Pag. 169.

Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico.

AUTORES: ANGELATS CM, CESIN S, SEQUI JM, LLINARES S, DIAZ S,
XXX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría
VALENCIA. 20-21-VI-2014
Bol Soc Val Pediatr 2014; 34: Pag. 59.

Artículos

-Factores perinatales que influyen en la detección de otoemisiones acústicas en recién nacidos sanos, por parto vaginal, en las primeras 48 horas de vida.

AUTORES: José M. Sequi-Canet, María J. Sala-Langa y José I. Collar del Castillo
Acta Otorrinolaringol Esp. 2014; 65: 1-7

-Recomendaciones de la CODEPEH 2014.

AUTORES: Nuñez F, Jaudenes C, Sequí JM, Vivanco A, Zibucaray J.

FIAPAS 2014; NOV-DIC 2014: SEPARATA 151.

ISSN 1135-3511

Ponencias

“Uso de Ondansetrón en los vómitos del paciente pediátrico”

PONENTES: JM. Sequí,

R. Gloriamar, Piles, 26/06/2014.

“Desarrollo comunicativo y adquisición del lenguaje: la familia una variable decisiva”

PONENTES: JM. Sequí,

VIII Encuentro Nacional de la CODEPEH

Hotel Cristina, Las Palmas Gran Canaria, 7-8/11/2014.

- “Advisory Board en Rotavirus”

--Programa de formación Sanofi Pasteur;

MSD, Madrid, 24/4/14.

HORAS PONENTE: 4

Premios

- 1º PREMIO Caso clínico de la Asociación para la Investigación en la Safor (AISSA) por el trabajo titulado: “Derrame pericárdico en un caso de linfocitosis hemofagocítica secundaria a leishmaniasis”.

AUTORES: Cerdán Vera MT, Bernal Ferrer A, Sequí Canet JM, Sifre Aranda M.

Gandia. 28-II-2014.

- 1º PREMIO Comunicación en Atención especializada de la Asociación para la Investigación en la Safor (AISSA) por el trabajo titulado: Usability of two types of automated brainstem response in the screening of newborns admitted to intermediate neonatal units.

AUTORES: SEQUÍ CANET J.M., LORENTE MAYOR L
Gandia. 28-II-2014.

COORDINACIÓN

UNIVERSITAT CIG A GANDIA 2014

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: 5 ediciones

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 6 hores x curso

Nom del curs: CERTIFICAT D'ESPECIALITZACIÓ EN AVANÇOS EN PEDIATRIA

Edició: quinta

Branca de coneixement¹: salut

Modalitat²: presencial

Nombre de crèdits: 7

- Coordinador "Curso de Formación continuada e integración en Pediatría"

¹ Art i Humanitats; Ciències Socials i Jurídiques; Ciències de la Salut; Ciències; Enginyeria i Arquitectura

² Presencial; on line ; a distància; semipresencial

--Programa de formación sanitaria (EVES);
Hospital Fco Borja, Gandia, 28/10/13 a 23/06/14.
CREDITOS LECTIVOS: 8.3. = 60 HORAS LECTIVAS
HORAS PONENTE: 3

- Coordinador del “Curso de Formación continuada e integración en Pediatría”. Programa de formación sanitaria (EVES); Hospital Fco Borja, Gandia, años 2007 a 2014.

-Moderador de la mesa “Focus on technology I” en la International conference on newborn hearing screening. HEAL 2014 Milán (Lago Como).5-7/6/2014

Ponente, organizador y comité científico en:
- VIII Encuentro Nacional de la CODEPEH
Hotel Cristina, Las Palmas Gran Canaria, 7-8/11/2014.

Dra A. MIRALLES T.

CURSOS REALIZADOS:

FORMACIÓ EN BIOÉTICA: Curso básico dins del Pla de Formació EVES, celebrat en el Campus virtual de la EVES, del 24/03/2014 al 14/04/2014, amb una durada de 12 hores lectives

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA. dins del Pla de Formació EVES, celebrat en el Campus virtual de la EVES, del 13/10/2014 al 10/11/2014, amb una durada de 20 hores lectives.

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA dins del Pla de Formació EVES, celebrat en el Campus virtual de la EVES, del 13/10/2014 al 10/11/2014, amb una durada de 20 hores lectives.

INTERNET EN CIENCIAS DE LA SALUD : BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS dins del Pla de Formació EVES, celebrat en el Campus virtual de la EVES, del 07/11/2014 al 01/12/2014, amb una durada de 12 hores lectives

PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y REVISIÓN PEDIÁTRICAS. 6º EDICIÓN.

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA: CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA 2014. (24/10/13 a 17/06/2014) con 60 horas lectivas y acreditada con 8.3 CREDITOS por la Comisión de Formación Continuada.

CURSO INSTRUCTOR EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA PEDIÁTRICA Y NEONATAL. Hospital Universitario La Paz, 29,30 y 31 de octubre de 2014,

ASISTENCIA A JORNADAS:

XIII JORNADA DE VACUNES EN LA SAFOR 3 junio de 2014.

11º ENCUENTRO DE TUTORES Y JEFES D E ESTUDIO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA 24,25 Y 26 de septiembre.

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA. Valencia 20 y 21 de Junio 2014.

ACTIVIDAD DOCENTE:

MONITORA DE RCP BÁSICA PEDIÁTRICA EN EL DIA MUNDIAL DE LA RCP. Ayuntamiento de Gandia 16 octubre de 2014.

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 6 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA . (24/10/13 a 17/06/2014)

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 4 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EXTRAHOSPITALARIAS, IMPARTIDA EN EL CSIG, 5 EDICIONES EN EL AÑO 2014.

COMUNICACIONES:

Tratamiento no quirúrgico de la celulitis orbitaria en lactante de 2 meses de edad.

Autores: Diaz Martín S, Llinares Ramal S, Miralles Torres A , Klabouza S, Marabotto Fernández MJ

Ganadora de un ACCESIT de los premios otorgados a las comunicaciones presentadas en el XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

UNIVERSITAT GANDIA

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: 5 ediciones

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 6 hores x curso

Dr. A. FERNÁNDEZ CALATAYUD :

UNIVERSITAT A GANDIA 2014

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: 5 ediciones

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 6 hores x curso

JORNADAS Y CONGRESOS PRESENCIALES

XX Curso de Actualización en Cardiología Pediátrica 2014. Madrid 26-28 Marzo 2014.

Curso de ecocardiografía en cardiopatías congénitas del adulto. 1-3 Abril 2014.

"XI Encuentro Nacional de Tutores y Jefes de Estudios de Formación Sanitaria Especializada: ¿Voluntarismo o Profesionalización?

X Congreso Nacional de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Valencia 15-17 Mayo 2014.

XXX Congreso de la sociedad valenciana de pediatria. Valencia 20-21 Junio 2014.

CURSOS

Impartidos

Cursos de formación a docentes sobre accidentes infantiles y RCP básica. Universitat de València. 4 Cursos con las fechas. 22-23/5/14, 28-29/5/14, 19-20/6/14, 22-23/10/14.

1 Seminario Lectura fácil ECG pediátrico. Hospital Francesc de Borja. Gandia. (Diciembre ´13)

Curso Residentes 1er año, impartiendo la sesión de lectura ECG pediátrico.

Asistente

Curso instructor en reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Hospital Universitario La Paz. 29 Octubre- 31 Octubre 2014.

Instructor en prácticas en reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal.

Treating patent ductus arteriosus in neonates: Evaluating current therapies. June 7, 2014. awarded 0.75 AMA PRA Category 1 Credit. Medscape. Continuing Medical Education Certificate.

SESIONES HOSPITALARIAS

-Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2013-2014. En dicho curso he presentado 1 sesión:

- Actualización diagnóstico y tratamiento enfermedad Kawasaki. 20/11/14.

-Seminarios docentes quincenales:

Presentadas

Simulacros prácticos mensuales para residentes (Crisis asmática grave, shock hipovolémico, shock séptico, Casos clinicos interactivos (8/10/14)

Asistente

Sesiones mini martes y bibliográficas impartidas por los residentes, de forma semanal.

- Sesiones Ginecología-Pediatría

1 Sesión trimestral

- Protocolo lactancia materna (4/11/14)

COMUNICACIONES

¿ Es la varicela una entidad de curso benigno? Complicación post-varicela. Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Díaz Martín S, Cesín González S, Angelats Romero CM. XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Valencia 20-21 Junio 2014.

Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera. Llinares Ramal S, Fernández Calatayud A, Angelats Romero CM, Cesín González S, Segura Serralta J.D, Roselló Añón A. XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Valencia 20-21 Junio 2014.

Dr JI COLLAR

Congreso SEGHP, Pamplona 22-24 mayo 2014

Perinatal factors that affect otoacoustic emissions in healthy newborns, vaginally delivered, during first 48 hours of life.

AUTORES: SEQUÍ CANET J.M., SALA LANGA MJ, COLLAR CASTILLO JL

-International conference on newborn hearing screening. HEAL 2014

Milán (Lago Como).5-7/6/2014

Libro de comunicaciones, Pag. 169.

DRA. JULIA PÉREZ VERDU

Congreso Alergología pediátrica 2014

DRA. CARMEN RODRÍGUEZ PÉREZ

1. CURSOS REALIZADOS

- XLVI Curso de Postgrado. XVIII Curso de Endocrinología Pediátrica. Barcelona, 13-14 de Marzo de 2014. 20 horas lectivas.
- Next 1. Network of Innovation and Excellence. Bilbao, 27 de Marzo de 2014.
- Curso-taller ICSI en la edad pediátrica. Madrid, 30-31 de Mayo de 2014.

- Curso de actualización sobre hipotiroidismo y disfunción tiroidea en la infancia y adolescencia. Madrid, 28 de Noviembre de 2014.
- 1ª edición del Curso Online de Formación Médica Continuada sobre Déficit de Hormona de Crecimiento (DGH). 20 horas lectivas. 4 créditos de formación continuada.
- El gen shox y la talla baja. Curso online. Marzo de 2013- Marzo de 2014. 9.8 créditos.
- Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de Octubre de 2013 a Junio de 2014. 8,3 créditos. 60 horas lectivas.
- Pediatrics Review and Education Program (PREP): PREP Self Assesment. Programa de Educación y Revisión Pediátricas. De Enero a Diciembre de 2014. 9 créditos.
- La nutrición en el niño sano y enfermo: ¿Qué hay que saber?. 29 Septiembre de 2014 al 30 Diciembre de 2014. 11.4 créditos de formación continuada.
- Curso de Dermatología Pediátrica dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de Eves, del 19/05/2014 al 16/06/2014. 20 horas lectivas.
- Curso de Oftalmología y patología ORL Pediátrica dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de Eves, del 26/05/2014 al 23/06/2014. 20 horas lectivas.
- Curso de Urgencia Pediátricas dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de Eves, del 29/09/2014 al 27/10/2014. 20 horas lectivas.

2. ASISTENCIA A REUNIONES Y CONGRESOS

- Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Sevilla, 14-16 de Mayo de 2014.
- Reunión científica del Grupo Valenciano Murciano Manchego de Endocrinología Pediátrica. Hospital General Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. 26 de Febrero de 2014.
- Reunión científica del Grupo Valenciano Murciano Manchego de Endocrinología Pediátrica. Hospital de Villajoyosa. Octubre de 2014.

3. ACTIVIDAD COMO DOCENTE

- Participación como ponente durante 4 horas y 30 minutos en el Curso de postgrado de la Universidad de Valencia, Avances en Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de Octubre 2013 a Junio 2014.
- Presentación de la sesión: Talla baja a estudio. Reunión científica del Grupo Valenciano Murciano Manchego de Endocrinología Pediátrica. Hospital General Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. 26 de Febrero de 2014.

- Sesiones a los residentes del Hospital Francesc de Borja de Gandía: Traumatismo craneoencefálico y convulsión febril. Junio 2014.
- Tutora de prácticas en el Curso de Fundamentos Clínico- Prácticos de la Universitat de València, impartido en el Servicio de Pediatría/Neonatos del Hospital Francesc de Borja de Gandía (Valencia) durante el año 2013 con una duración total de 250 horas.

4. COMUNICACIONES A CONGRESOS.

- Pons N., González E., Aleixandre F.,.....Rodríguez C.....Etiología final del hipotiroidismo congénito detectado por cribado neonatal. Comunidad Valenciana 2005-2011. Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Sevilla, 14-16 de Marzo de 2014.
- Cesín S.M., Angelats C.M., Rodríguez C., Díaz S., Kalbouza S. Raquitismo: ¿Una entidad emergente?. XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Valencia, 21 de Junio de 2014.

Dra F. PELECHANO RIBES

CURSOS REALIZADOS:

CURSO ACTUALIZACIÓN PEDIATRIA, celebrado en Hospital Francesc de Borja, del 24/10/2013 al 17/6/2014, con una duración de 60 horas y 8.3 créditos por la comisión de formación continuada.

CURSO XIX AVANCES EN PEDIATRIA 2014. Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría con 4 créditos por la comisión de formación continuada.

CURSO DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA IV Ed. Dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en campus virtual del EVES del 19/05/2014 al 16/06/2014 con una duración de 20 horas lectivas por la comisión de formación continuada.

CURSO REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA IV Ed. Dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en campus virtual del EVES del 3/11/2014 al 1/12/2014 con una duración de 20 horas lectivas por la comisión de formación continuada.

CURSO DE PEDIATRIA Y ENFERMEDADES RARAS 2 con 81 horas de duración y acreditada con 9 CREDITOS por la Comisión de Formación Continuada.

CURSO DE AVANCES EN NEUROLOGÍA INFANTIL. Celebrado en Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Noviembre 2014, con una duración de 15.5 horas y 2,5 créditos por la comisión formación continuada.

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS:

II JORNADA DE NEUROPEDIATRIA DEL HOSPITAL LA FE. Celebrado los días 12 y 13 de diciembre 2014.

I JORNADAS Lilly en Psiquiatría 2014. Madrid. 27 y 28 junio. 2014.

IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. S.E.N.E.P. Palma de Mallorca. 11-14 junio 2014

X Congreso Nacional de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Valencia. 15-17 Mayo 2014.

ACTIVIDAD DOCENTE:

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 3 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA . EDICIÓN DE LOS JUEVES (24/10/13 a 17/06/2014)

DRA: M. REVERT GOMAR

.CURSOS REALIZADOS:

CURSO ACTUALIZACIÓN PEDIATRIA, celebrado en Hospital Francesc de Borja, del 24/10/2013 al 17/6/2014, con una duración de 60 horas y 8.3 créditos por la comisión de formación continuada.

CURSO XIX AVANCES EN PEDIATRIA 2014. Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría con 4 créditos por la comisión de formación continuada.

CURSO DE AVANCES EN NEUROLOGÍA INFANTIL. Celebrado en Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Noviembre 2014, con una duración de 15.5 horas y 2,5 créditos por la comisión formación continuada.

ASISTENCIA A JORNADAS Y CONGRESOS:

X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. S.E.N.E.P. Palma de Mallorca. 11-14 junio 2014

IV JORNADAS Shire de Psicofarmacología TDHA en 2014. Madrid. Septiembre. 2014.

II JORNADA DE NEUROPEDIATRIA DEL HOSPITAL LA FE. Celebrado los días 12 y 13 de diciembre 2014.

ACTIVIDAD DOCENTE:

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 3 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA . EDICIÓN DE LOS JUEVES (24/10/13 a 17/06/2014)

RESIDENTES

R1

M.JOSE MORALES LOZANO

2.1.- Sesiones clínicas generales, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.

1. Enfermedades exantemáticas.
2. FPIES.
3. Alergias alimentarias (huevo, PLV). Anafilaxia
4. Nevus congénito Gigante.
5. Maltrato infantil.
6. Enfermedad de Wilson.
7. Lactancia materna.
8. Alergia alimentaria
9. Neumonía.
10. Kawasaki.
11. Hemorragia intraventricular neonatal.
12. Reflujo gastroesofágico.
13. Intoxicaciones.
14. Politraumatismo. EXPONGO.
15. Fallo hepático agudo
16. Artritis.
17. Traumatismo cráneo-encefálico
18. Infección urinaria
19. Diabetes mellitus

2.2.- Sesiones clínicas en el Servicio, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.

1. Cámaras de Inhalación (Julia).
2. Asma (Julia).
3. Displasia madurativa de cadera (Sandra).
4. Revisiones sistemáticas de leche hidrolizada, bronquiolitis. Etc y Lactancia materna (Sara).
5. Deshidratación: (Ana María y yo EXPONEMOS).
6. Tipos Insulina (Carmen).
7. RCP neonatal (Praxedes).
8. Rinosinusitis bacteriana aguda. (Ana María).
9. Ictericia (Sara).
10. Reglas para evitar la muerte súbita (Sara).
11. Cojera (Sofía).
12. Fiebre sin foco (EXPONGO)
13. Comité de lactancia materna (Sara).
14. Pinzamiento tardío del cordón umbilical (Ana María).
15. Ébola (EXPONGO).
16. Actualización Bronquiolitis (Carlos Miguel).
17. Asma (Sofía).
18. Hospital Sant Joan de Deu (Sandra).
19. Desfibriladores (Justo).
20. Fallo medro (EXPONGO).
21. Pubertad precoz (Ana María).
22. Neumonía. (Carlos Miguel).
23. Politraumatismo (EXPONGO)
23. Gripe A (Sara).
24. Anafilaxia (Sofía).
25. Ahogamiento (Sara y José Vicente)
26. Vacunas (Sandra)

2.3.- Sesiones bibliográficas, señalando en número de las asistidas y de las presentadas.

Presentación de Protocolo de ictericia neonatal. Sara
Revisión bibliográfica leche hidrolizada, bronquiolitis aguda, lactancia materna. Junio 2014. Sara
Hipoglucemia neonatal. Revisión de protocolo. Presentado.
Decálogo de Lactancia materna. Presentado. Dra. Díaz/ Dra.Llinares.
- Comité de Lactancia materna. Dra. Díaz.
Hoja de recomendación para padres, riesgo de muerte súbita. Sara
Protocolo de Ahogamiento. Presentado. Dra. Díaz/ Dr. Arcos.
Protocolo asma. Julia Pérez
Displasia congénita de caderas. Dra Llinares.
Protocolo de deshidratación aguda. Dra. Garcia. Dra. Morales.
Pinzamiento de cordón umbilical. Dra. García.
Protocolo de sinusitis aguda. Dra. García.
Protocolo de fiebre sin foco. Dra. Morales.
Protocolo de Anafilaxia. Dra. Peralta. Dra. Cesín.
Protocolo de cojera. Dra. Cesín.
Revisión de medicación disponible en urgencias y dosis. Dra. Miralles.
Protocolo de nebulización continua con Salbutamol. Dra. Pérez.
Protocolo de insulino terapia en planat de escolejares. Dra. Rodriguez.
Minicursillo de RCP neonatal. Dra. Solano
Actualización protocolo de Ébola. Dra. Morales.
Intoxicación por Ciguatera (Sofía).

2.4.- Sesiones radiológicas, indicando el tipo de participación.

2.5.- Asistencia a Seminarios, charlas, jornadas, reuniones, congresos etc, como oyente.
Congreso de Lactancia materna de Teruel.

Jornada de incontinencia fecal. Hospital La Fe de Valencia. Enero 2014.
Jornadas de enuresis nocturna monosintomática. COMV. 2014.

2.6.- Cursos recibidos, indicando título, entidad organizadora, lugar, fecha y número de horas lectivas y/o créditos.
Curso de Reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 30 horas lectivas. Instituto valenciano de pediatría y celebrado en el colegio de médicos de valencia. 6-8 noviembre de 2014.
Curso EVES alergología, 19 septiembre a 21 octubre y clase presencial 5 noviembre, 20 horas lectivas.
Curso EVES neumología, 13 octubre a 3 noviembre, 15 horas lectivas.
Curso EVES protección radiológica, 13 octubre a 3 noviembre, 15 horas lectivas.
Curso EVES reumatología, 3 noviembre a 1 diciembre (1 diciembre presencial), 20 horas lectivas.
Curso continuum, 11.4 créditos.
Curso PREP, 9 créditos.
Curso de enfermedades raras, 9 créditos.
Curso XX avances de 17 enero a 14 de marzo 2015.
Curso Urgencias.

ANA M. GARCIA MIGUEL

2.1.- Sesiones clínicas generales, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.
Enfermedades exantemáticas.
FPIES.
Alergias alimentarias.
Nevus congénito Gigante.
Abuso infantil.
Enfermedad de Wilson.
Lactancia materna. EXPONGO.
Alergia alimentaria.
Neumonía.
Kawasaki.

Hemorragia intraventricular neonatal. EXPONGO.
Reflujo gastroesofágico.
Intoxicaciones.
Politraumatismo.
Fallo hepático agudo.
Artritis.
RN hijo de madre con patología tiroidea.

2.2.- Sesiones clínicas del Servicio, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.

Cámaras de Inhalación (Julia).

Asma (Julia).

Displasia madurativa de cadera (Sandra).

Revisiones sistemáticas de leche hidrolizada, bronquiolitis. Etc y Lactancia materna (Sara).

Deshidratación: (María José y yo EXPONEMOS).

Tipos Insulina (Carmen).

RCP neonatal (Praxedes).

Rinosinusitis bacteriana aguda. (EXPONGO).

Ictericia (Sara).

Reglas para evitar la muerte súbita (Sara).

Cojera (Sofía).

Anafilaxia (Sofía).

Comité de lactancia materna (Sara).

Pinzamiento tardío del cordón umbilical (EXPONGO).

Ébola (María José).

Actualización Bronquiolitis (Carlos Miguel).

Asma (Sofía).

Hospital Sant Joan de Deu (Sandra).

Desfibriladores (Justo).

Fallo medro (María José).

Pubertad precoz (EXPONGO).

Neumonía. (Carlos Miguel).
Gripe A (Sara).
Tos ferina (Sandra).

2.3.- Sesiones bibliográficas, señalando en número de las asistidas y de las presentadas.

Revisiones bibliográficas de Sara: Bronquiolitis, alimentación etc.

Intoxicación por Ciguatera (Sofía).

2.5.- Asistencia a Seminarios, charlas, jornadas, reuniones, congresos etc, como oyente.

Congreso de Lactancia materna de Teruel.

Charla de complementos nutricionales en el TDAH.

Charla incontinencia fecal.

Congreso Valenciana.

2.6.- Cursos recibidos, indicando título, entidad organizadora, lugar, fecha y número de horas lectivas y/o créditos.

Curso EVES alergología, 19 septiembre a 21 octubre y clase presencial 5 noviembre, 20 horas lectivas.

Curso EVES neumología, 13 octubre a 3 noviembre, 15 horas lectivas.

Curso EVES protección radiológica, 13 octubre a 3 noviembre, 15 horas lectivas.

Curso EVES reumatología, 3 noviembre a 1 diciembre (1 diciembre presencial), 20 horas lectivas.

Curso continuum, 11.4 créditos.

Curso PREP, 9 créditos.

Curso de enfermedades raras, 9 créditos.

Curso Experto Urgencias de enero a julio 2015.

Curso XX avances de 17 enero a 14 de marzo 2015.

Curso Urgencias.

2.8.- Otras actividades docentes.

Curso de Urgencias del Hospital.

Curso de ECG.

Curso de RCP.

Taller de Canalización Umbilical y Sutura.

R2

Dra: SARA DIAZ MARTIN

2.- ACTIVIDAD DOCENTE.

2.1.- Sesiones clínicas generales, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.

2.2.- Sesiones clínicas en el Servicio, indicando el número de las asistidas y de las presentadas.

Infecciones óseas y articulares. Dr. Angelats.

Dermatosis. Dra Díaz. Presentada

Pericarditis aguda. Presentada

FPIES. Dr. Manolo Ramos.

Raquitismo. Dra. Cesín.

Suplementos. Dr. Sequi.

Hematuria. Dra. Miralles.

Neumomediastino. Dra. Miralles.

Rinoconjuntivitis alérgica. Dra. Marabotto.

Talla baja a estudio. Dra. Rodriguez.

OMA. Dr. Angelats

Escoliosis. Dra. Llinares. Infecciones cutáneas. Dra. Artés.

El pediatra ante un nevus congénito gigante. Dra. Soriano.

Uso del Ondansetrón. Dra. Sifre.

Alergia alimentaria.

Estreñimiento. Dr. Collar.

Síndrome de abstinencia neonatal. Dra. Marabotto.

Tumor tiroideo. Dra. Kalbouza.

2.3.- Sesiones bibliográficas, señalando en número de las asistidas y de las presentadas.

Anemia ferropénica y su relación con TDAH. Presentada

Presentación de Protocolo de ictericia neonatal. Presentada.

Revisión de artículos. Enero 2014. Presentado.

Revisión bibliográfica leche hidrolizada, bronquiolitis aguda, lactancia materna. Junio 2014. Presentado

Sesión bibliográfica. Glucocorticoides en lactantes y niños con Bronquiolitis aguda vs uso de Dexametasona. Presentado

Hipoglucemia neonatal. Revisión de protocolo. Presentado.

Decálogo de Lactancia materna. Presentado. Dra. Díaz/ Dra. Llinares.

- Comité de Lactancia materna. Dra. Díaz.

Caso clínico. A hombros de gigante. Presentado.

Hoja de recomendación para padres, riesgo de muerte súbita. Presentado

Protocolo de Ahogamiento. Presentado. Dra. Díaz/ Dr. Arcos.

Protocolo asma. Julia Pérez

Displasia congénita de caderas. Dra. Llinares.

Hojas de recomendación para padres. Dra. Marabotto y Dra. Llinares.

Sesión informativa de Hospital de Cruces. Dr. Angelats.

Cómo realizar un Power point. Dra. Cesín.

Protocolo de Cetoacidosis diabética. Dra. Lacomba.

Protocolo de deshidratación aguda. Dra. García. Dra. Morales.

Pinzamiento de cordón umbilical. Dra. García.

Protocolo de sinusitis aguda. Dra. García.

Protocolo de fiebre sin foco. Dra. Morales.

Protocolo de conjuntivitis aguda. Dra. Benedith.

Protocolo de Anafilaxia. Dra. Peralta. Dra. Cesín.

Protocolo de cojera. Dra. Cesín.

Revisión de medicación disponible en urgencias y dosis. Dra. Miralles.

Protocolo de nebulización continua con Salbutamol. Dra. Pérez.

Protocolo de insulino terapia en planTA de escolares. Dra. Rodriguez.
Minicursillo de RCP neonatal. Dra. Solano
Actualización protocolo de Ébola. Dra. Morales.

2.4.- Sesiones radiológicas, indicando el tipo de participación.

- Tumor de Wilms. Dra. Llorent

2.5.- Asistencia a Seminarios, charlas, jornadas, reuniones, congresos etc, como oyente.
Congreso de infectología Pediátrica. 6-8 Marzo de 2014.
Congreso SEPEAP octubre 2014
Congreso de la sociedad Valenciana de Pediatría 2014.
Jornada de incontinencia fecal. Hospital La Fe de Valencia. Enero 2014.
Jornadas de enuresis nocturna monosintomática. COMV. 2014.
Jornadas de vacunas de la safor. 2014.

2.6.- Cursos recibidos, indicando título, entidad organizadora, lugar, fecha y número de horas lectivas y/o créditos.

Curso MIR SEPEAP. Noviembre 2014. Barcelona.
Curso de traumatología y Ortopedia pediátrico COMV. ENERO, FEBRERO Y MARZO 2014.
Curso de Gastroenterología pediátrica. EVES
Curso de Hematología. EVES.
Curso de comunicación médico-paciente. EVES.
Curso de infectología pediátrica. EVES.
Curso de Nutrición pediátrica. Continuum. Diciembre 2014
Curso de Vacunas. Continuum. Febrero-marzo 2014
Curso de Nestle MIR PREP. Online Agosto-diciembre 2014.
Curso de enfermedades raras. Online. Noviembre 2014.
Estudio EPINE. 2014.

Taller de sedoanalgesia y sedación. Dra. Fernandez. HSJD
Taller de inmovilización en politraumatizado. Dr. Payeras. HSJD.
Taller de atención al politraumatizado. Dra.Triviño. HSJD
Taller de vía aérea. Dr. Santanach- Muñoz. HSJD
Taller de oxígeno alto flujo. Dra. Aparicio. HSJD

2.7.- Cursos impartidos, indicando título, entidad organizadora, lugar, fecha y número de horas lectivas y/o créditos.

2.8.- Otras actividades docentes.

Asistidas:

3.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

3.3.- Becas o ayudas a la investigación recibidos (incluir aquí las ayudas para asistencia a reuniones científicas, adjudicadas por instituciones u organismos oficiales).

Beca para congreso anual de la SEPEAP 2014

Premio a la segunda mejor comunicación oral de la Sociedad valenciana de Pediatría 2014.

3.4.- Comunicaciones presentadas a reuniones científicas o Congresos (indicar el orden de autores, título, nombre de la reunión, fecha y lugar). Adjuntar una copia del resumen o abstract si lo hubiere.

Congreso de Infectología Pediátrica. 6-8 Marzo de 2014. Presentación de póster: Meningitis neonatal por E.Coli productora de BLEA.

Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Comunicación oral: Manejo no quirúrgico de la celulitis orbitaria en un lactante menor de 2 meses de edad.

Congreso SEPEAP octubre 2014. Presentación de serie de casos de eritema nodoso en el área de la safor.

Congreso SEPEAP octubre 2014. Póster Steven-Johnson secundario a neumonía atípica.

Congreso SEPEAP octubre 2014. Enfermedad por arañazo de gato. A propósito de un caso.

Congreso SEPEAP octubre 2014. Dificultades y retraso en el diagnóstico del síndrome de Münchhausen por poderes: A propósito de dos casos.

Dra: SANDRA LLINARES RAMAL

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

- Curso de Simulación de Atención al Trauma Pediátrico a nivel Prehospitalario (SATRAPP). XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. 23 de octubre de 2014.
- Complementos nutricionales en el TDAH. Charla impartida por los Dres. Daniel Gómez y Manuel Ramos.
- Taller de prevención en pediatría: Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con UPP o riesgo de padecerlas. Sede: Hospital Universitario y Politécnico de Valencia. 26 de noviembre de 2014.
- XX Curso de Avances en Pediatría. Organizado por: Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por: Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Salón de Actos de Cajamar. Enero - Marzo de 2015.
- XIX Curso de Avances en Pediatría, Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Salon de Actos Cajamar: Enero- Marzo 2014.
- Problemática actual de la tosferina e inclusión de la vacuna en la embarazada. Mesa Redonda. Colegio de Médicos de Valencia. 27 de enero de 2014.
- I Jornada sobre La Incontinencia fecal en el niño, Hospital universitario La Fe. 16 Enero de 2015.
- Metodología y técnica para el cuidado físico y emocional del niño y adolescente con enfermedad terminal y su familia dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de la EVES, del 22/04/2014 al 20/06/2014, con una duración de 40 horas lectivas
- Curso ortopedia y traumatología pediátrica general . Colegio oficial de médicos de Valencia.
- Curso Oftalmología pediátrica, Colegio oficial de médicos de Valencia.
- Curso de Vacunas en Pediatría. Continuum Febrero- Marzo 2014.
- Jornada Enuresis nocturna monosintomática. COMV, Febrero 2014.

CONGRESOS

- XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia. 20 y 21 de junio de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:

- Raquitismo: ¿una enfermedad emergente?. Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C., Díaz Martín S., Kalbouza S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico. Angelats Romero C.M., Cesín González S.M., Sequí Canet J.M., Llinares Ramal S., Díaz Martín S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Marabotto Fernández M.J., Angelats Romero C.M., Cesín González S.M., Segura Serralta J.D., Roselló Añón A. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - ¿Es la varicela una entidad de curso benigno?: Complicación post-varicela. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Díaz Martín S., Cesín González S.M., Angelats Romero C.M. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
- Manejo no quirúrgico de la celulitis orbitaria en un lactante menor de 2 meses de edad.

Congreso de Infectología Pediátrica. 6-8 Marzo de 2014.

Meningitis neonatal por E.Coli productora de BLEA.

Escarlatina por Staphilococcus Aureus.

- XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. Del 23 al 25 de octubre de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:

- Una causa inusual de lumbalgia y dolor abdominal. S.M. Cesín, D. Gómez, J. Balaguer, C.M. Angelats, M. Ramos, M.J. Marabotto. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
- Enfermedad por arañazo de gato. A propósito de un caso clínico. S. Kalbouza, M.J. Marabotto, J.M. Sequí, S. Díaz, S. Cesín, C.M. Angelats, S. Llinares. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
- Stevens-Johnson secundario a neumonía atípica. M.J. Marabotto, S. Kalbouza, A. Bernal, S. Llinares, M. Artés, S. Cesín, S. Díaz. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
- Dificultades y retraso en el diagnóstico del síndrome de Münchausen por poderes: a propósito de dos casos. S. Llinares, S. Díaz, D. Gómez, M. Ramos, S. Cesín, H. Echevarría.

CURSOS ONLINE

- Examen PREP 2013 - The Curriculum. Pediatrics Review and Education Program. American Academy of Pediatrics. ACINDES. 9 créditos de la Comisión de Formación Continuada.
- Formación de residentes en Protección Radiológica. 2ª Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 13 de enero al 14 de febrero 2014 (15 horas lectivas).
- Reumatología pediátrica IV Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 3 de noviembre al 1 de diciembre de 2014 (20 horas lectivas).
- La nutrición en el niño sano y enfermo: ¿qué hay que saber? 2ª edición. Continuum. El portal de formación en pediatría de la AEP. Del 29 de septiembre al 30 de diciembre de 2014 (60 horas lectivas).
- La imagen en pediatría: Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 12/5 al 5/9 de 2014 (20 horas lectivas).
- Dermatología pediátrica: Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 19/5 al 16/6 de 2014 (20 horas lectivas).
- Metodología y técnica para el cuidado físico y emocional del niño y adolescente con enfermedad terminal y su familia dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de la EVES, del 22/04/2014 al 20/06/2014, con una duración de 40 horas lectivas
- Curso de Experto Universitario en Urgencias Pediátricas. Formación Virtual Panamericana. Septiembre 2014 - actualidad.
- Curso de Experto Universitario Inglés Médico. Formación Virtual Panamericana. Septiembre 2014-Enero2015.
- Curso Pediatría y enfermedades raras “¿es difícil diagnosticar una mucopolisacaridosis?”,

SESIONES HOSPITALARIAS

- 2 Sesiones simulación en espacio controlado “symbaby” en Hospital San Joan de Deu, Barcelona.
- 2 Sesiones departamentales “Casos Interesantes”, Hospital San Joan de Deu, Barcelona.
- 2 Sesiones departamentales “Radiología Pediátrica”, Hospital San Joan de Deu, Barcelona.
- “Manejo del Estreñimiento en Pediatría”, Hospital San Joan de Deu, Barcelona.
- Curso de ECG. Dr. Alejandro Fernández.
- Taller de canalización umbilical. Dra. Práxedes Solano.
- Sesiones Departamentales:

- La codificación y su importancia. Maria Teresa Server.
- Calidad Percibida. Juan Arturo Martí.
- Comunicación de malas noticias. Psicóloga Ascensión Bellver Pérez.
- La gestión en sanidad. Pedro Martínez Rojas.

- Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2014-2015.

Enfermedades exantemáticas, FPIES, alergias alimentarias, nevus congénito gigante, guía del manejo de maltrato infantil, enfermedad de Kawasaki, hemorragia intraventricular neonatal, reflujo gastroesofágico, atención inicial al niño politraumatizado, intoxicaciones, fallo hepático agudo, artritis, entre otras.

En dicho curso he participado como ponente:

- ☐ Manejo de la intoxicación en Urgencias pediátricas.
- ☐ Urgencias psiquiátricas infantiles.

☐ Sesiones docentes y bibliográficas quincenales:

Uso de cámaras de inhalación, displasia madurativa de caderas, deshidratación, tipos de insulina, RCP neonatal, rinosinusitis bacteriana aguda, ictericia neonatal, decálogo de lactancia materna, hipoglucemia neonatal, neumomediastino, taquicardia paroxística supraventricular, pubertad precoz, pinzamiento tardío del cordón umbilical, ébola, desfibriladores en pediatría, guía de práctica clínica de Bronquiolitis de la AAP, fallo de medro, neumonía, gripe A y revisión de distintos artículos de revistas médicas pediátricas

En las cuales he presentado:

- ☐ Actualización manejo y prevención de la Tos ferina.
- ☐ Manejo Displasia congénita de caderas.
- ☐ Organización urgencias pediátricas Hospital San Joan de Deu.
- ☐ Participación en estudio EPINE-EPPS 2014. Hospital Francesc de Borja

R3:

Dr : CM ANGELATS

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

- XX Curso de Avances en Pediatría. Organizado por: Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por: Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Salón de Actos de Cajamar. Enero - Marzo de 2015.
- XIX Curso de Avances en Pediatría, Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Salon de Actos Cajamar: Enero- Marzo 2014.
- X Curso de urgencias pediátricas de la academia americana de pediatría. APLS. Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por Academia americana de pediatría. Sociedad española de urgencias pediátricas. Instituto Valenciana de Pediatría. Mayo 2014.
- XIII Jornada de Vacunas de la Safor. Junio 2014
- Curso de Simulación de Atención al Trauma Pediátrico a nivel Pre hospitalario (SATRAPP). XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. 23 de octubre de 2014.
- XXVII Curso de Reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Sociedad española de urgencias pediátricas. Instituto Valenciana de Pediatría. Noviembre 2014.
- III Curso de informática SPSS. Organizado por el colegio oficial de médicos de valencia. Mayo 2014

CONGRESOS

- XIX Congreso de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Sede: Vallés occidental, Barcelona. Abril del 2014.
- XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia. 20 y 21 de junio de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:
 - Raquitismo: ¿una enfermedad emergente?. Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C., Díaz Martín S., Kalbouza S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico. Angelats Romero C.M., Cesín González S.M., Sequí Canet J.M., Llinares Ramal S., Díaz Martín S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Marabotto Fernández M.J., Angelats Romero C.M, Cesín González S.M., Segura Serralta J.D., Roselló Añón A. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.

- ¿Es la varicela una entidad de curso benigno?: Complicación post-varicela. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Díaz Martín S., Cesín González S.M., Angelats Romero C.M. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
- XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. Del 23 al 25 de octubre de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:
 - Diarrea recurrente y obesidad. Cuando la clínica no encaja. C.M. Angelats. M. Ramos, D. Gomez. S.M. Cesín, S. Kalbouza. Hospital Francesc de Borja, Gandía. (Premio Accesit 1).
 - Una causa inusual de lumbalgia y dolor abdominal. S.M. Cesín, D. Gómez, J. Balaguer, C.M. Angelats, M.Ramos, M.J. Marabotto. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
 - Enfermedad por arañazo de gato. A propósito de un caso clínico. S. Kalbouza, M.J. Marabotto, J.M. Sequí, S.Díaz, S. Cesín, C.M. Angelats, S. Llinares. Hospital Francesc de Borja, Gandía.

CURSOS ONLINE

- Examen PREP 2014 - The Curriculum. Pediatrics Review and Education Program. American Academy of Pediatrics. ACINDES. 9 créditos de la Comisión de Formación Continuada.
- Formación de residentes en Protección Radiológica. 2ª Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Febrero 2014 (15 horas lectivas).
- Proyecto de investigación. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Abril 2014 (10 horas lectivas).
- Búsquedas bibliográficas. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Abril 2014 (10 horas lectivas).
- Infectología pediátrica. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Abril 2014 (20 horas lectivas).
- Dermatología pediátrica. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Junio 2014 (20 horas lectivas).
- La nutrición en el niño sano y enfermo: ¿qué hay que saber? 2ª edición. Continuum. El portal de formación en pediatría de la AEP. Del 29 de septiembre al 30 de diciembre de 2014 (60 horas lectivas).
- Curso de Experto Universitario en Urgencias Pediátricas. Formación Virtual Panamericana. Septiembre 2014 - actualidad.
- Curso de Infectología pediátrica básica. Formación Virtual Panamericana. Septiembre 2014 - actualidad.

SESIONES HOSPITALARIAS

- Síndrome de MELAS. Hospital la Fe.
- Curso de ECG. Dr. Alejandro Fernández.
- Taller de canalización umbilical. Dra. Práxedes Solano.
- Sesiones Departamentales:
 - La codificación y su importancia. Maria Teresa Server.
 - Calidad Percibida. Juan Arturo Martí.
 - Comunicación de malas noticias. Psicóloga Ascensión Bellver Pérez.
 - La gestión en sanidad. Pedro Martínez Rojas.
- Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2014-2015.

Enfermedades exantemáticas, FPIES, alergias alimentarias, nevus congénito gigante, guía del manejo de maltrato infantil, enfermedad de Kawasaki, hemorragia intraventricular neonatal, reflujo gastroesofágico, atención inicial al niño politraumatizado, intoxicaciones, fallo hepático agudo, artritis, entre otras.

En dicho curso he participado como ponente:

- ☐ Actualización de Neumonías.
- ☐ Infecciones óseas y articulares.

- ☐ Sesiones docentes y bibliográficas quincenales:

Uso de cámaras de inhalación, displasia madurativa de caderas, deshidratación, tipos de insulina, RCP neonatal, rinosinusitis bacteriana aguda, ictericia neonatal, decálogo de lactancia materna, hipoglucemia neonatal, neumomediastino, taquicardia paroxística supraventricular, pubertad precoz, pinzamiento tardío del cordón umbilical, ébola, desfibriladores en pediatría, guía de práctica clínica de Bronquiolitis de la AAP, fallo de medro, neumonía, gripe A y revisión de distintos artículos de revistas médicas pediátricas

En las cuales he presentado:

- ☐ Card de Neumonía.
- ☐ Actualización de Bronquiolitis.
- ☐ Revisión de artículos científicos.
- ☐ Participación en estudio EPINE-EPPS 2014. Hospital Francesc de Borja

Dra: SOFIA CESIN

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

- Curso de Simulación de Atención al Trauma Pediátrico a nivel Prehospitalario (SATRAPP). XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. 23 de octubre de 2014.
- Taller: Claves para confeccionar comunicaciones, publicaciones y ponencias. XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. 25 de octubre de 2014.
- Curso de Informática SPSS 3ª Edición. Comisión de docencia del Colegio de Médicos de Valencia. Marzo y abril de 2014 (22 horas lectivas).
- Patologías Frecuentes y Urgencias en Pediatría. Curso Interactivo. Sede: Colegio de Médicos de Valencia. 4 de octubre de 2014.
- Complementos nutricionales en el TDAH. Charla impartida por los Dres. Daniel Gómez y Manuel Ramos.
- Taller de prevención en pediatría: Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con UPP o riesgo de padecerlas. Sede: Hospital Universitario y Politécnico de Valencia. 26 de noviembre de 2014.
- XX Curso de Avances en Pediatría. Organizado por: Instituto Valenciano de Pediatría y Puericultura. Acreditado por: Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Salón de Actos de Cajamar. Enero - Marzo de 2015.
- Problemática actual de la tosferina e inclusión de la vacuna en la embarazada. Mesa Redonda. Colegio de Médicos de Valencia. 27 de enero de 2014.

CONGRESOS

- XXX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia. 20 y 21 de junio de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:
 - Raquitismo: ¿una enfermedad emergente?. Cesín González S.M., Angelats Romero C.M., Rodríguez Pérez C., Díaz Martín S., Kalbouza S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Manejo de infecciones osteoarticulares en un hospital periférico. Angelats Romero C.M., Cesín González S.M., Sequí Canet J.M., Llinares Ramal S., Díaz Martín S. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
 - Cuando una radiografía desvela el origen de la cojera. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Marabotto Fernández M.J., Angelats Romero C.M., Cesín González S.M., Segura Serralta J.D., Roselló Añón A. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.

- ¿Es la varicela una entidad de curso benigno?: Complicación post-varicela. Llinares Ramal S., Fernández Calatayud A., Díaz Martín S., Cesín González S.M., Angelats Romero C.M. Servicio de Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía.
- Coautora de la Comunicación del Póster: Meningitis Neonatal por E.coli productora de BLEA. S. Díaz Martín, S. Llinares Ramal, C.M. Angelats Romero, A. Miralles Torres, S.M. Cesín González, M. J. Marabotto Fernández. Presentado en el VII Congreso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Del 6 al 8 de marzo de 2014. Santiago de Compostela.
- XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sede: Palacio de Congresos de Valencia, Valencia. Del 23 al 25 de octubre de 2014. Presentando las siguientes comunicaciones orales:
 - Una causa inusual de lumbalgia y dolor abdominal. S.M. Cesín, D. Gómez, J. Balaguer, C.M. Angelats, M. Ramos, M.J. Marabotto. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
 - Enfermedad por arañazo de gato. A propósito de un caso clínico. S. Kalbouza, M.J. Marabotto, J.M. Sequí, S. Díaz, S. Cesín, C.M. Angelats, S. Llinares. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
 - Stevens-Johnson secundario a neumonía atípica. M.J. Marabotto, S. Kalbouza, A. Bernal, S. Llinares, M. Artés, S. Cesín, S. Díaz. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
 - Diarrea recurrente y obesidad. Cuando la clínica no encaja. C.M. Angelats, M. Ramos, D. Gómez, S. Cesín, S. Kalbouza. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
 - Dificultades y retraso en el diagnóstico del síndrome de Münchausen por poderes: a propósito de dos casos. S. Llinares, S. Díaz, D. Gómez, M. Ramos, S. Cesín, H. Echevarría.

CURSOS ONLINE

- Examen PREP 2013 - The Curriculum. Pediatrics Review and Education Program. American Academy of Pediatrics. ACINDES. 9 créditos de la Comisión de Formación Continuada.
- Formación de residentes en Protección Radiológica. 2ª Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 13 de enero al 14 de febrero 2014 (15 horas lectivas).
- Neonatología. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 2 al 29 de abril de 2014 (20 horas lectivas).
- Reumatología pediátrica IV Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 3 de noviembre al 1 de diciembre de 2014 (20 horas lectivas).
- La nutrición en el niño sano y enfermo: ¿qué hay que saber? 2ª edición. Continuum. El portal de formación en pediatría de la AEP. Del 29 de septiembre al 30 de diciembre de 2014 (60 horas lectivas).
- Curso de Experto Universitario en Urgencias Pediátricas. Formación Virtual Panamericana. Octubre 2014 - actualidad.

- Curso de Experto Universitario en Infectología Pediátrica. Formación Virtual Panamericana. Enero 2014 - actualidad.
- Curso Online de Libro Acreditado de Neumología Pediátrica. Formación Virtual Panamericana. Enero 2014 - actualidad.
- Lectura sistemática del electrocardiograma pediátrico. Continuum. El portal de formación en pediatría de la AEP. Enero 2014 - actualidad.

SESIONES HOSPITALARIAS

- Curso de ECG. Dr. Alejandro Fernández.
- Taller de canalización umbilical. Dra. Práxedes Solano.
- Sesiones Departamentales:
 - La codificación y su importancia. Maria Teresa Server.
 - Calidad Percibida. Juan Arturo Martí.
 - Comunicación de malas noticias. Psicóloga Ascensión Bellver Pérez.
 - La gestión en sanidad. Pedro Martínez Rojas.

- Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2014-2015.

Enfermedades exantemáticas, FPIES, alergias alimentarias, nevus congénito gigante, guía del manejo de maltrato infantil, enfermedad de Kawasaki, hemorragia intraventricular neonatal, reflujo gastroesofágico, atención inicial al niño politraumatizado, intoxicaciones, fallo hepático agudo, artritis, entre otras.

En dicho curso he participado como ponente:

Enfermedad de Wilson: presentación de un caso y revisión de la literatura.

Traumatismo craneoencefálico. Revisión de guías clínicas y actualizaciones.

Sesiones docentes y bibliográficas quincenales:

Uso de cámaras de inhalación, displasia madurativa de caderas, deshidratación, tipos de insulina, RCP neonatal, rinosinusitis bacteriana aguda, ictericia neonatal, decálogo de lactancia materna, hipoglucemia neonatal, neumomediastino, taquicardia paroxística supraventricular, pubertad precoz, pinzamiento tardío del cordón umbilical, ébola, desfibriladores en pediatría, guía de práctica clínica de Bronquiolitis de la AAP, fallo de medro, neumonía, gripe A y revisión de distintos artículos de revistas médicas pediátricas

En las cuales he presentado:

Cómo hacer una presentación en Power-Point.

Card de Crisis Asmática

Card de Cojera

Documento de consenso: recomendaciones en la utilización de ecuaciones para estimar el filtrado glomerular en niños.

Uso del sulfato de magnesio intravenoso en el asma moderado-grave.

Caso de intoxicación por ciguatera.

Impartida sesión para residentes de primer año del Hospital Francesc de Borja:

- Fiebre
- Enfermedades exantemáticas

Participación en estudio EPINE-EPPS 2014. Hospital Francesc de Borja.

R4:

Dra: MJ MARABOTTO

Dra: S. KALBOUZA:

DOCENCIA

TODO EL SERVICIO: 3 horas lectivas por persona en:

“Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría” (del 29/10/09 al 24/06/10).Acreditada por EVES con 8.3 créditos y 60 horas de duración.

OTROS

DR. SEQUI: Durante el año 2014 : 2 intervenciones de 30 minutos en el programa “magazine” de Tele 7.

ACTIVIDAD DOCENTE ENFERMERÍA PEDIATRICA 2014.

“ Iª JORNADA DE HEMOTERAPIA” impartida en el Hospital Francisco de Borja de Gandía el 8 de mayo de 2014.

Asisten las siguientes enfermeras: Rosa Mª Genis Carchano.

Carmen Cebria Artiga.

Vicenta Peiró Millet.

Luisa Lorente Mayor.

“II JORNADA CARDIOLOGICA DE LA SAFOR” celebrada en el Hospital Fco. de Borja de Gandía el 23 de mayo de 2014.

Asisten las siguientes enfermeras: Vicenta Peiró Millet.

Rosa Mª Genis Carchano.

Pura Reig Pedron.

Ana Pardo Tornero.

Amparo Mascarell Miñana.

Luisa Lorente Mayor.

“XIII JORNADAS DE VACUNAS EN LA SAFOR” celebradas el 3 de junio de 2014 en la Casa de la cultura Marques González de Quirós, organizadas por el centro de Salud Publica de Gandía.

Asisten las siguientes enfermeras: Vicenta Peiró Millet.

Rosa M^a Genis Carchano.

Carmen Cebria Artiga.

Ana Pardo Tornero.

Amparo Mascarell Miñana.

Luisa Lorente Mayor.

“XXXVII CONGRESO DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA, celebrado en Sevilla el 14,15 y 16 de mayo de 2014.

Asisten: Maribel Morant Barber y Luisa Lorente Mayor, ambas enfermeras.

“IV JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES RESPIRATORIAS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL, celebradas el 13 de junio, en Madrid en el hotel NH Eurobuilding.

Asisten: Maribel Morant Barber y Luisa Lorente Mayor, ambas enfermeras.

“ IV JORNADA INTERHOSPITALARÍA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA”, INVESTIGANDO EN CUIDADOS, impartida el 25 de junio de 2014 en el hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Asisten las siguientes enfermeras: Carmen Cebria Artiga.

Ana Pardo Tornero.

Lola Estevan Marti.

M^a Jose Magraner Bo.

Luisa Lorente Mayor.

“I^a JORNADA DE CIRUGÍA”, 22 AÑOS DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN GANDÍA, celebrada en el hospital Francisco de Borja de Gandía el 27 de junio de 2014.

Asisten: Ana Pardo Tornero y Luisa Lorente Mayor, ambas enfermeras.

“VI JORNADA DE NEFROLOGIA DE LA SAFOR” organizada e impartida por la sección de Nefrología del hospital Francisco de Borja de Gandía:

Asisten las siguientes enfermeras : Ana Pardo Tornero.
Lola Estevan Marti.
Luisa Lorente Mayor.

“ TECNICA DE RETIRADA DE INFUSORES DE QUIMIOTERAPIA”, TALLER impartido en el Hospital Francisco de Borja de Gandía, por su Unidad de Hospital de día , el 19 de noviembre de 2014, asiste la supervisora de Pediatría, Luisa Lorente Mayor.

“ ATENCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LAS ENFERMEDADES INMIGRANTES POR LA GLOBALIZACIÓN, CUIDADOS DEL AE/TCAE”, curso “ON LINE”, impartido por FAE, (Fundación para la formación y avance de enfermería). Lo realiza Teresa Garcia Figueres, auxiliar de enfermería, del 6 de junio al 6 de julio de 2014.

ANALISIS Y CAMBIOS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA 2012

Cambios organizativos:

Se ha ampliado el horario de consulta externa para las especialidades con mayor presión asistencial, ahora neuropediatría se pasa 4 días a la semana y se ha creado una consulta específica los viernes para cefaleas, lo que descarga a la de neuropediatría. Nefrología se ha ampliado a viernes además del martes fijo. Poli general y hematología se han unificado y empiezan a las 10.30h cambiando el día de la semana a miércoles y ampliando la cantidad de primeras. También se ha mantenido una CCEE de Sd Down una vez al mes (viernes) para integrar toda su asistencia multidisciplinar. Cardiología se ha fijado en 2 días con eco integrada lo que se refleja en la gran actividad con altas precoces.

Lo más importante es que se ha flexibilizado la citación de forma que se maximiza la utilización del espacio y tiempo disponible y se crean días de consulta extra en función de las necesidades para disminuir presión y lista de espera, por ejemplo en endocrino, neuropediatría y alergia, esto permite compensar las libranzas de guardia también. Asimismo se hacen tardes de Sinagys, y de OEA. Por eso han aumentado las CCEE tanto pues se aprovechan al máximo el espacio y tiempo disponible.

Se ha afianzado con el servicio de urología el remitir allí los niños mayores con problemas urológicos leves para no tenerlos que desplazar a Valencia. Lo mismo se debería hacer con la cirugía menor (ahora se remiten los frenillos linguales a ORI y también las biopsias de adenopatías).

Se ha asignado un adjunto más (el que lleva el busca de mañanas) para la sala de escolares para así disminuir la presión sobre los dos adjuntos que la llevaban y cubrir libranzas. El problema es que la asistencia a urgencias de mañana ha copado todo el tiempo de este adjunto extra y ahora no puede ayudar en sala como era la idea.

Se ha pasado la cita previa al servicio de citas para así liberar a la secretaria de esa labor y dedicarla al registro de actividad del servicio y al programa altas de la Conselleria. Rellena asimismo las fichas de la maternidad y las otoemisiones. El problema es que la compartimos mucho tiempo con medicina interna y no puede hacer toda la labor asignada. Se debería valorar la recuperación de

la cita previa para poder agilizar nuestra c externa y evitar fallos de citación o descites por enfermedad/imprevistos que son muy difíciles de otra forma. Además las madres saldrían de la consulta con su cita en mano evitando desplazamientos y errores.

Se ha cambiado el programa de altas de forma que el Kewan solo se emplea para las fichas del servicio y maternidad mientras que las altas se hacen en el programa del Hospital, tanto en urgencias como en sala, dando también la hoja informativa correspondiente al gasto. Sería deseable que se dispusiera de un programa de base de datos en C. Externa para así tener todo unificado pues desde que se utiliza el Abucasis para todo, este no permite recuperar información y hacer estadísticas. Se esta en contacto con el servicio de informática para desarrollar un programa de base de datos compatible y propio que integre el area de partos y después la maternidad de forma unificada y que se iniciara ya en paritorio para después finalizarlo el pediatra en la maternidad estando sus datos disponibles tanto para el pediatra como para el obstetra. Si esto no fuera factible se utilizara el programa Neosoft que ya se emplea en la Fe y varias maternidades de la AVS para hacer nuestros datos compatibles.

Se ha establecido la rotación de residentes de pediatría por primaria (se ha arreglado para que esta rotación, que ahora es obligatoria 3 meses, se descuenta del periodo del Hospital Clínico y se haga aquí). Se han acreditado pediatras de primaria con vocación docente a titulo individual en Beniopa para así poder relacionar más ambos centros que por su cercanía permiten intercambiar personal de forma fácil.

Se ha seguido con el control de calidad en las sesiones clínicas con encuestas de satisfacción anónimas lo que permite incidir en los fallos y mejorar las exposiciones. Ahora se hace registro escrito de todas con certificados la ponente y se deja copia en el disco duro de red para que este disponible en cualquier ordenador del servicio.

Asimismo se ha actualizado el reglamento funcional del servicio con información completa del mismo que incluye composición, horarios, personal, instalaciones y funcionamiento de adjuntos y residentes cara a que cuando exista nuevo personal(tanto adjuntos como residentes) se puedan informar de forma reglada y completa por escrito. También se ha recogido toda esta información de funcionamiento del servicio y de los residentes en una llave USB para cuando vengan los residentes darles información inmediata y completa.

Se informa de la programación de guardias por escrito con 2-4 meses de antelación cara a poder realizar los cambios necesarios por congresos y actividades de forma que la sustitución y el trabajo no se resientan mas aún ahora.

Se ha mantenido la sala con dibujos infantiles que se pintó en 2009 gracias a la colaboración de AISSA con mucho éxito según comentan los pacientes.

A nivel docente se imparten practicas de medicina a aquellos estudiantes que los solicitan (en 2014 tuvimos varios).

Se ha establecido contacto con la Universitat Internacional de Gandia (dependiente de la Universitat de Valencia) y se ha completado la certificación del curso de pediatría del servicio para convertirlo en curso postgrado para toda la Universitat desde el año 2012 para lo que se ha contactado con la cátedra de pediatría asignándose un profesor (Dr. Fdez. Delgado) y un catedrático (Dr V. Serra Serra) al proyecto.

Asimismo se ha posibilitado la participación del servicio de pediatría en la Universitat CIG para el año 2014, con un curso de urgencias infantiles que ha tenido mucho éxito y por el cual se ha interesado el ayuntamiento para hacer cursos para las escuelas de Gandia, habiéndose realizado 5 ediciones con 20 alumnos por curso con la colaboración también de AISSA.

Se ha establecido una serie de congresos obligatorios para los residentes según el siguiente esquema:

R1: lactancia materna / Congreso de Urgencias pediátricas

R2: Reanimacion CP,

R3: Asistencia trauma pediátrico,

R4: Curso de ventilación mecánica,

Además de la asistencia al congreso anual de Pediatría, Pediatría extrahospitalaria y Soc Val. De Pediatría. También se han organizado los rotatorios externos.

A nivel de dotación se ha mantenido para la escuela del hospital una pizarra electrónica, un proyector, un ordenador fijo y 4 portátiles habilitándose una red WIFI para que los niños ingresados dispongan de unas instalaciones de nivel que les permitan mantener su educación durante su ingreso. Esto motiva mucha satisfacción familiar. También se ha conseguido de la Ed. Grijalbo que se done una biblioteca infantil. Como todos los años hemos solicitado excedentes de fabricantes de juguetes para repartir entre los niños gravemente enfermos durante su estancia prolongada con nosotros teniendo una buena respuesta ([Cirkuit Planet](#)).

Para este año 2014 se ha renovado el monitor de la cama de intermedios y la compra de un aparato de potenciales auditivos automáticos con OEA. También se ha tenido que renovar el medidor de hidrogeno espirado para test de lactosa que se rompió.

Plan de necesidades

Necesitamos de forma prioritaria un refuerzo de pediatría para poder seguir asistiendo toda la labor del servicio porque vamos muy forzados lo que redundo en mala asistencia percibida y real. Además así se podría asumir la urgencia derivada de primaria por las mañanas cuando el adjunto encargado va a CCEE o libra, además de apoyar la sala cuando hay mucha presión o libra uno de sala. Este contrato podría emplearse también para cubrir las tardes de urgencias que no tuvieran residente de pediatría (de 15-22h) que sin ser la solución ideal si que mejoraría la asistencia.

Desde el año 2009 hemos ampliado los residentes a dos por año para poder mejorar la asistencia general y sobre todo la urgencia pediátrica (así se puede cubrir la mayoría de los días del mes), pero esto necesita de mas espacio para ser operativo tanto en c. externas como en urgencias (hemos conseguido al fin tener dos boxes) y tiene un tope para que no se resienta la enseñanza del residente sobre todo con la normativa referente a los r1.

Es necesario dotar bien los dos box de urgencias a pediatría para que la asistencia se pueda agilizar y es necesario que tengan apoyo de DUE y auxiliar para que el pediatra pueda funcionar de forma correcta.

Necesitamos plantear el contrato de un correturnos para poder organizar la asistencia urgente pediátrica en primaria, bien en el centro de Corea o bien en el Hospital, de forma que se pueda contar con los pediatras de primaria para organizar un turno de guardia extra y asumir todas las urgencias del departamento.

Falta renovar el aparato de cloruros en sudor que tiene mas de 30 años.

Sería interesante poner en la página WEB del Hospital Francesc de Borja los protocolos y sesiones de formación del Servicio de Pediatría para que así los pediatras de primaria (y por añadido cualquiera interesado) podrían acceder a nuestra información y manejo habitual. Cuando se estaba elaborando la WEB se les dio a los becarios toda la información pero no se ha visto reflejada en la actual WEB así que el servicio ha iniciado la construcción de una Web propia donde conste toda la información y se incluirá nuestro link cuando la pagina web del hospital funcione pero de momento ya podremos informar a pacientes y usuarios de nuestra actividad.

PROYECTOS INMEDIATOS

Mejora de la actividad investigadora con estudios a largo plazo y líneas de investigación sólidas. Ya han acabado los estudios sobre vacuna antigripal cuatrivalente con participación de Salud Pública y también un estudio sobre la pulsioximetría en la maternidad previo alta.

Somos hospital de referencia por la Conselleria para habilitar dentro del programa de screening de hipoacusia un proyecto para hacer el segundo paso con potenciales automáticos en los centros neonatales. En el año 2012 se ha realizado un estudio de la eficiencia de los últimos 10 años del programa de hipoacusias gracias a haber conseguido una beca IMPULSA por medio de FISABIO. Este estudio ha recibido el premio de Real Academia de Medicina y ha sido publicado en Anales de ORL.

Esta en fase de valoración el elaborar un CD con las sesiones docentes del año para los pediatras de primaria que no hayan podido asistir de forma presencial que servirá también para darles información a los asistentes externos al certificado de la Universitat.

Esta parado el proyecto de telesistencia desde la UCIP del Hospital Clínico para cubrir casos de cuidados intermedios y estabilizaciones pre-traslado desde la cama 319. Se podría reactivar con el nuevo hospital y sus mejoras informáticas.

Se van a organizar cara a los residentes seminarios prácticos obligatorios que cubrirán:

R1: seminario sobre manejo de fórmulas lácteas y seminario sobre el manejo de líquidos y electrolitos

R2: seminario sobre RCP

R3: seminario sobre ventilación asistida.

Es absolutamente necesario redefinir la asistencia pediátrica de urgencias sobre todo en conceptos como el horario de atención de adjuntos y residentes, las atribuciones del servicio de urgencias, su implicación en la asistencia pediátrica, su apoyo a pediatría en situaciones de enfermos complicados en sala o neonatos y muchos otros aspectos que necesitan un acuerdo global.

ANEXOS:

ACERCA DE LA OPORTUNIDAD QUE OFRECE LA APERTURA DEL NUEVO HOSPITAL PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL.

El área materno infantil de un hospital es crucial para la percepción del usuario sobre la asistencia sanitaria de su área. En nuestra área la percepción actual es mala por dos motivos:

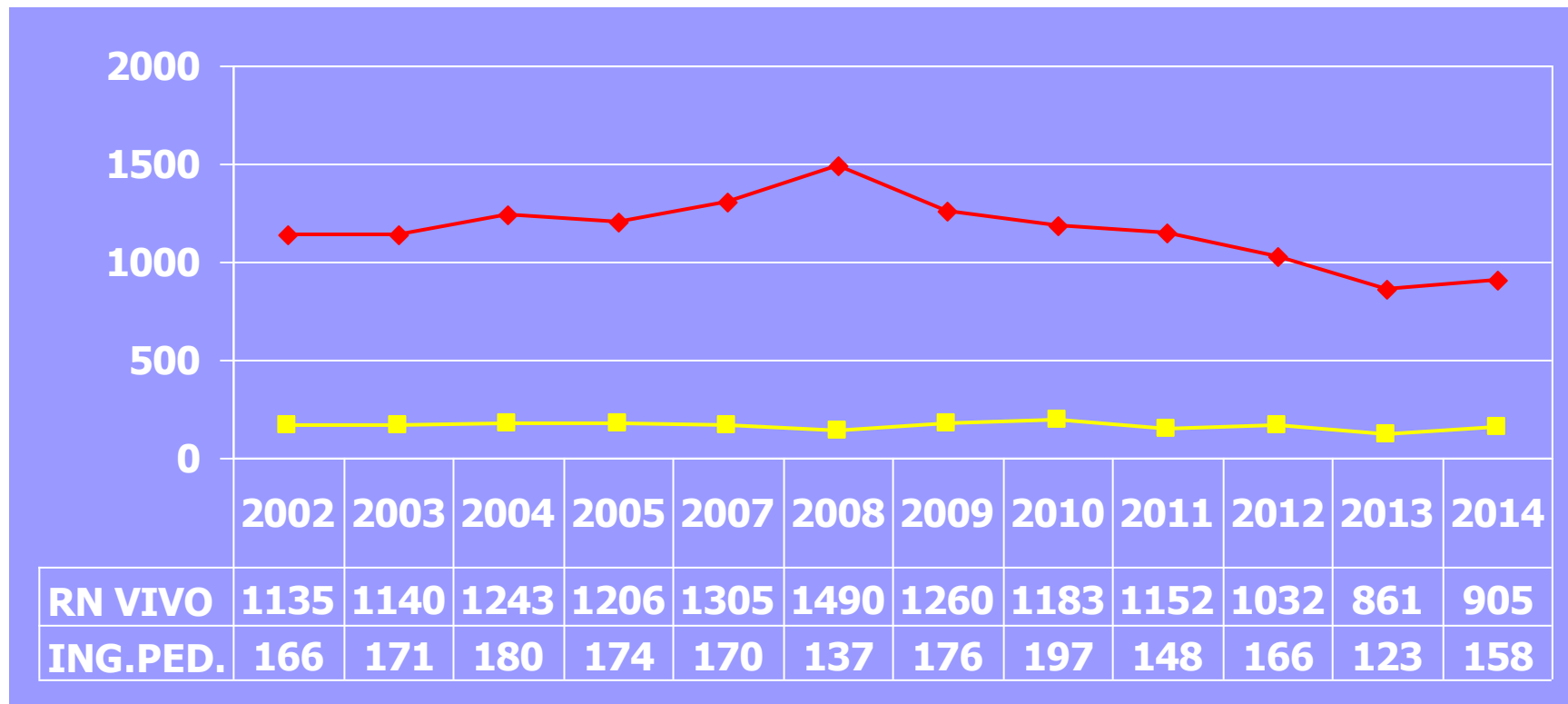
- En el área de maternidad las habitaciones no son individuales y no se ofrece anestesia epidural las 24h./365 días.
- En el área de Urgencias los pacientes pediátricos no son valorados todos por pediatra de forma inicial puesto solo hay uno de guardia para todas las áreas (maternidad, paritorio, sala escolares y neonatos).

Las consecuencias de esto son una fuga de pacientes enorme hacia áreas limítrofes, mejor dotadas en este aspecto que nosotros, esto genera un importante gasto extra que se debe compensar, lo que justifica la mejora de estas áreas en aras de aprovechar mejor los recursos y mejorar al tiempo la percepción de la comunidad sobre nuestro hospital y la asistencia pediátrica.

Analizando por partes:

1.- Respecto al área de maternidad:

La actividad de forma histórica es la siguiente.



Se cifra en 400 partos lo que se fuga del área que debería nacer aquí, puesto que estos partos son controlados por el servicio de obstetricia, pero no dan a luz aquí sino en Alzira/Denia, esto genera un coste de compensación cifrado en 800.000 euros anuales, los motivos ya están expuestos y su mejora traería más actividad a la maternidad y por ende a la zona de neonatos, puesto que alrededor de un 9 % de nacidos aquí requieren ingreso neonatal , también aumentaría la actividad de consultas externas puesto que un 21% de niños se derivan a ella como se ve en los siguientes gráficos.

Los datos del 2013 eran francamente preocupantes puesto que no llegamos a los 900 recién nacidos. Esto podía poner en peligro nuestra acreditación docente, puesto que una de las condiciones para tener dos residentes es que hayan 1.000 recién nacidos. Esto implicaría un retroceso severo en el funcionamiento del servicio que también causaría seguro problemas asistenciales, dada la poca plantilla que tenemos. Gracias a la mejor asistencia obstétrica y la mayor tasa de epidural este año hemos subido un poco el número de partos a 905 pero aún es insuficiente. Es previsible que con el nuevo hospital recuperemos la cifra minima de 1.000 partos

Además es totalmente necesario que los Recién nacidos (RN) de la maternidad consten como ingreso a todos los efectos (cosa normal puesto que se abre SIP y están ingresados) y se abran historia digital lo que permitiría hacer un informe al alta que se podría entregar a cada recién nacido. Además se podría modificar el informe para añadir los consejos habituales de manejo del recién nacido (como ya se hace en La Ribera y La Fe) así como citas a CCEE u otras recomendaciones. Por otra parte solucionaría el problema que tenemos con las hojas de la huella del RN y de la madre que contienen asimismo los tratamientos, vacunas, exploraciones y atenciones dadas al RN y que es imprescindible conservar cara a temas judiciales presentes o futuros. Abriendo historia al RN podemos digitalizar todos estos documentos que ahora están en cajas almacenados en el servicio de pediatría y que se acabarían destruyendo algún día. Una nueva opción es hacerlo a través de Orion pero habrá que ver que tal funciona.

2.- Acerca del área de urgencias y hospitalización:

El coste de los niños de nuestra área asistidos en los años 2011 y 2012 en las áreas vecinas es de:

Totales	derivación pediátrica 2011-2012		
	Global	Alzira	Denia
c externas	73.733,78	65.525,99	8.207,79
urgencias	163.950,84	144.235,08	19.715,76
rx	11.411,12	10.379,23	1.031,89
hospital	350.809,18	221.333,53	129.475,65
partos			
totales	599.904,92	441.474	158.431

Esta asistencia representa un gasto importantísimo que seguro disminuiría si el hospital de Gandia contara con los mismos medios o similares respecto a personal y espacio.

Fundamentalmente los pacientes se quejan de que la atención en urgencias es mejor (por eso es un volumen muy importante de pacientes), esto se debe a que en Alzira existe un residente de pediatría de guardia acompañado siempre de un pediatra de primaria y otro de hospital además del medico de familia que rota por pediatría. Como se puede ver nada parecido a nuestra situación con un solo pediatra para todas las áreas acompañado en 2/3 de ocasiones de residente de pediatría.

Esto es fácilmente mejorable si se habilita que los pediatras de primaria de toda el área hicieran guardias en la puerta de hospital (saldrían a una o dos guardias al mes lo que hace fácil su libranza posterior) acompañado de un pediatra de hospital (que

descarga además al de primaria de los casos graves y los neonatos problemáticos si existen, así como de la asistencia a paritorio) permitiendo una atención sin demoras y de alto nivel.

Esto además permitiría tener, la mayoría de los días, un residente de pediatría porque siempre habría un adjunto en la puerta que podría firmar a los r1 y así estos no irían pegados al r2 por lo que se cubrirían más días con residente multiplicando la mejoría conseguida.

Todo ello permitiría crear la unidad de urgencias pediátricas en el nuevo hospital, aprovechando el espacio que ya está previsto (como la zona de observación), con un mayor contenido y una mejor asistencia puesto que todos los niños serían valorados por pediatra que es lo que demanda la población.

Otro enfoque podría ser contratar un pediatra de urgencias que cubra las mañanas y haga guardias doblando (a cargo de un hueco de urgencias dado que las urgencias pediátricas representan casi el 20% del total), lo que permitiría asociarle un r1 y mejorar la asistencia parcialmente. El coste de esta propuesta (3.658 euros/mes) se compensaría con creces con el ahorro esperado de la mejor asistencia (el gasto en urgencias es de 164.000 euros x 2 años).

El aspecto de hospitalización también se podría mejorar mucho si hacemos habitaciones individuales con cama de acompañante (sin desinstalar tomas de oxígeno ni otros aparatos para poder convertirlas en habitaciones de dos camas en epidemias) y se publicita así cara al nuevo hospital. Actualmente ya se reparten los niños así, pero con frecuencia se doblan los pacientes dadas las pocas camas que tenemos (muchas veces medicina interna ocupa 4 nuestras para quitar camas C). Si se mantienen esas 4 camas dentro de pediatría se podría fácilmente publicitar que la mayoría de las ocasiones los niños irían a habitaciones individuales y además subiría nuestra ocupación media. Se podría mantener siempre una o dos habitaciones con dos camas para intervenciones o ingresos cortos tipo ORL.

Respecto a c. externas (con un gasto generado de 74.000 euros / bianual) es más difícil mejorar porque no tenemos espacio ni personal (Alzira tiene 13 pediatras de plantilla y creo que Denia tiene ahora 9). Nosotros deberíamos reforzar la plantilla con un neuropediatra más y darle espacio con una consulta más de las que tenemos que se podría aprovechar para otras c. externas masificadas y así bajaríamos la lista de espera y la gente no fugaría a los vecinos.

En el estudio que se publicó hace un par de años sobre los comarcales se puede ver que tenemos una de las ratios más altas de todos (Orihuela y Torrevieja se han descargado con el nuevo de Elche). Así es difícil mejorar pero aún así hemos subido en C externas los últimos años.

HOSPITAL	SIP total (SIP<15 años)	Nº pediatras (edad media)	Ratio SIP<15 años /nº pediatras
ALICANTE			
ALCOY	142.758 (21.201)	7 (46,0 años)	3.028
DENIA	181.759 (27.326)	8 (46,3 años)	3.415
ELDA	222.481 (35.086)	10 (+ 1) (50,9 años)	3.189
ORIHUELA	169.620 (30.196)	10 (43,1 años)	2.745
TORREVIEJA	196.124 (27.858)	7 (32,3 años)	3.980
VILA JOISA	202.889 (29.303)	9 (44,5 años)	3.255
CASTELLÓN			
VILA-REAL	194.213 (31.785)	8 (42,2 años)	3.973
VINARÓS	96.967 (14.510)	5 (+ 1) (45,3 años)	2.418
VALENCIA			
ALZIRA	270.489 (41.380)	13 (39,5 años)	3.183

GANDÍA	193.917 (30.313)	8 (47,3 años)	3.789
MANISES	155.847 (25.195)	8 (33,5 años)	3.149
ONTINYENT	60.570 (9.255)	6 (40,8 años)	1.542
REQUENA	55.181 (7.595)	5 (49,4 años)	1.519
SAGUNTO	154.733 (23.135)	7 (46,5 años)	3.305
XÁTIVA	147.561 (22.547)	8 (48,3 años)	2.818

Conclusiones:

Creo que la apertura del nuevo hospital es una oportunidad única para situar la asistencia materno infantil en el nivel que la población exige y la crisis económica no debería justificar que se abriera en condiciones iguales o peores a las que tenemos actualmente. Esta acción decidida debería derivar en la resolución de todos estos problemas expuestos, fáciles de solucionar, con un coste mínimo y un ahorro inmediato que compensa con creces la inversión, puesto que entre la asistencia pediátrica y los partos que se fugan, se pagan a los hospitales vecinos **más de un millón de euros anuales**.

Acerca de la problemática de la asistencia urgente tal y como esta programada ahora:

Ante los múltiples problemas asistenciales que se generan en el área de urgencias por la atención heterogénea de los niños que allí acuden y a petición del Jefe de Servicio de Urgencias que requiere una programación estable y anticipada de los turnos de guardia tanto de adjuntos como de residentes; ambos servicios, pediatría y urgencias, han acordado lo siguiente:

1.- Todo niño que entre por urgencias será responsabilidad del Servicio de Urgencias.

Abundando en el espíritu de colaboración que siempre ha caracterizado al servicio de pediatría, esta afirmación queda matizada en los casos de niños menores de 3 meses y niños derivados con p-10 por pediatras de primaria, en cuyo caso la asistencia será directamente asignada al pediatra de guardia. Lo mismo sucede con los criterios clínicos de llamada directa al pediatra que desde hace años rigen en la atención de urgencias.

En todos los otros casos en pediatra actuará tras interconsulta escrita, vía el programa de alta hospitalaria, del médico de familia de guardia como se hace con las otras especialidades y NO vía telefónica como hasta ahora (sin menoscabo de cualquier consulta puntual que se quiera hacer al pediatra que sí será telefónica, por ejemplo dosis, exploraciones complementarias y otras opiniones)

2.- Los residentes de pediatría tendrán su propia rueda de guardias, independiente de la de urgencias, y estarán bajo supervisión del pediatra de guardia.

La organización de la rueda la harán los tutores docentes cumpliendo la normativa escrita al respecto y la distribución de festivos, sábados, viernes y demás días que corresponde. Se tendrá especial cuidado en el cumplimiento del número total de guardias de cada residente, así como del número de festivos según las directrices de la gerencia y la comisión de docencia.

La asignación de responsabilidades a los residentes se hará en función del aprendizaje del residente, tras valoración por los tutores docentes y el resto de adjuntos del servicio siguiendo la guía formativa.

3.- Los residentes de familia tendrán su propia rueda de guardias gestionada por el jefe de urgencias y los tutores docentes de urgencias.

Durante su guardia tendrán que asistir niños, como lo hacen con el resto de pacientes, según asignación del adjunto de urgencias responsable de ellos. Las consultas iniciales de las dudas que genere su asistencia se realizarán al adjunto de guardia quien valorará la realización de la interconsulta escrita al pediatra si fuera incapaz de resolver la situación. Esto permitirá llenar una laguna asistencial importante en los residentes de familia que de la forma actual apenas ven niños y acaban con una formación deficiente en pediatría.

4.- Todo lo anteriormente referido se hace sin dejar de insistir en que la solución definitiva al problema de la asistencia pediátrica pasa por crear un turno de urgencias pediátricas que vería a todos los niños que entraran por urgencias y que se podría cubrir con pediatras de primaria del área.

Esta sería la solución a la fuga de pacientes a áreas limítrofes mejor dotadas (Alzira...), a la formación correcta del residentes de pediatría incluidos los r1 y a la demanda de la población que exige ser visto por pediatra desde el principio. Esa dirección ya tiene un amplio escrito a este respecto del servicio de pediatría donde se demuestra su impacto económico y asistencial con una mejora inmediata que es vital para la supervivencia del servicio de pediatría y su capacidad docente. Insistimos pues en esta línea que se debería valorar cara al nuevo hospital.