

MEMORIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA 2013

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

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

Hospital Francesc de Borja

DEBILIDADES

- Desmotivación x sobrecarga
- Hospital antiguo y pequeño
- Dotación insuficiente en material y personal
- Rigidez normativa para pediatras y pacientes
- Solo un pediatra x especialidad
- Movilidad del personal facultativo
 - Solo 4 pediatras residen en el área.
 - Solo 2 pediatras fijos.

AMENAZAS

- Presión asistencial alta con picos que desbordan.
- Atención primaria masificada y poco resolutive.
- Sobrecarga estacional por desplazados
- Sobrecarga urgencias/C. Externa por inmigrantes y población marginal.
- Hospitales vecinos mejor dotados

FORTALEZAS

- Facultativos jóvenes (<50 años)
- Formación excelente
- MIR de pediatría x 2 y familia
- Enfermería formada y con mucha voluntad
- Buen apoyo de servicios complementarios
- Primaria con formación MIR

OPORTUNIDADES

- Nuevo Hospital en proyecto
- Maternidad con epidural y hab. individual
- Integración de toda la Pediatría del Departamento
- Asistencia pediátrica urgente fácilmente mejorable con la primaria

Matriz DAFO: Actividad

DEBILIDADES <ul style="list-style-type: none">• 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 <ul style="list-style-type: none">• 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 <ul style="list-style-type: none">• Disminución de las Urgencias.• Disminución maternidad• Baja ocupación media.• Aumento de c ext y lista espera	OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none">• Mantener la actividad con adecuada docencia.• Mantener y estabilizar plantilla.

Matriz DAFO: Estrategias

F

D

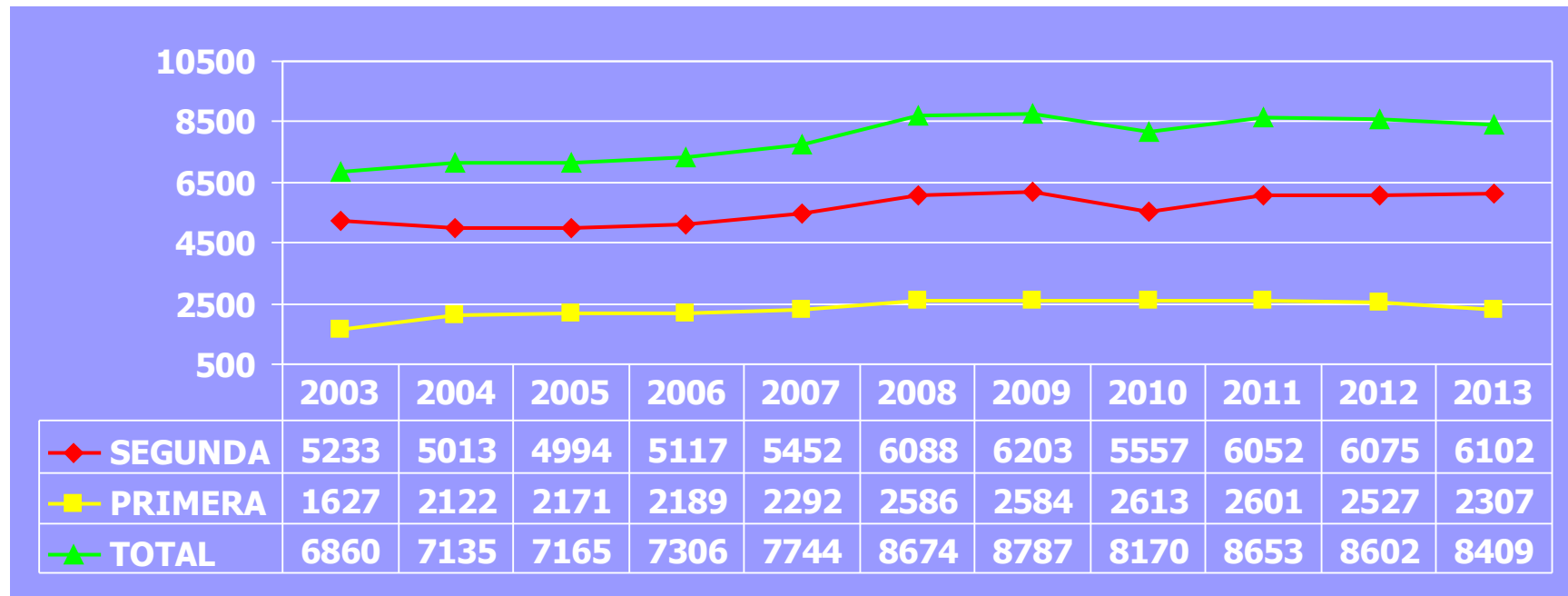
ESTRATEGIA OFENSIVA <ul style="list-style-type: none">• Mejorar atención pediátrica en urgencias• Integrar a atención primaria en el Hospital• Habitación individual cómoda.• Mejorar lactancia materna• Maternidad con epidural.	ESTRATEGIA DE MEJORA <ul style="list-style-type: none">• Recuperar Autoestima 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 <ul style="list-style-type: none">• Aumentar la actividad general• Mejorar distribución de personal• Flexibilidad organizativa	ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA <ul style="list-style-type: none">• Mantener la actividad con adecuada docencia.• Mantener plantilla.

O

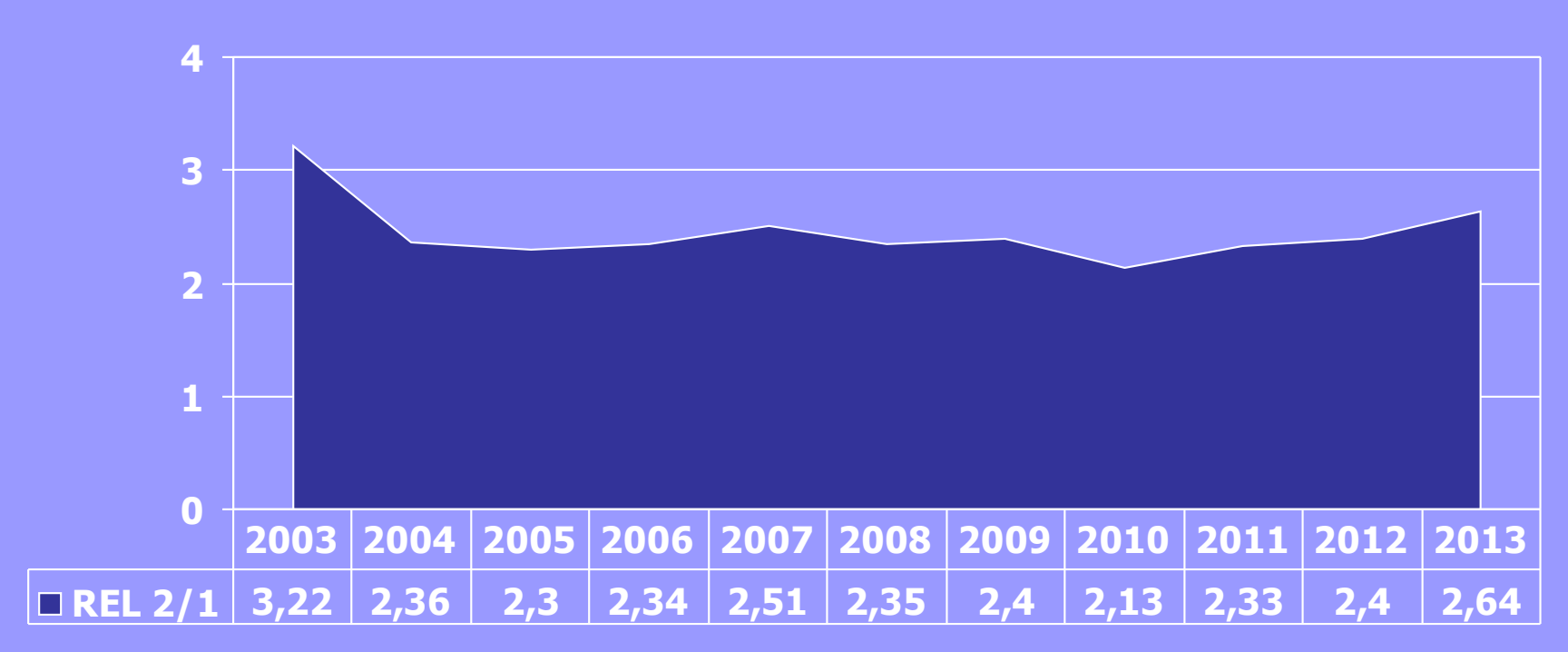
A

CONSULTAS EXTERNAS

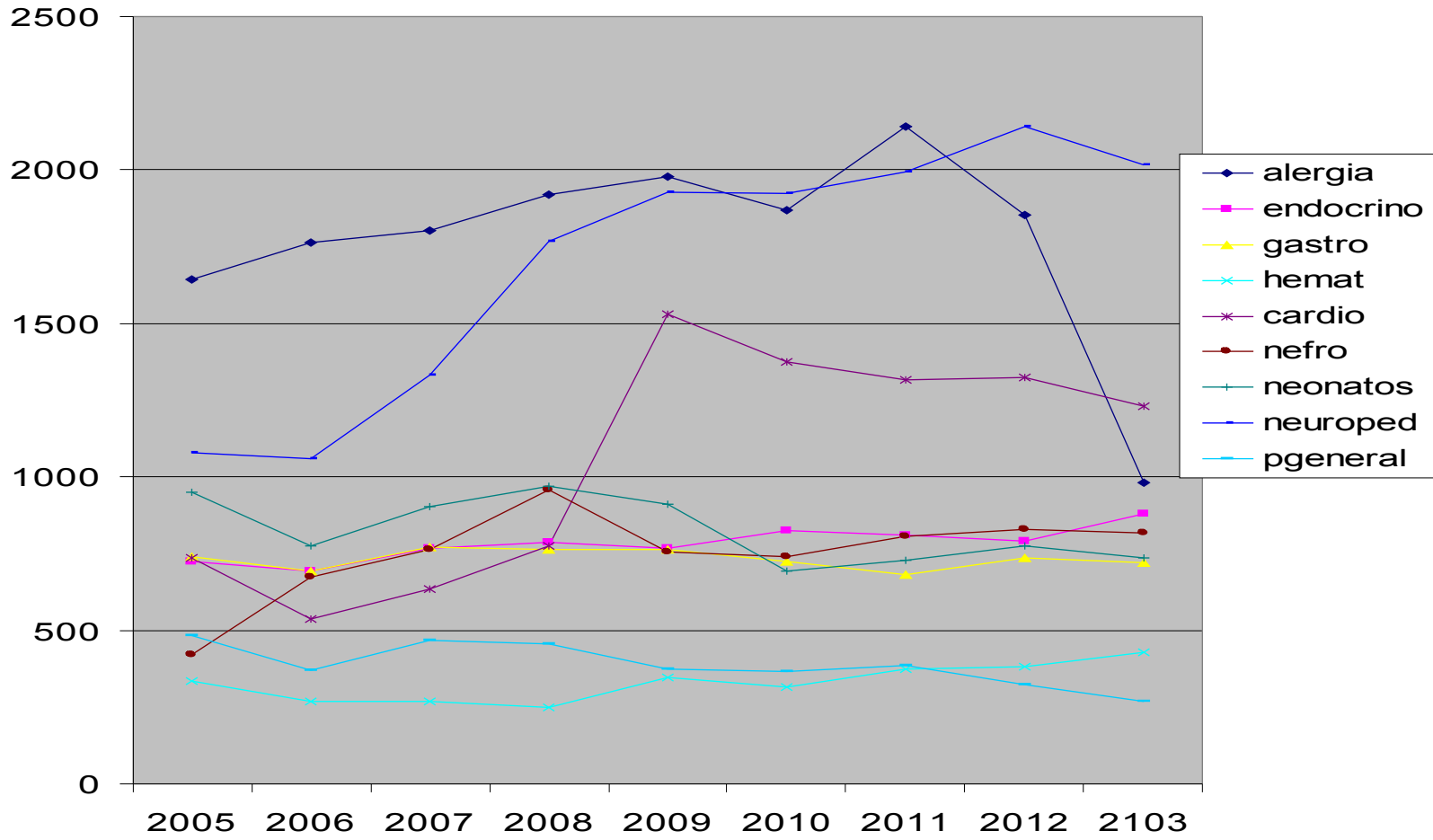
Esta es una de las áreas de mayor presión. A pesar de continuar creciendo los últimos años hemos llegado a nuestro tope con el mismo personal (incluidas algunas bajas prolongadas este año) y espacio. Tenemos una lista de espera que ronda el mes en la mayoría de consultas, solo neuropediatría esta desbordada necesitándose un refuerzo creandose este año una consulta de cefaleas, por lo que se atiende ahora la demanda de primeras de forma 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.



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.



C EXTERNAS



Por especialidades: se puede apreciar que la especialidad con más consultas es neuroped y aun así tiene mas lista de espera. Esta supera a alergia que ha sufrido un leve descenso 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 neuropediatria , 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.

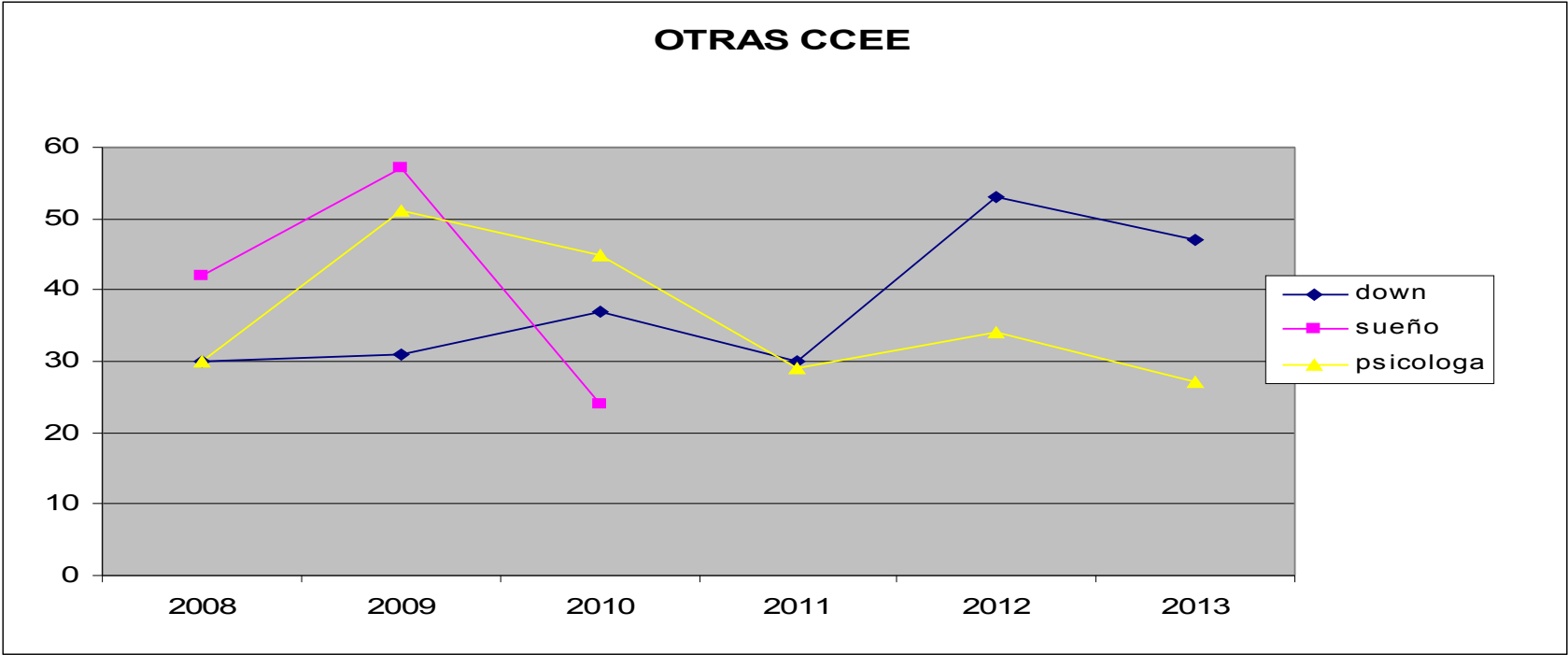


TABLA DE CONSULTAS POR ESPECIALIDAD

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

gastro	2005	2006	207	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	184	177	196	181	195	239	188	202	203
segunda	556	518	575	581	568	486	458	517	497
prim prefer	0	0	0	0	0	0	19	12	5
seg prefer	0	0	0	2	0	0	15	6	15
total	740	695	771	764	763	725	680	737	720
SIN CITA%			4,5	3	3,7	2,9	5,00	2,44	2,78
NO REALIZADAS			12,6	14,5	14,9	16,14	10,59	14,25	14,72
no realizadas num							72	105	106
hemat	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	106	70	73	90	131	133	116	159	219
segunda	230	197	194	158	215	182	238	197	197
prim prefer	0	0	0	0	0	0	5	14	2
seg prefer	0	0	0	0	0	0	14	12	9
total	336	267	267	248	346	315	373	382	427
SIN CITA%			9,3	3,6	5,8	3,17	5,09	6,81	2,58
NO REALIZADAS			5	9,8	8,2	5,4	4,56	4,45	4,68
no realizadas num							17	17	20
cardio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	287	157	168	241	208	256	203	328	252
segunda	449	382	424	414	399	277	388	325	319

prim prefer	0	0	15	1	0	0	41	16	8
seg prefer	0	0	29	96	243	199	42	16	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
SIN CITA%			7,1	17,7	8	9,97	6,30	2,42	1,46
NO REALIZADAS			12,6	11,5	12	10,79	5,39	10,57	3,41
no realizadas num							71	140	42
nefro	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	97	146	153	175	143	170	151	146	146
segunda	302	525	610	781	613	570	618	634	643
prim prefer	22	2	0	0	0		4	5	3
seg prefer	1	0	0	0	0		33	43	25
total	422	673	763	956	756	740	806	828	817
SIN CITA%			6,2	3	2,6	4,59	4,59	5,80	3,43
NO REALIZADAS			11,3	11,4	12	14,19	8,68	10,14	10,77
no realizadas num							70	84	88
neonatos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	288	213	291	310	292	251	219	225	193
segunda	661	562	613	652	619	443	467	525	523
prim prefer	0	0	0	0	0	0	25	9	7
seg prefer	0	0	0	8	0	0	16	17	14

total	949	775	904	970	911	694	727	776	737
SIN CITA%			6,3	4,5	3,5	5,19	5,64	3,35	2,85
NO REALIZADAS			11	9,7	9,4	9,51	7,84	9,66	9,50
no realizadas num							57	75	70
neuoped	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	200	177	476	560	629	513	526	509	457
segunda	653	592	854	1124	1201	1275	1327	1455	1485
prim prefer	115	180	0	1	64	135	33	11	2
seg prefer	112	109	0	81	33	0	109	167	73
total	1080	1058	1330	1766	1927	1923	1995	2142	2017
SIN CITA%			6,2	5,4	4,1	5,88	7,12	8,31	3,72
NO REALIZADAS			16,2	13,7	14,7	16,59	13,58	14,38	14,48
no realizadas num							271	308	292
pgeneral	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	246	211	257	243	247	246	236	236	175
segunda	236	159	211	213	125	116	122	75	87
prim prefer	0	0	0	0	0	3	12	10	2
seg prefer	0	0	0	0	0	0	16	1	4
total	482	370	468	456	372	365	386	322	268
SIN CITA%			6,9	3,1	2,9	8,22	7,25	3,42	2,24
NO REALIZADAS			10,3	10,8	9,7	10,68	11,92	12,42	12,69
no realizadas num							46	40	34

psicologa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera	7	20	13	23	24	26	14	18	19
segunda	18	27	18	7	27	19	12	16	8
prim prefer	0	0	0	0			3		0
seg prefer	0	0	0	0			0		0
total	25	47	31	30	51	45	29	34	27
SIN CITA%			11,1	5,7	1,8	0	10,34	0,00	0,00
NO REALIZADAS			13,9	14,3	8,9	2,2	27,59	14,71	22,22
no realizadas num							8	5	6
down	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
primera				24	4	4	0	1	0
segunda				6	27	33	23	46	39
prim prefer				0			0	0	3
seg prefer				0			7	6	5
total				30	31	37	30	53	47
SIN CITA%				0	2,7	10,81	23,33	11,32	17,02
NO REALIZADAS				11,8	16,2	16,22	23,33	18,87	2,13
no realizadas num							7	10	1

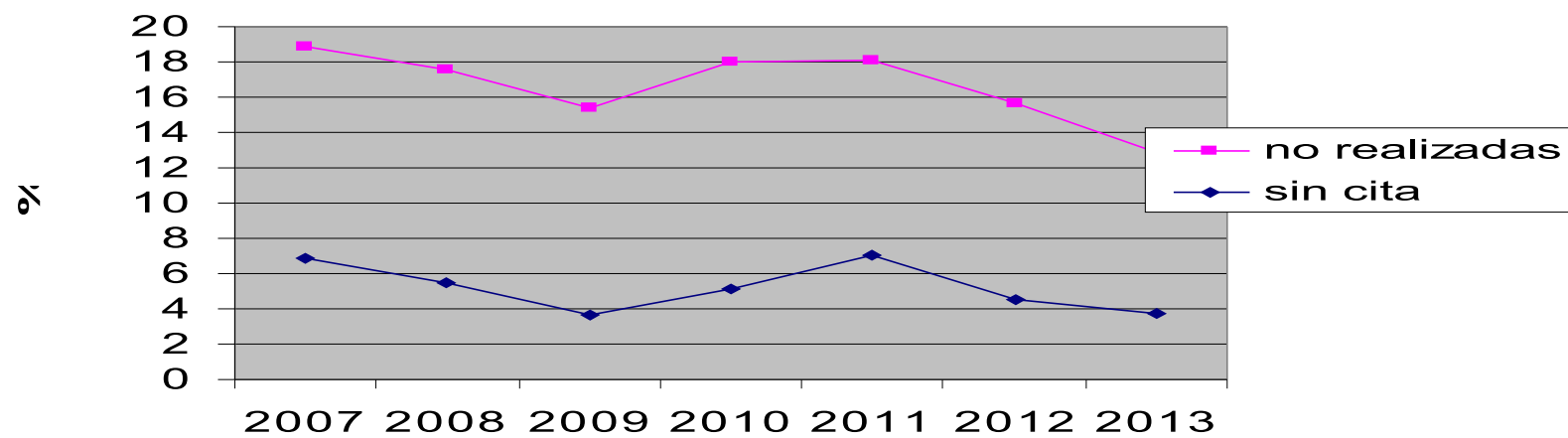
FALLOS EN CONSULTAS

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

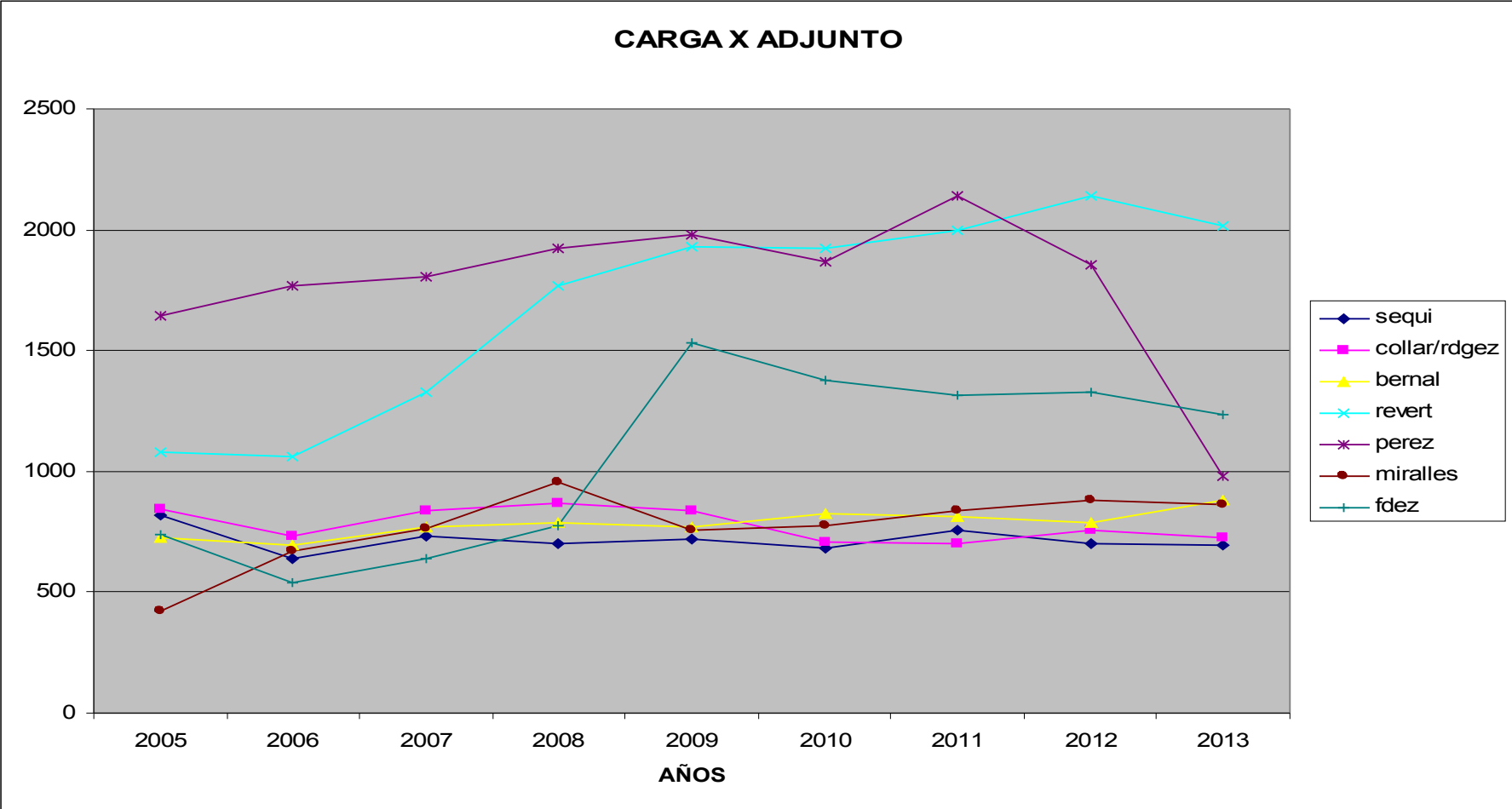
A destacar que aproximadamente el 9.12 % de las citas no se realizan (en 2012 :11%), resulta sangrante el caso de neuropediatría con un 14% cuando es la especialidad que mas presión tiene, también gastro tiene estos porcentajes, por la otra parte hemos disminuido mucho los no realizados de endocrino y cardio (pasan de cifras superiores > 10% al 3% este año gracias probablemente a un cambio de facultativos en esas área.

Un 3.74 % de consultas son sin cita previa (mucho menos que el año pasado : 4.5%).

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.



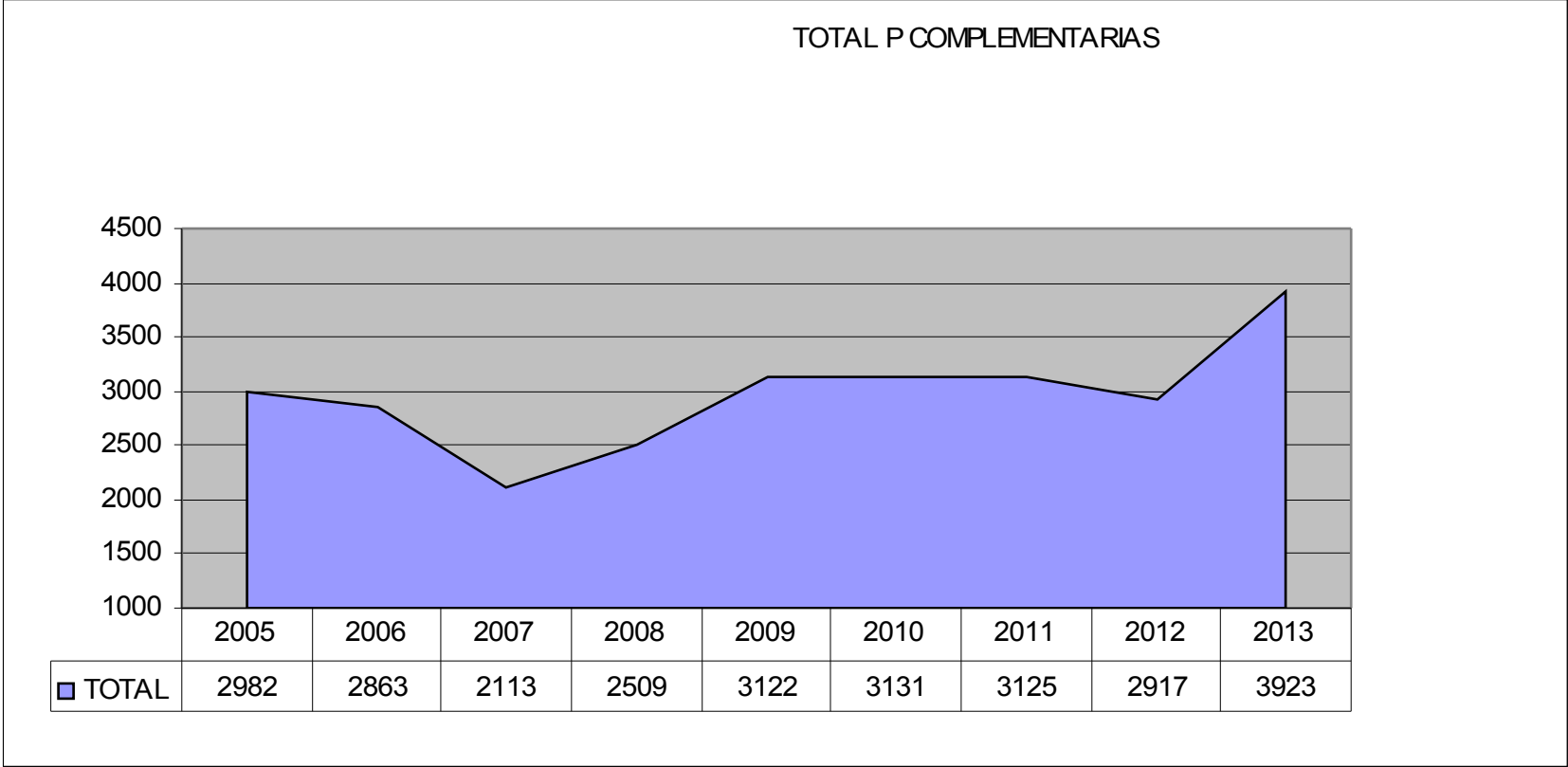
Pruebas complementarias:

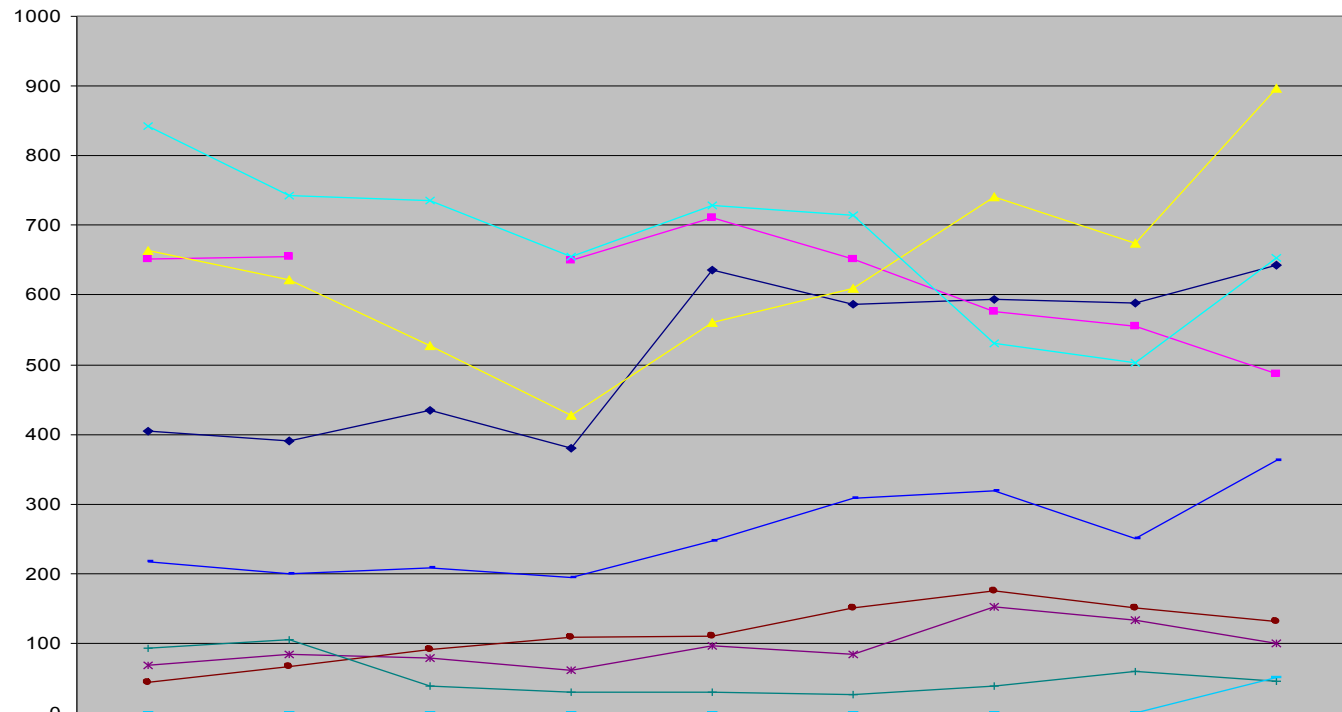
CCEE. PEDIATRIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CON TIEMPO MEDICO	TOTAL					
1ª VISITAS 1.1	2225	2665	2552	2758	2336	2147
SUCESIVAS 2.2	4857	5485	4960	5600	5641	5721
ECOCARDIOS	380	636	587	594	589	475
PRUEBAS DE ALERGIA	428	561	609	740	675	669
ESPIROMETRIA	655	729	715	530	502	598
PROVOC. MEDICAMENTOS	40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

HISTORICO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS COMPL	ADMISION									
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ECOCARDIO		404	390	434	380	636	587	594	589	642
ECG		651	655		650	711	651	577	556	486
PRICK		663	621	528	428	561	609	740	675	897
ESPIROMETRIA		842	742	735	655	729	715	530	502	654
PROVOCACION med		69	84	79	62	97	84	152	133	100
PROVOCACION ALIM										603
LACTOSA/FRUCT		44	67	91	109	111	150	176	151	132
SUDOR		92	105	38	30	30	27	38	60	46
OEA		217	199	208	195	247	308	318	251	363
TOTAL		2982	2863	2113	2509	3122	3131	3125	2917	3923

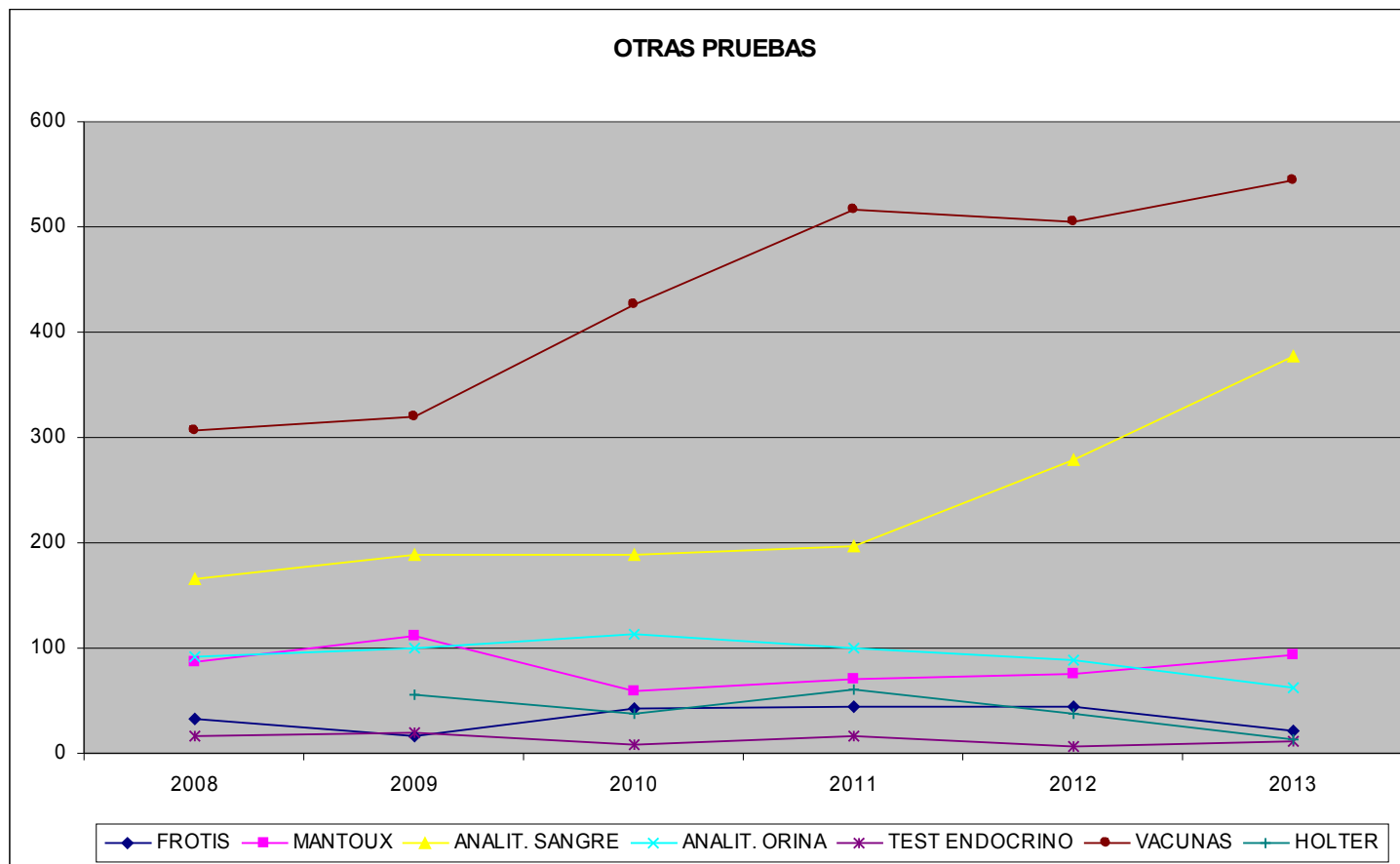
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN CCEE





	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ECOCARDIO	404	390	434	380	636	587	594	589	642
ECG	651	655		650	711	651	577	556	486
PRICK	663	621	528	428	561	609	740	675	897
ESPIROMETRIA	842	742	735	655	729	715	530	502	654
PROVOCACION med	69	84	79	62	97	84	152	133	100
LACTOSA/FRUCT	44	67	91	109	111	150	176	151	132
SUDOR	92	105	38	30	30	27	38	60	46
OEA	217	199	208	195	247	308	318	251	363
PROVOCACION ALIM	0	0	0	0	0	0	0	0	50

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	

Comentario:

El número total de urgencias de niños de 0-14 años (11870) ha aumentado un poco respecto al año anterior (11554) 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 32 atenciones al día de las cuales sólo un 20% son traumatológicas como demuestran estudios recientes de La Fe y nuestros propios registros. Sería muy interesante conocer las asistencias que realizan nuestros hospitales vecinos de niños de nuestra área para valorar si tienen influencia en el descenso de asistencias.

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 médico) 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 último censo) lo que implica que la población tiene mucha tendencia a frecuentar el hospital, siendo el 85% de las veces motivos no urgentes.

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 esté 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 boxes 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 está 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:

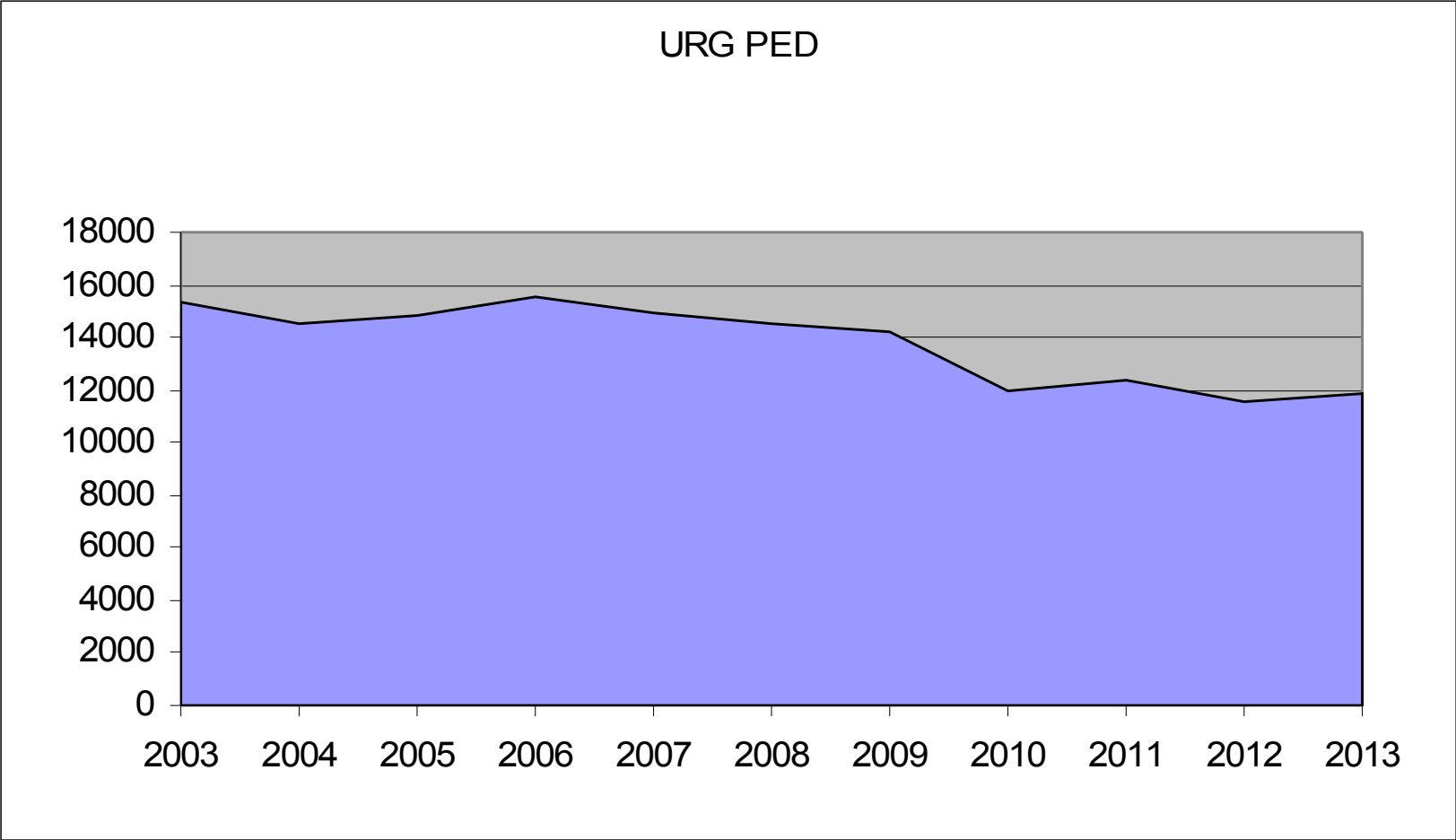
Somos 8 pediatras de hospital (contándome a mi también) y se admiten un máximo de 36 guardias por año y persona para que no se generen días adicionales por exceso de guardias (1/3). Eso hace 3 guardias por mes y persona. Según esto 3×8 pediatras = 24 días cubiertos sobre 31 x mes o también 36×8 pediatras = 288 días sobre 365 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:

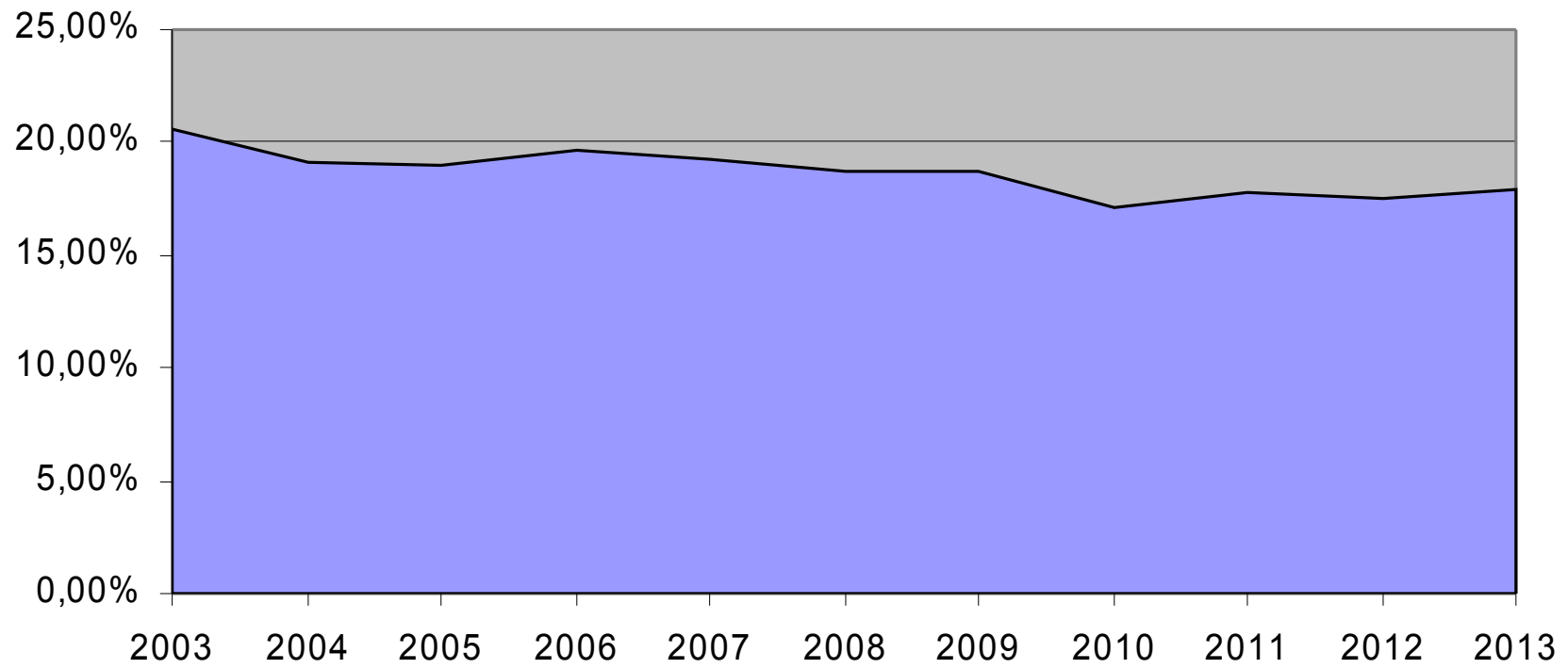
- 1.- Contrato de guardias de pediatría: NO HAY PEDIATRAS QUE QUIERAN.
- 2.- Ampliar plantilla a 10 pediatras : SOLUCIÓN PERFECTA PERO AHORA INVIABLE ECONOMICAMENTE
- 3.- Utilizar los múltiples pediatras de primaria que NO hacen ninguna guardia y tienen la misma formación: NO todos pueden o quieren pero 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.

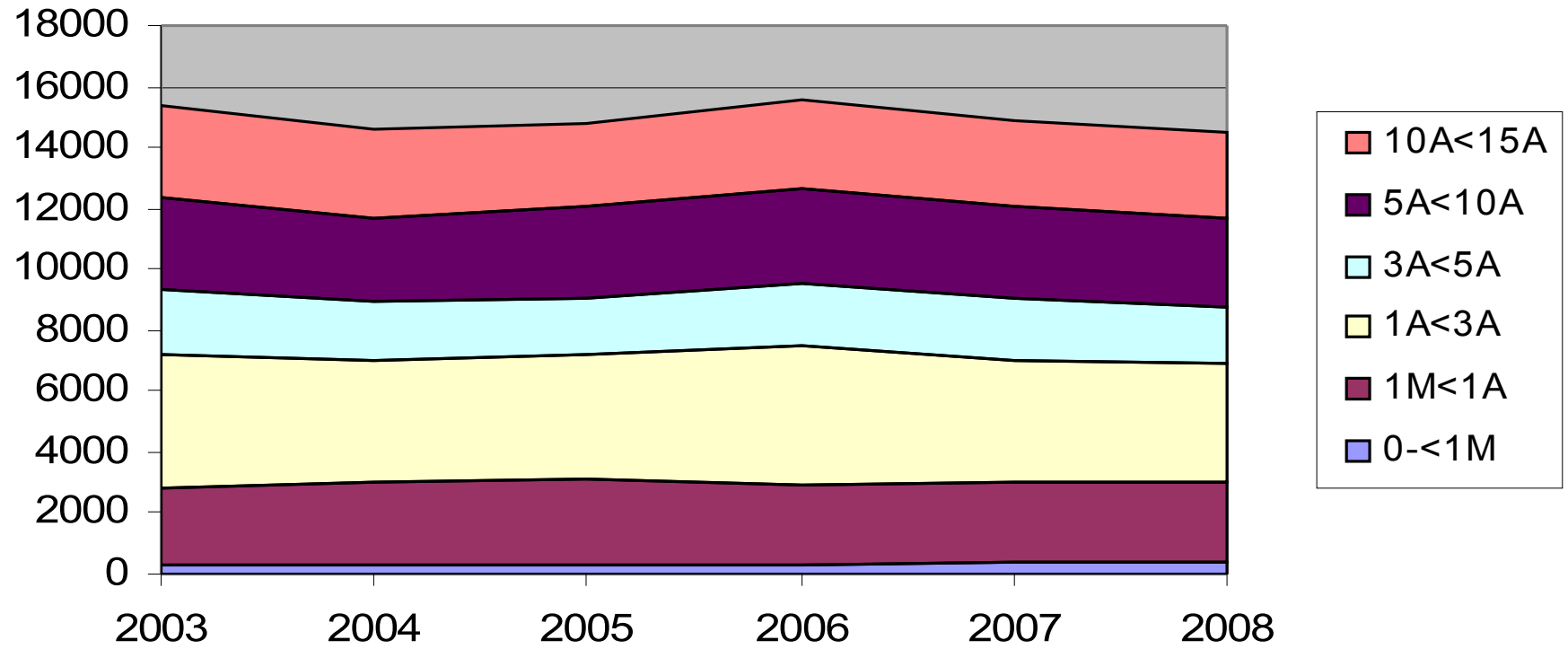
ACTIVIDAD URGENCIAS 0-15 AÑOS



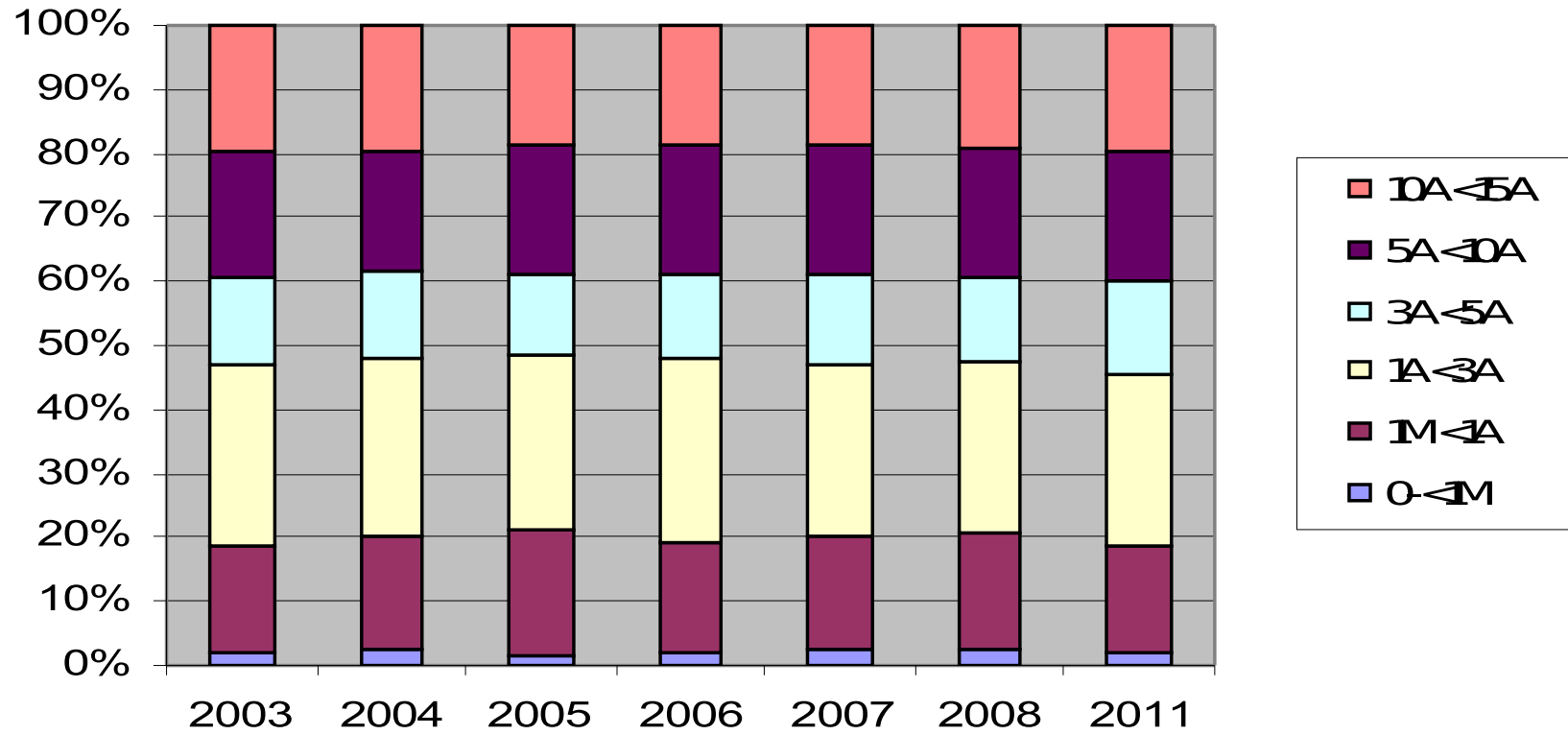
PROPORCIÓN PED



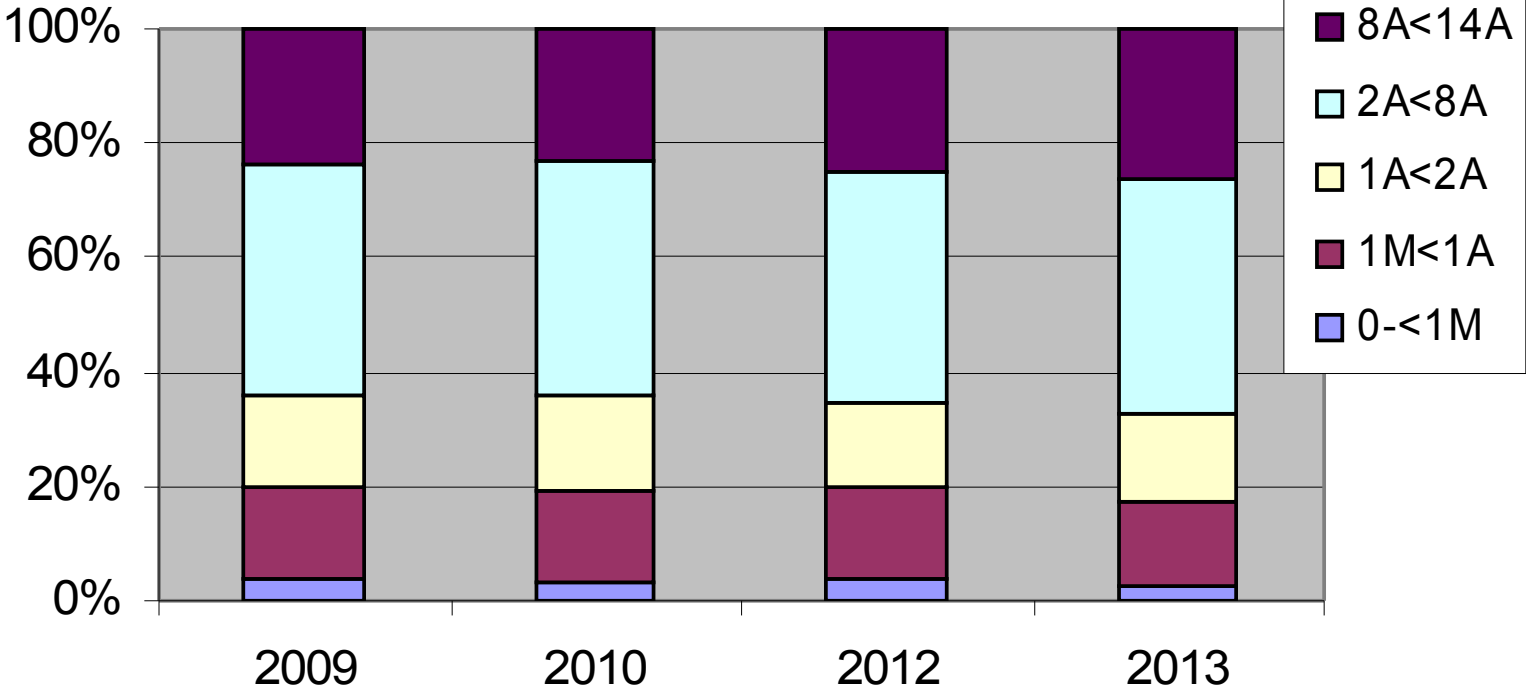
Urgencias por edad



Urgencias por edad



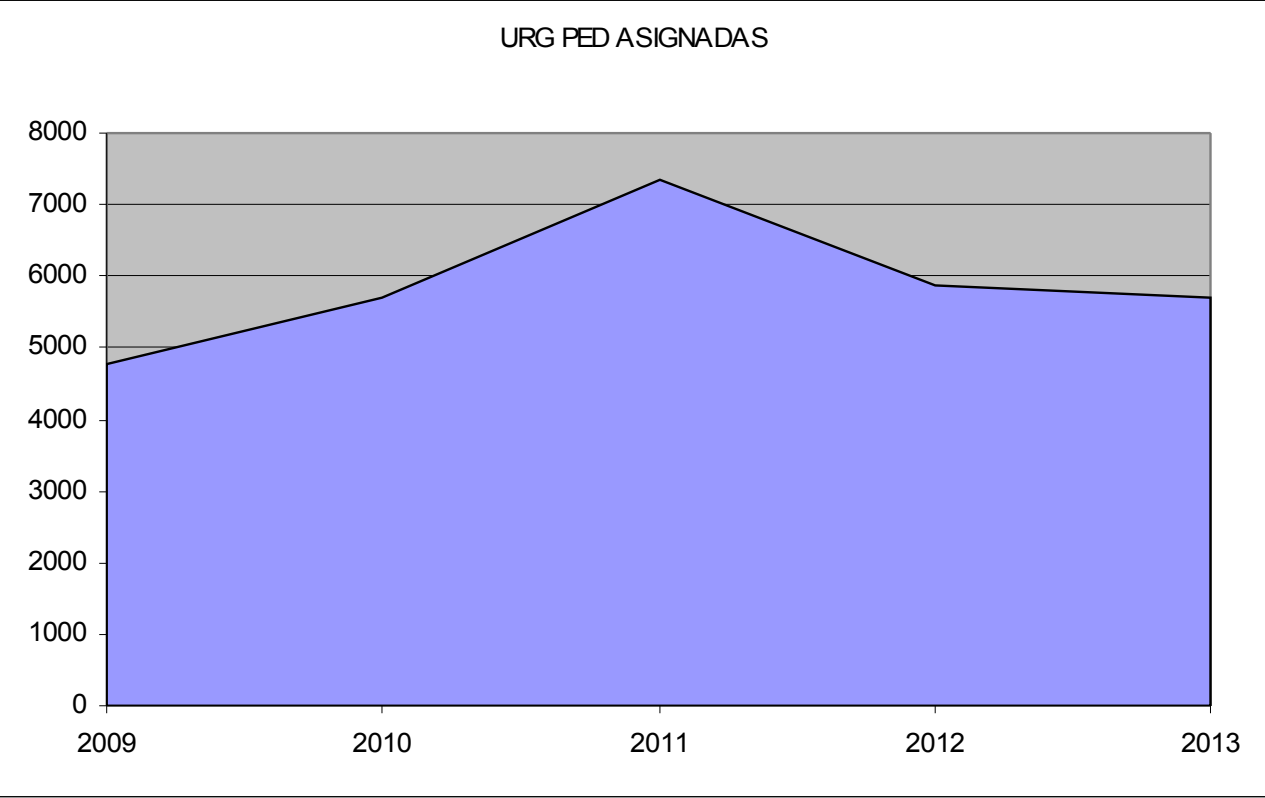
EDADES URGENCIA



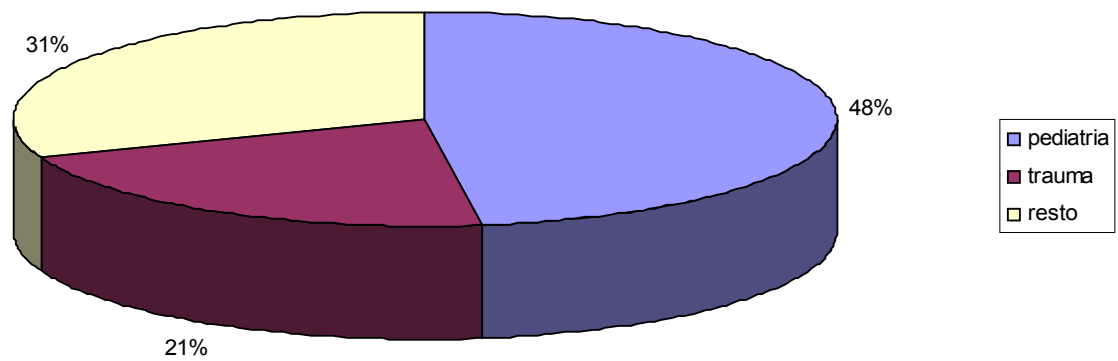
Por edades se ve que en años anteriores más de la mitad de las urgencias se dan en población menor de 8 años de forma bastante estable y casi un 40 % son menores de 2 años. Esto denota un fallo severo de la asistencia primaria en atención continuada puesto que los niños pequeños se derivan casi siempre 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 NIÑOS 2013



Este año se han asignado a pediatría un total de 5687 urgencias (*aunque los informes firmados por pediatras son mas: 5905/2013*). Este debería 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%), 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 (aunque menos dotados) 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).

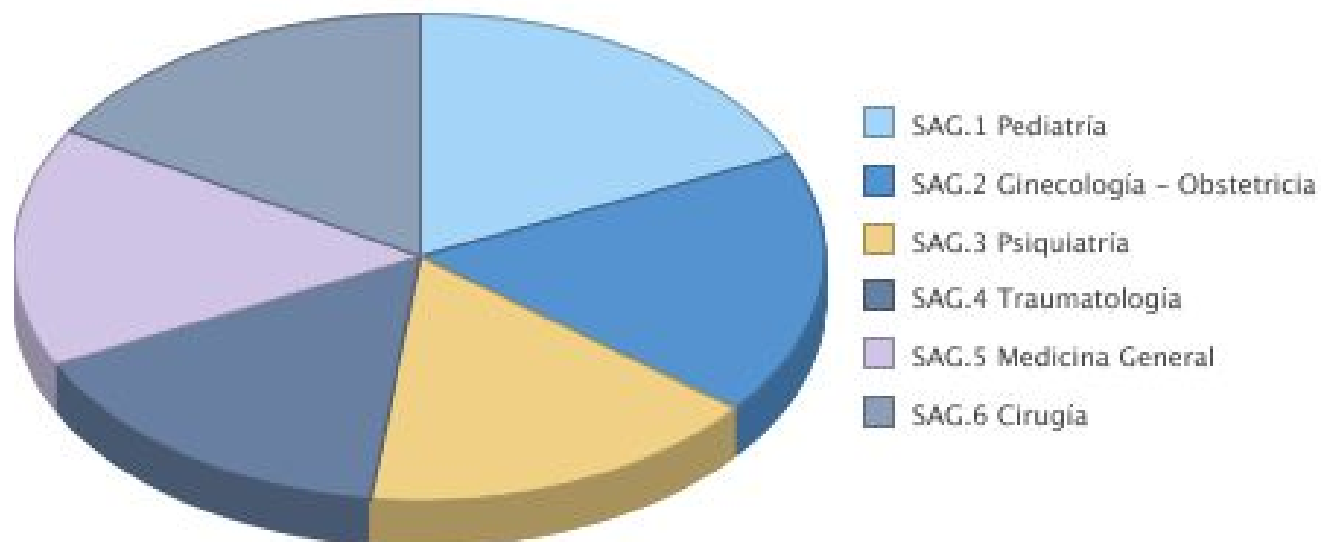
Para ello se debería fomentar también la realización de guardias de los pediatras de primaria en este hospital y para poderlo llevar a cabo necesitamos un pediatra correturnos que cubra las libranzas de este personal o cubrir los pediatras que no hacen guardias a los que hacen cuando libren.

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 87%

Pacientes atendidos en tiempo	
Área	2013 Total
SAG.1 Pediatría	87,32%
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	83,83%
SAG.3 Psiquiatría	77,80%
SAG.4 Traumatología	75,53%
SAG.5 Medicina General	75,69%
SAG.6 Cirugía	79,08%

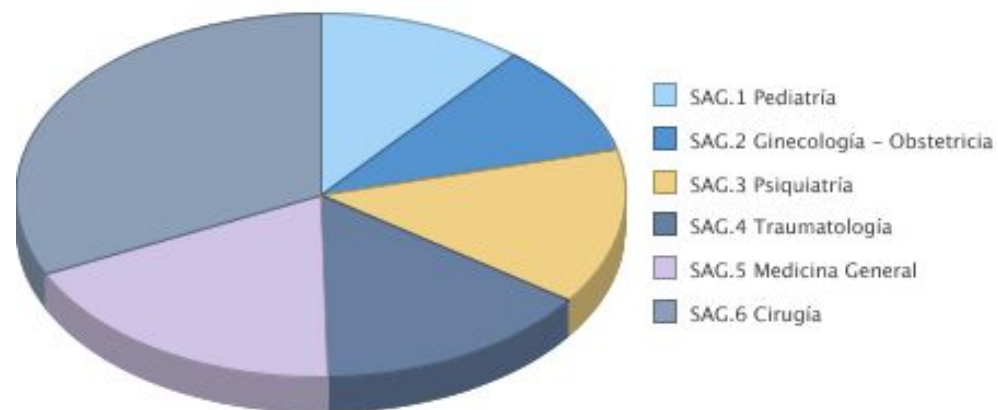
Pacientes atendidos en tiempo



El tiempo de permanencia en urgencias también es reducido.

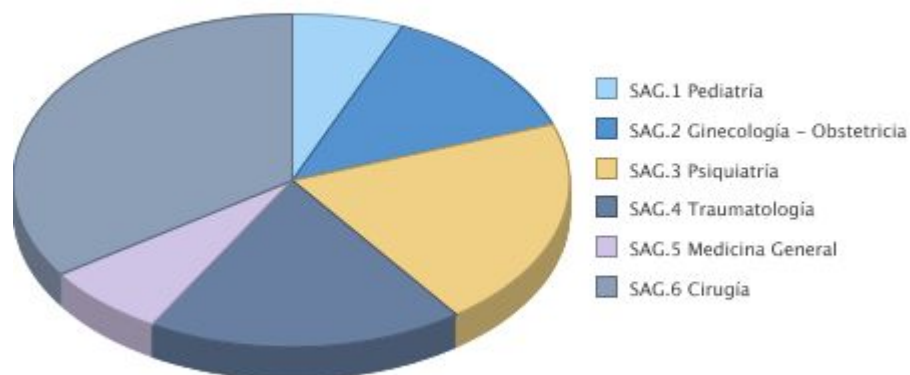
Tiempo medio
permanencia

Área	2013 Total
SAG.1 Pediatría	111,9 m
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	102,2 m
SAG.3 Psiquiatría	140,1 m
SAG.4 Traumatología	150,6 m
SAG.5 Medicina General	187,2 m
SAG.6 Cirugía	325,6 m

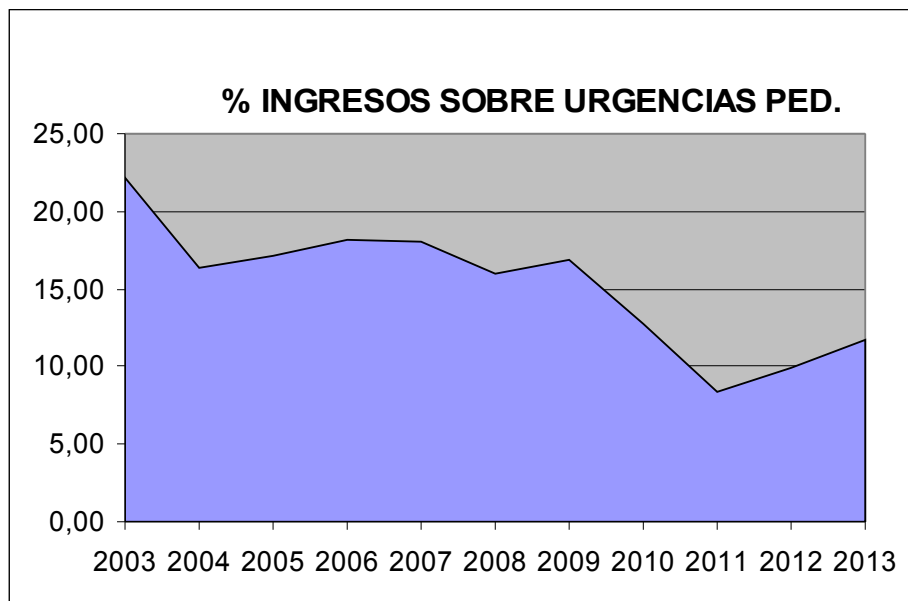


La tasa de ingresos es la menor de todas las especialidades.

urgencias ingresadas	
Área	2013 Total
SAG.1 Pediatria	10,3
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	20,74
SAG.3 Psiquiatria	32,65
SAG.4 Traumatología	29,45
SAG.5 Medicina General	11,47
SAG.6 Cirugia	54,88



Urgencias ingresadas



La proporción de ingresos se ha conseguido disminuir a lo largo de los últimos años aunque este haya repuntado de forma no significativa, lo que implica protocolos de manejo ya maduros y refleja la asistencia de un pediatra de urgencias los dos últimos años, durante el segundo semestre del año, lo que medido en ahorro de gasto es totalmente rentable. 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 está 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.

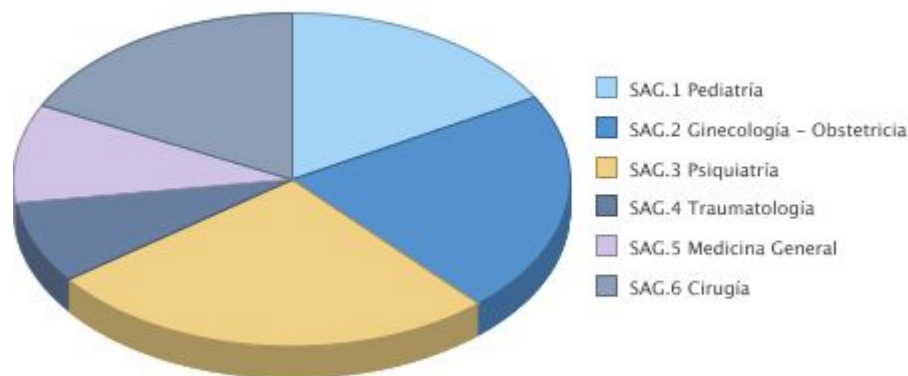
El año 2012-13 se ha potenciado el aspecto digital para consolidar la historia sin papel pero el tener 2 programas en hospital (alta y abucasis) obliga a estar cambiando de uno a otro y además de abrir otros programas para visualizar las exploraciones complementarias de laboratorio (weblab) y RX (centricity), 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 cumple 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.

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. A los Servicios Urgencias, Pediatría, COT, Cirugía y Ginecología se les ha puesto un nuevo Indicador para el año 2014, se trata del B.12 del Acuerdo de Gestión que se define como “ **Tasa de retorno en Urgencias**” que tiene una meta de 4,77%. Se aplicará al servicio de Urgencias y Pediatría con un peso específico para cada uno de ellos. Creo que ese objetivo 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 (IVRS, GEC...) por ello el revisiteo es muy frecuente aún con una buena gestión Actualmente tenemos una tasa del 8% por lo que un objetivo aceptable y estimulante sería un 6%; el 4% es desmotivante porque es imposible aquí y ahora.

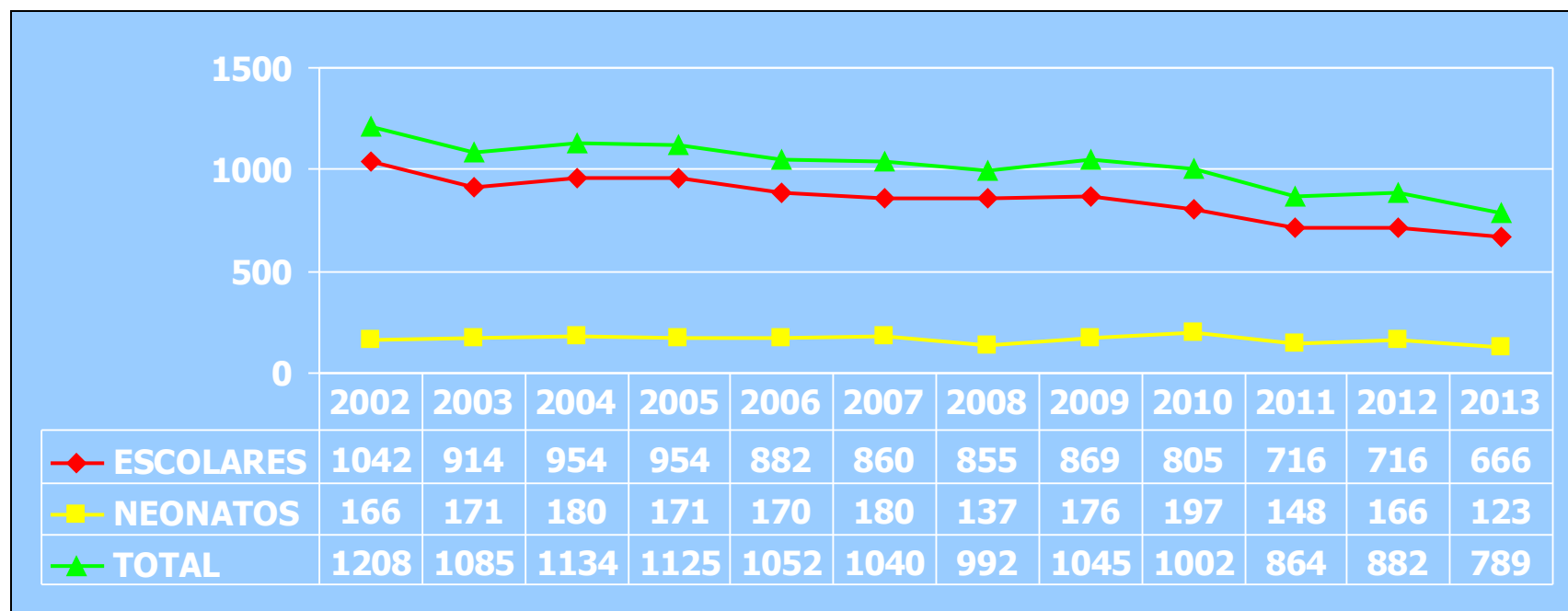
tasa retorno 72h	
Área	2013 Total
SAG.1 Pediatría	8,44%
SAG.2 Ginecología - Obstetricia	10,74%
SAG.3 Psiquiatria	13,27%
SAG.4 Traumatología	4,02%
SAG.5 Medicina General	4,79%
SAG.6 Cirugía	8,84%

Tasa retorno 72h



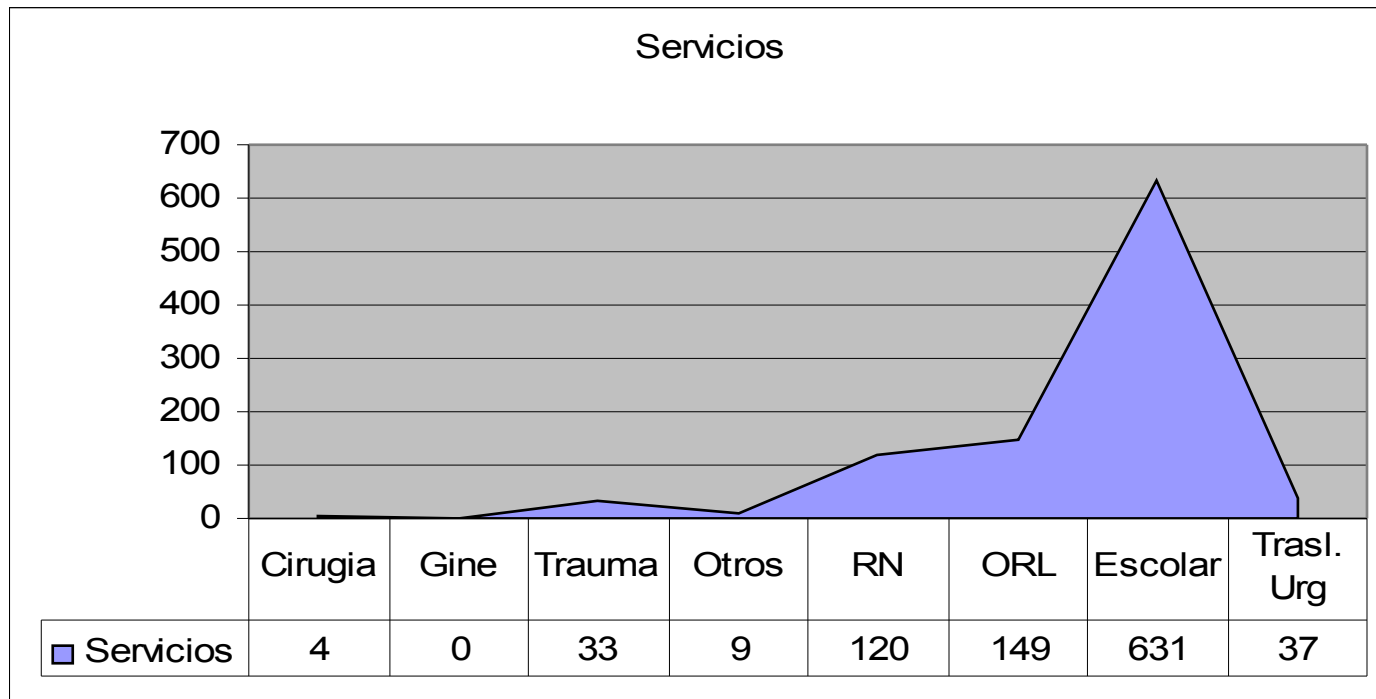
ACTIVIDAD GLOBAL PEDIATRÍA:

HOSPITALIZACION

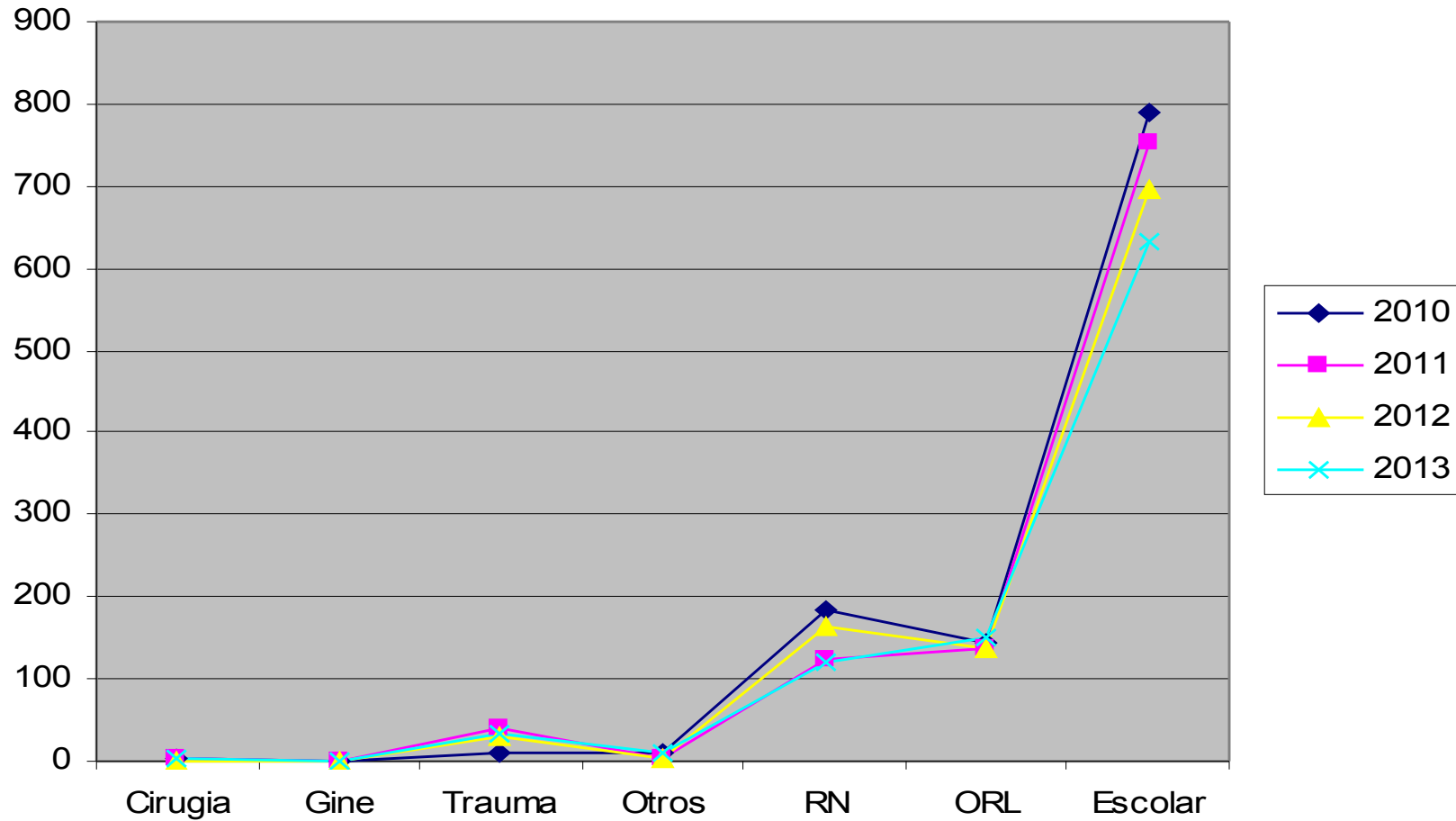


Este año hemos conseguido mantener los ingresos al mínimo histórico.

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 149 niños (más que el año pasado :136) disminuyendo así su lista de espera quirúrgica y también en Trauma con 33 niños (más que el año pasado :30) con nuestra absoluta colaboración. Debería incluirse en este manejo también a cirugía (solo 4 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 baja, en parte reflejo de la disminución 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.

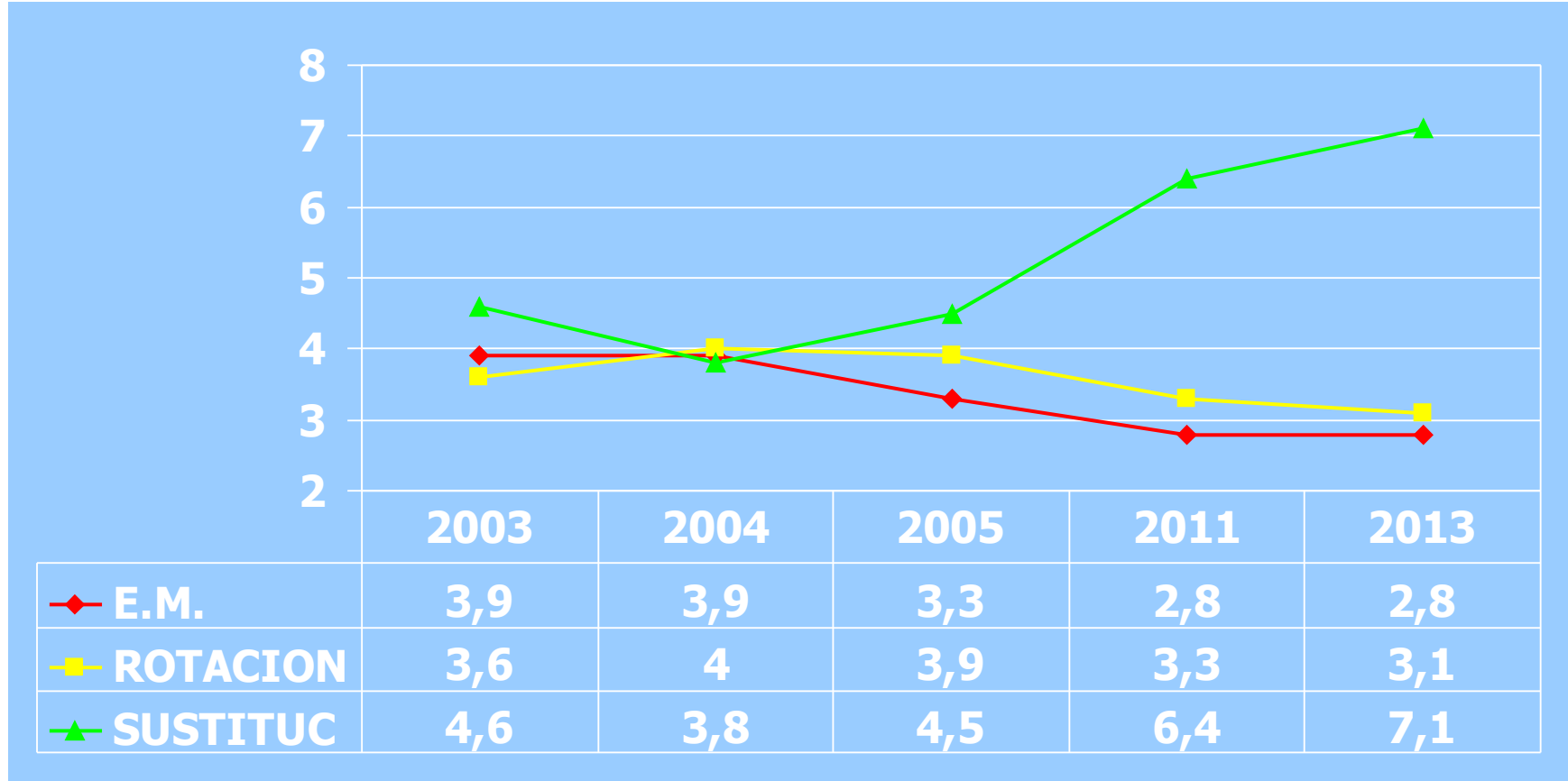


SERVICIOS



ACTIVIDAD AREA DE ESCOLARES

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
INGRESOS	914	962	961	882	860	855	869	805	716	716	666
URGENTES	865	922	910	841	829	843	863	721	709	581	663
URGENCIAS	4113	5872	5609	4869	4772	5018	4789	5693	7337	5870	5687
ESTANCIAS	2892	3173	2701	2485	2656	2790	2292	2276	1998	2036	1870
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
OCUPACION	41	48,2	41,1	37,8	39,3	39,1	34,9	34,6	30,4	30,98	28,5
ROTACION	3,9	4,5	4,4	4,1	3,9	3,7	4	3,7	3,3		3,1
SUSTITUCIO	4,6	3,5	4	4,6	4,8	5,2	5	5,4	6,4		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
TRASLADOS urg.								44	67	28	37



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.

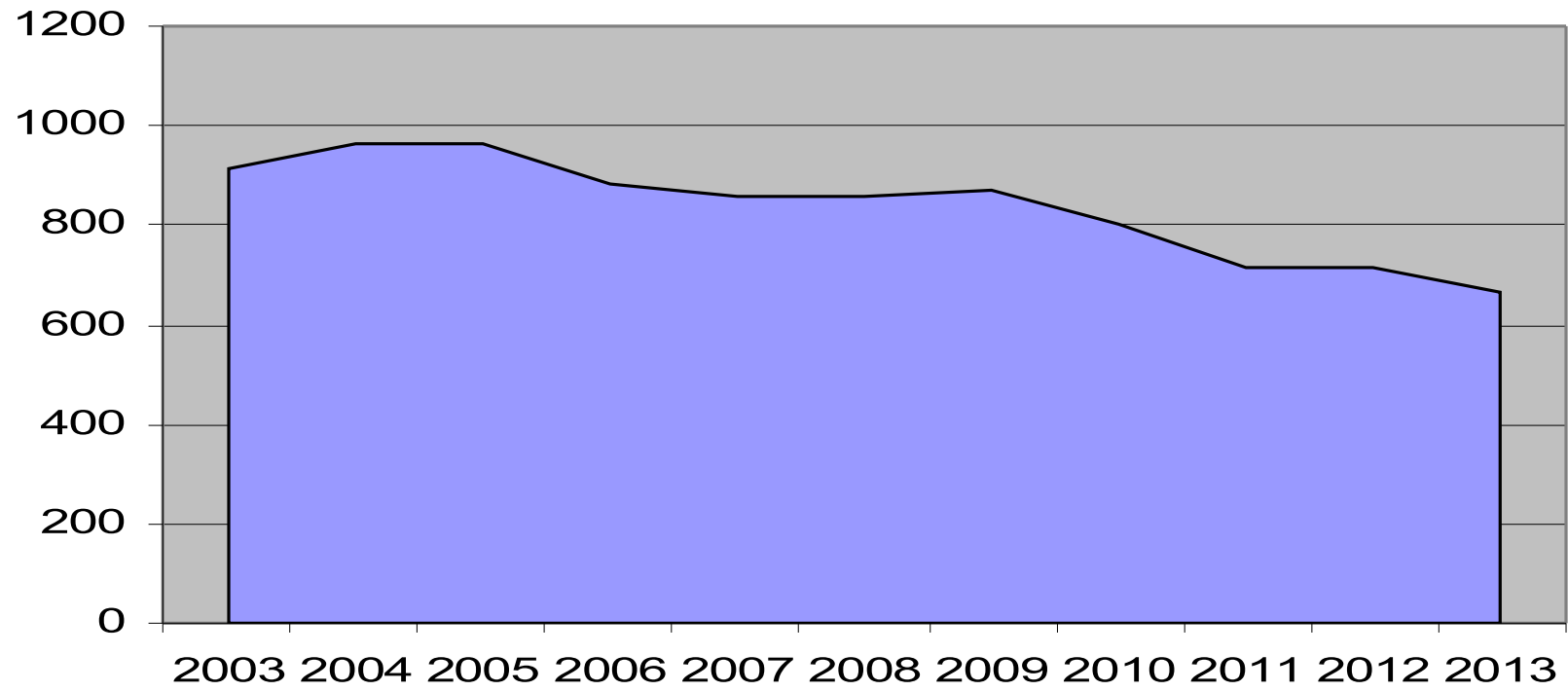
Este año se han producido menores ingresos y una menor ocupación, podría atribuirse a la mejora de consultas externas y al mejor manejo de urgencias con el refuerzo de los residentes y de la mañana lo que ha permitido disminuir también el porcentaje de ingresos desde urgencias de forma muy relevante.

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.

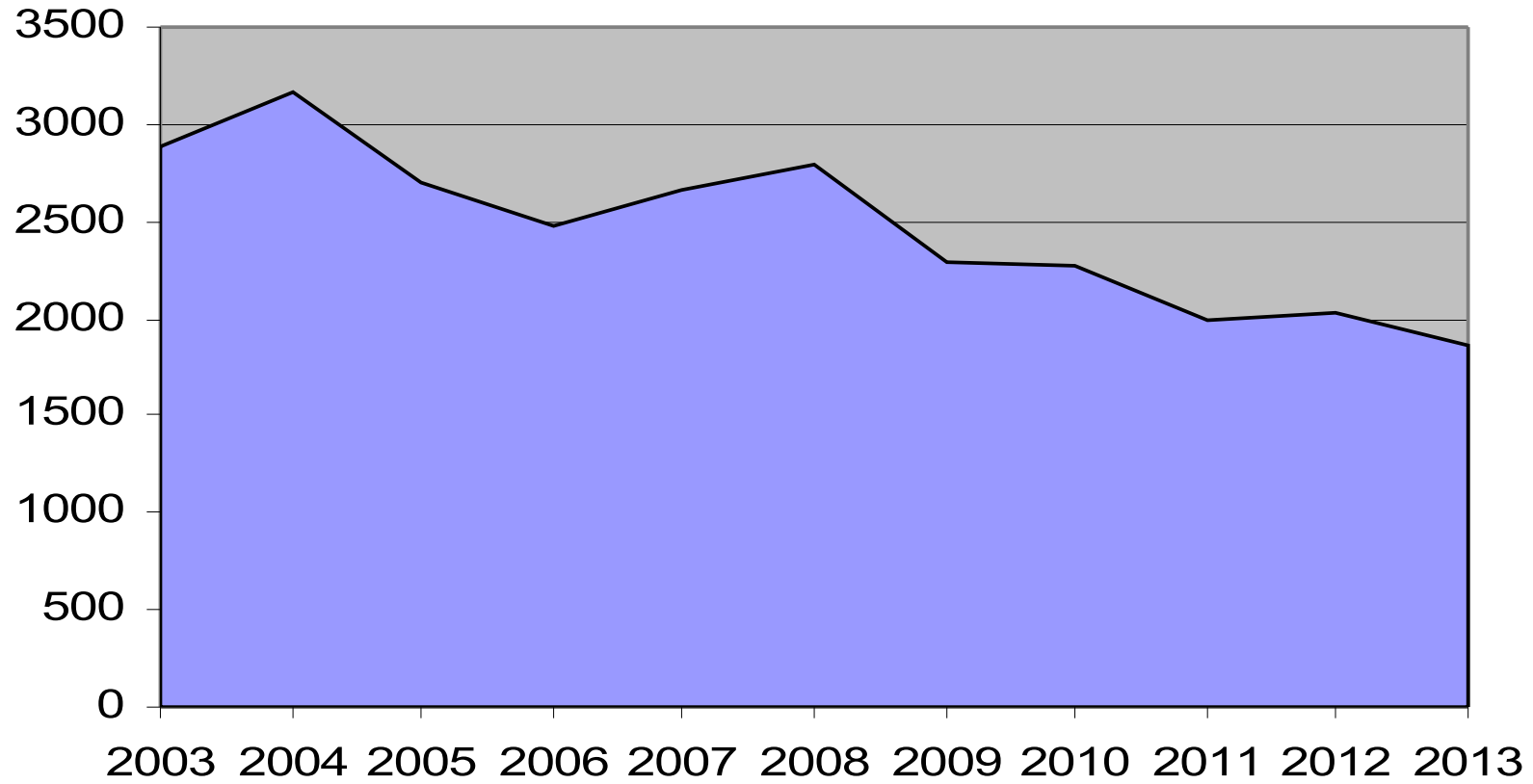
Todas estas cifras lo que al fin y a la postre demuestran es una reducción de gasto que es fundamental en una época de crisis como la actual.

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.

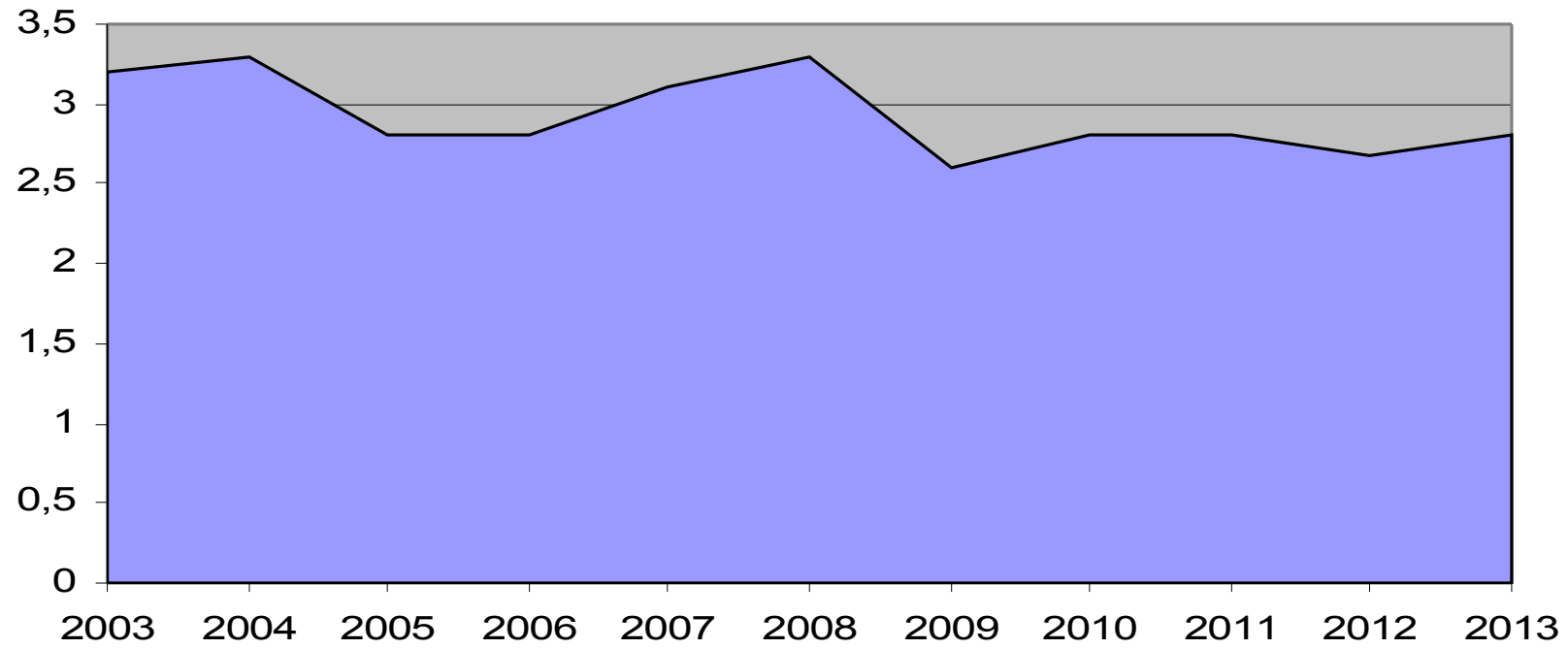
INGRESOS

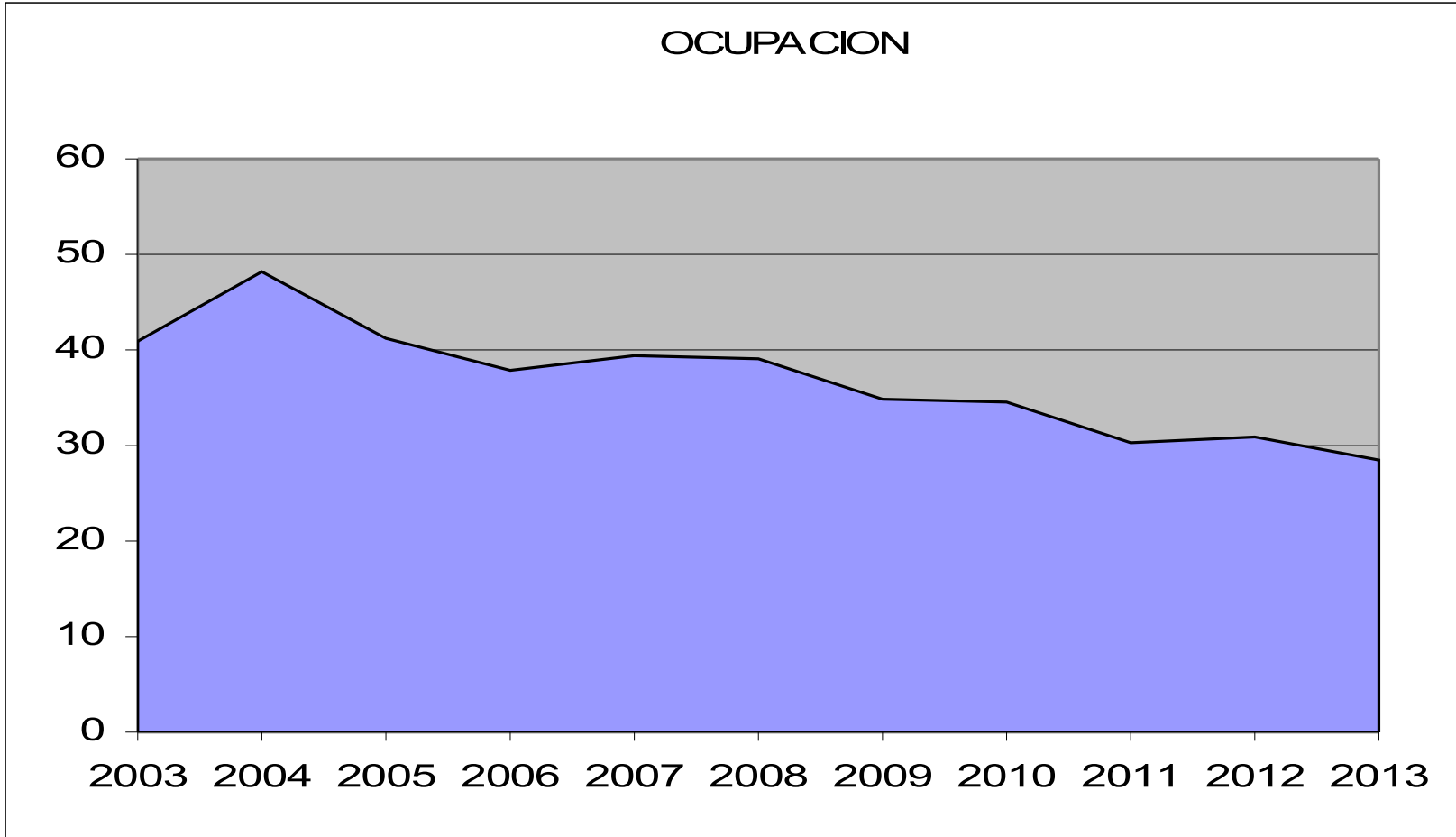


ESTANCIAS



ESTANCIA MEDIA



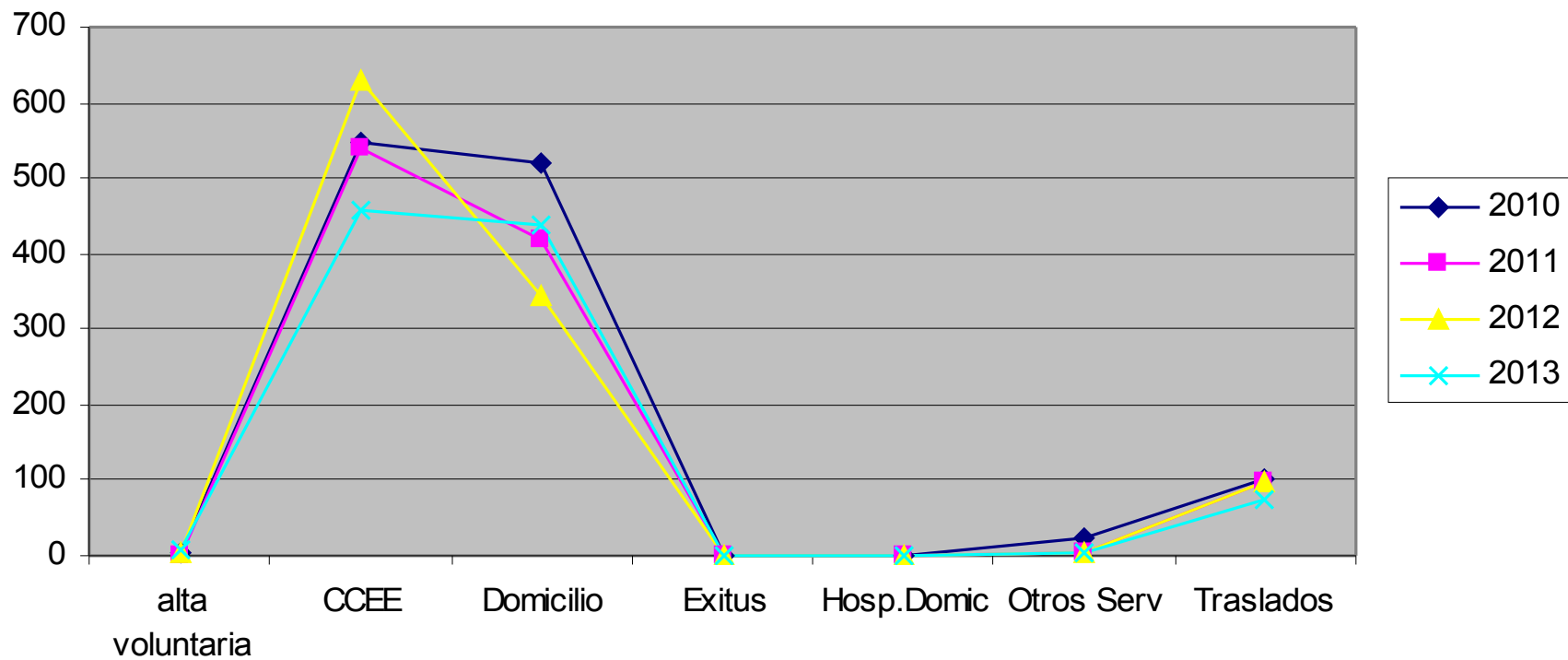


La ocupación real es más alta puesto que muchas veces prestamos 2 habitaciones (4 camas) al área de adultos contigua.

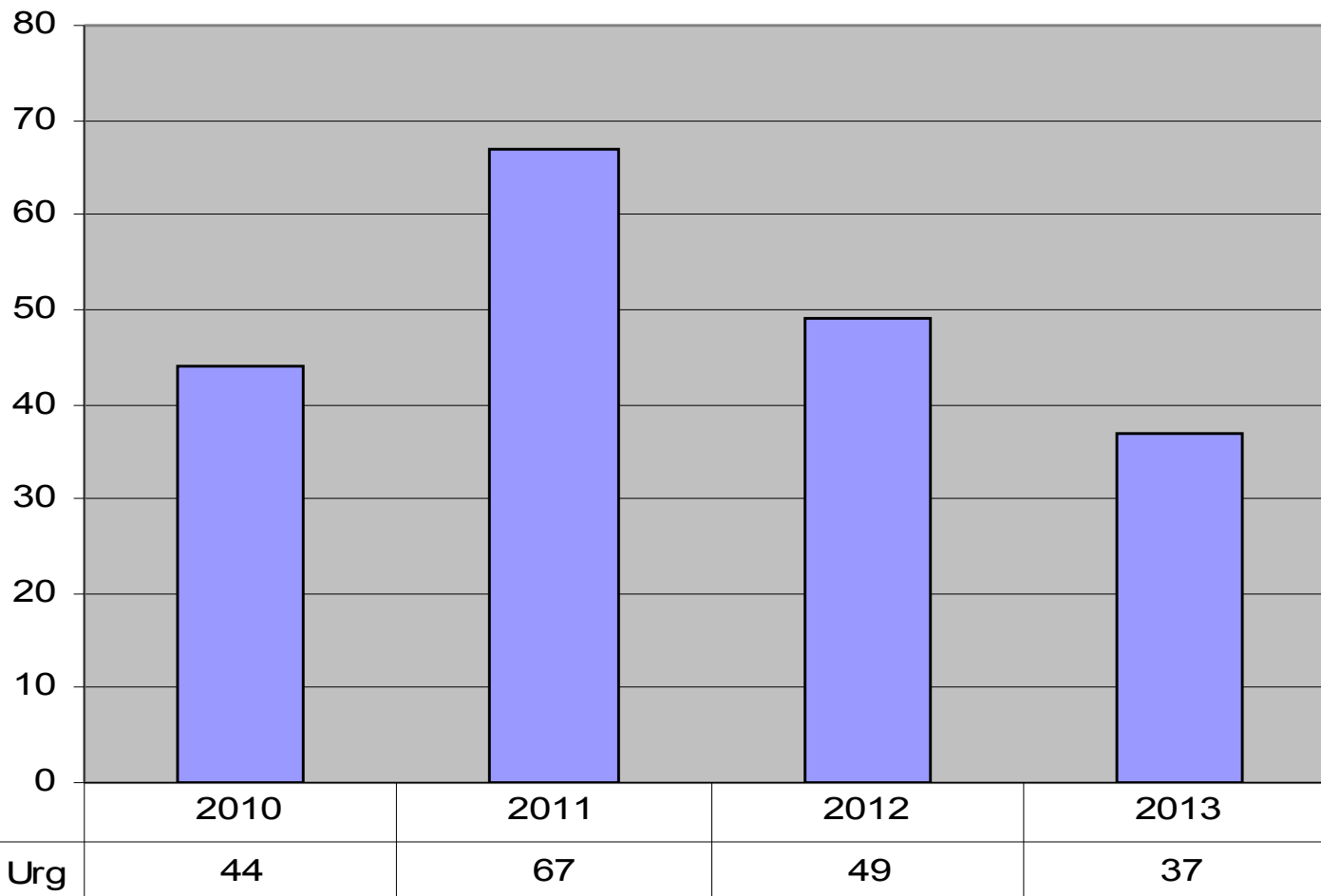
Todos los niños ingresados a cargo de pediatría se van con el alta electrónica y la mayoría el mismo día del alta junto con las recetas electrónicas pertinentes rellenas desde Abucasis.

Nuestro índice de traslados en este área ha sido muy bajo (5.5%) lo que implica una alta capacidad de resolución y más aún teniendo en cuenta que toda la cirugía se traslada (apendicitis de forma habitual).

DESTINO HOSPITALIZACIÓN



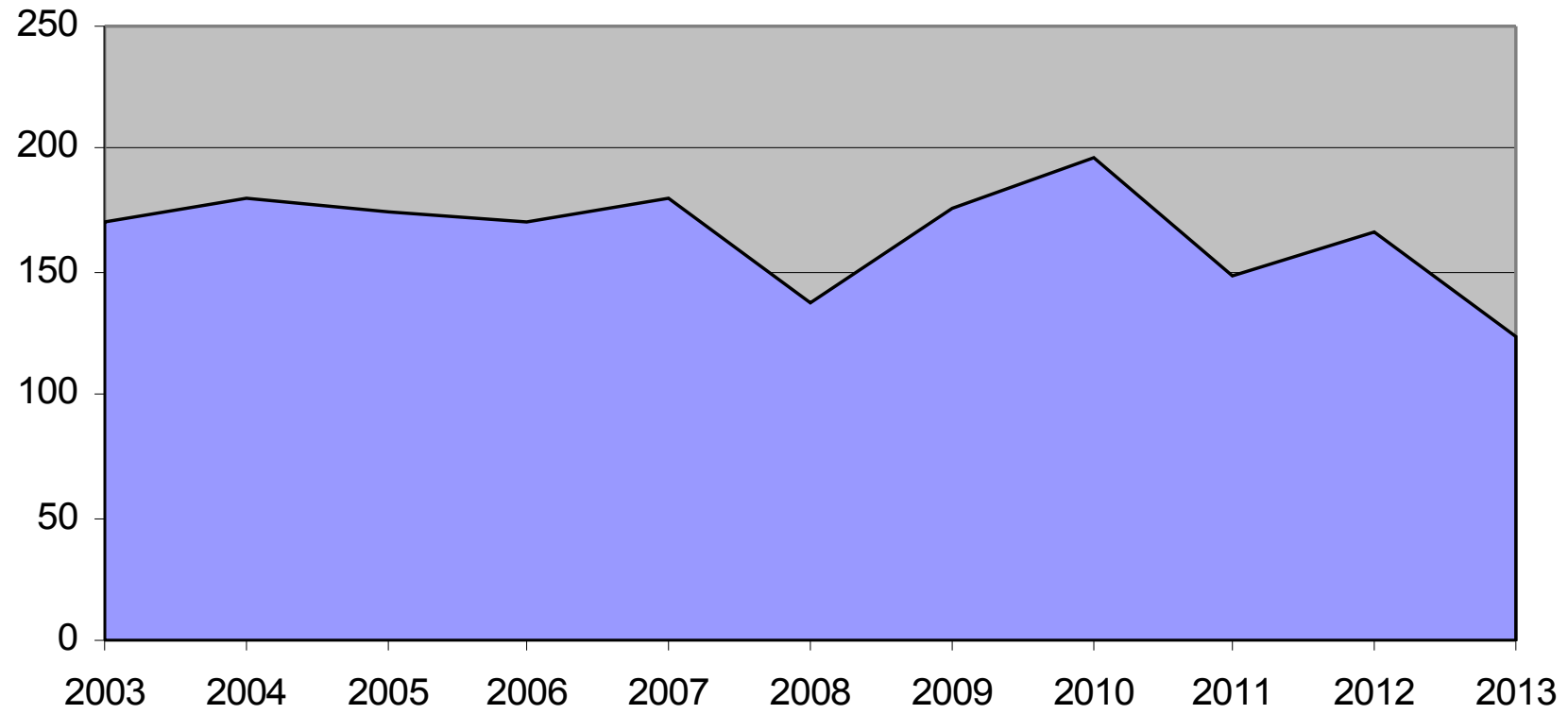
Trasl. Urg



ACTIVIDAD AREA NEONATOS

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

INGRESOS



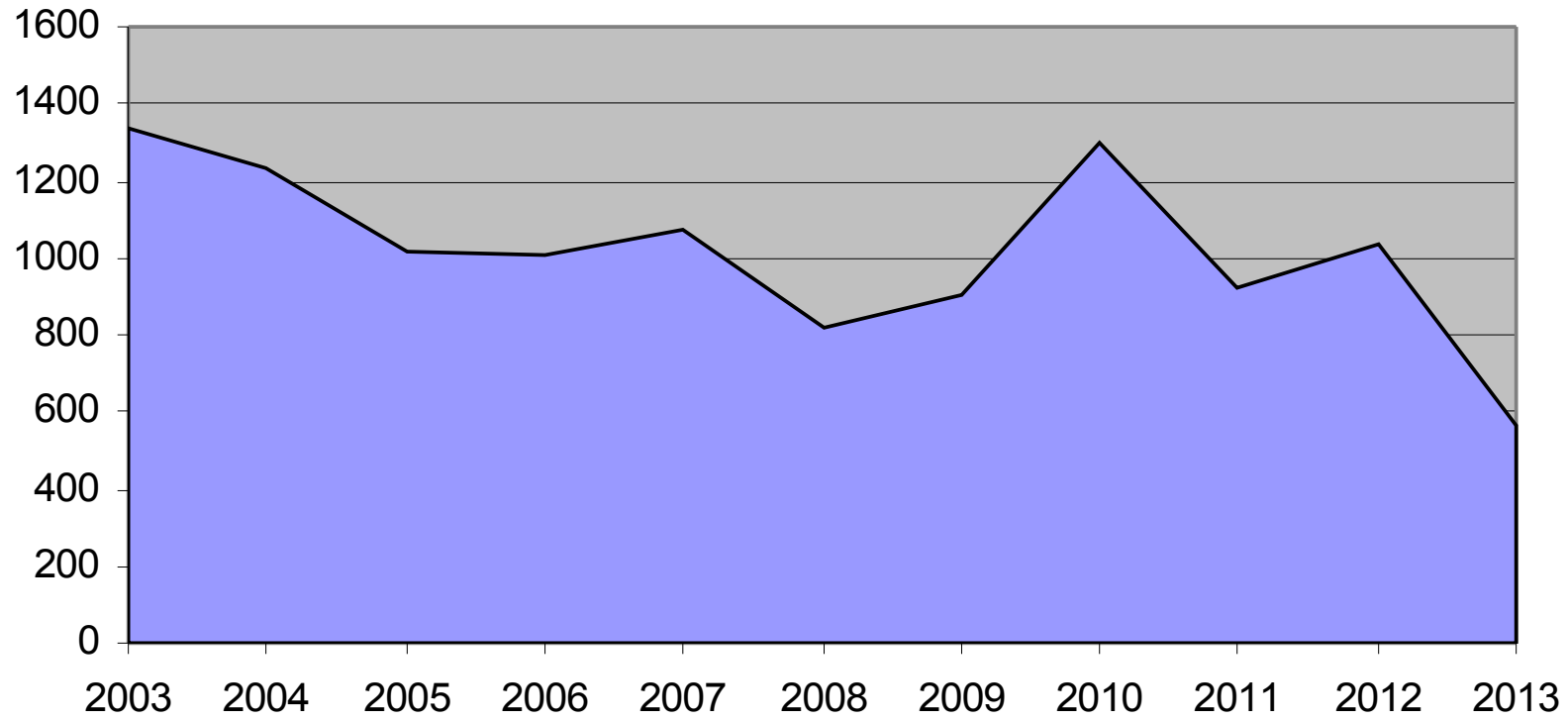
En neonatos los ingresos este año han bajado un poco comparado al resto de años debido a la dependencia de la maternidad de la inmigración que representa el 40% de su clientela y que este año ha disminuido en cifras totales de población debido al retorno a su país de origen de muchos inmigrantes motivada por la crisis económica que estamos sufriendo. La estancia media ha disminuido a 4.6, 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 bajado también al 25.6%, 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 (pérdida 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.

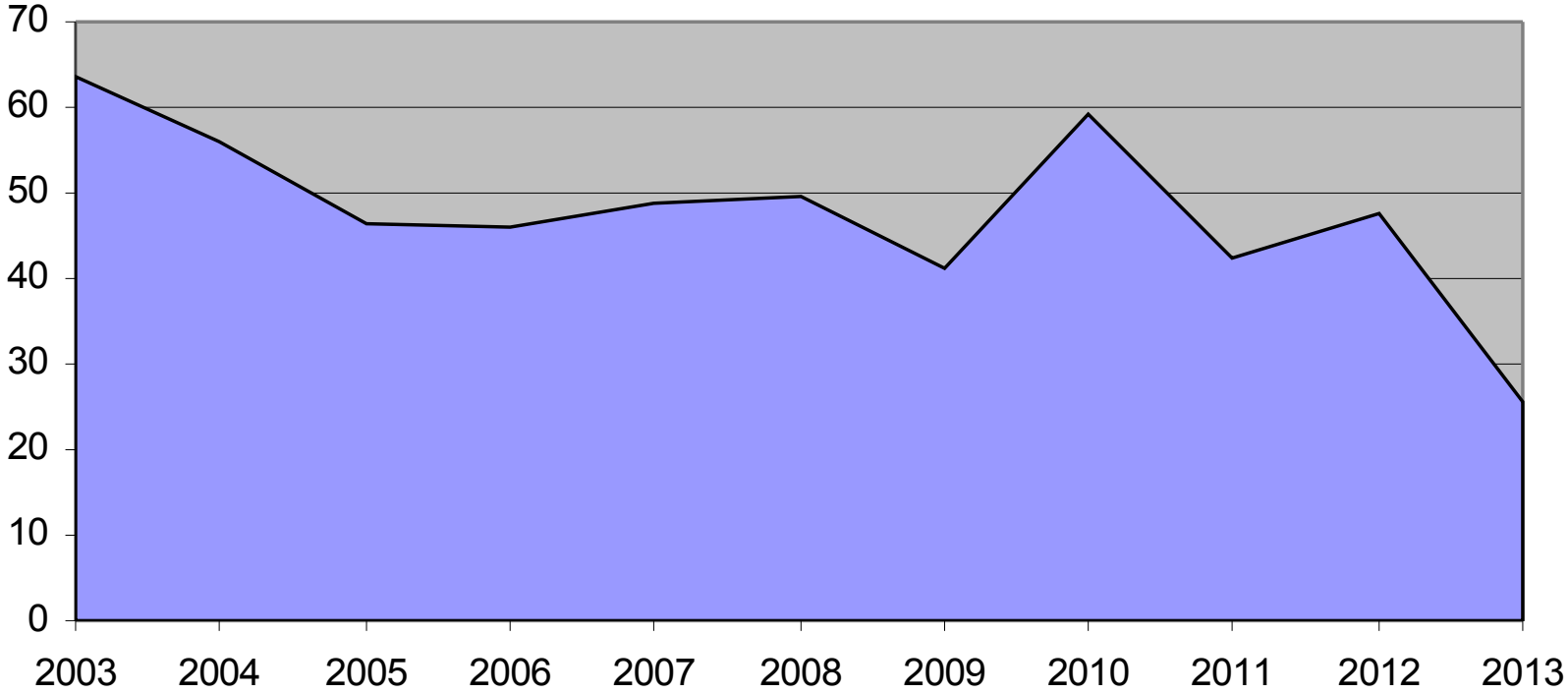
Se podría aumentar la actividad en esta área ingresando hasta 3 meses pero se debería tener un espacio para aislamiento de los RN y evitar contagios.

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.

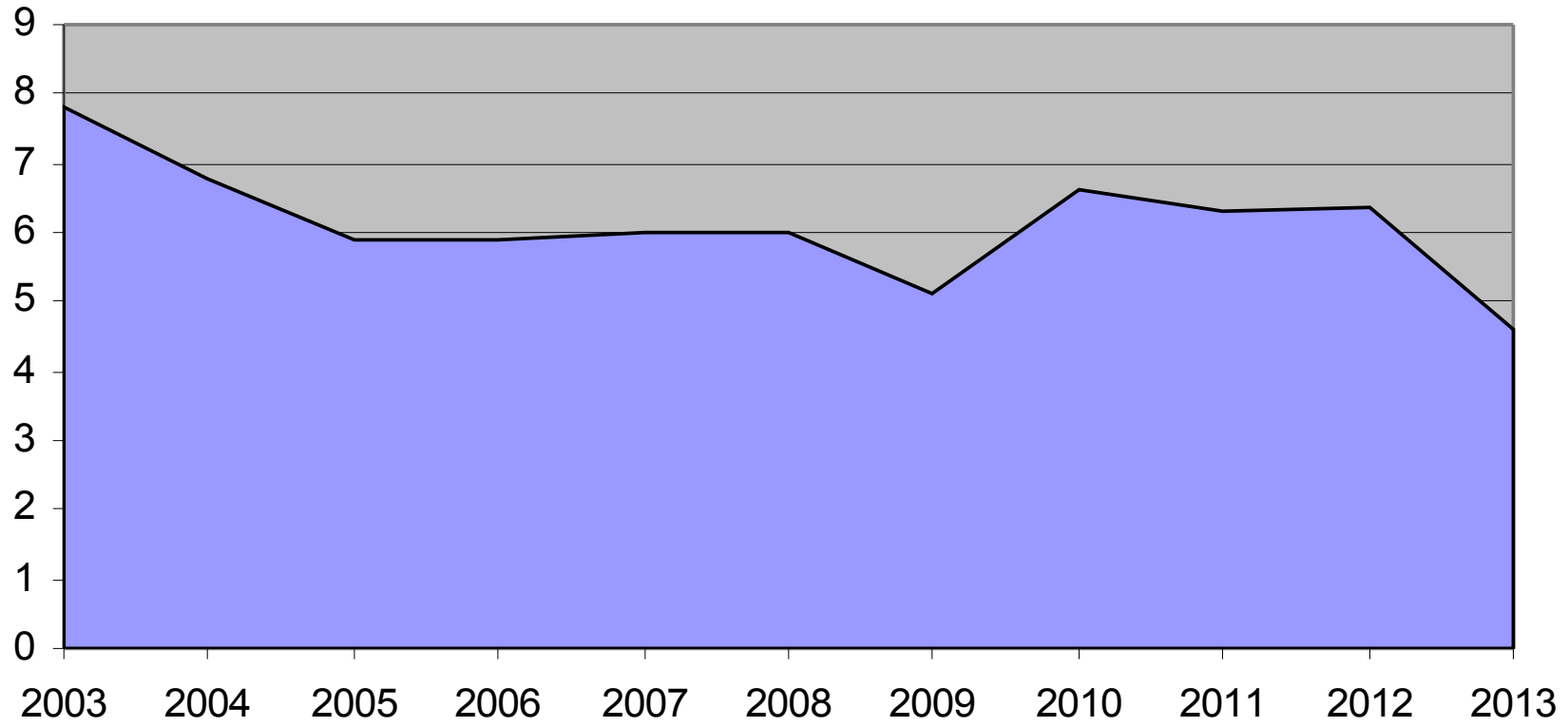
ESTANCIAS



OCUPACION



ESTANCIA MEDIA



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 6.5 %de traslados del total de ingresos lo que implica una alta resolución de problemas aquí (el año pasado fue un 8.3%).

MATERNIDAD

En 2013 tenemos registrados en nuestra base de datos 866 RN (y 6 fetos muertos)

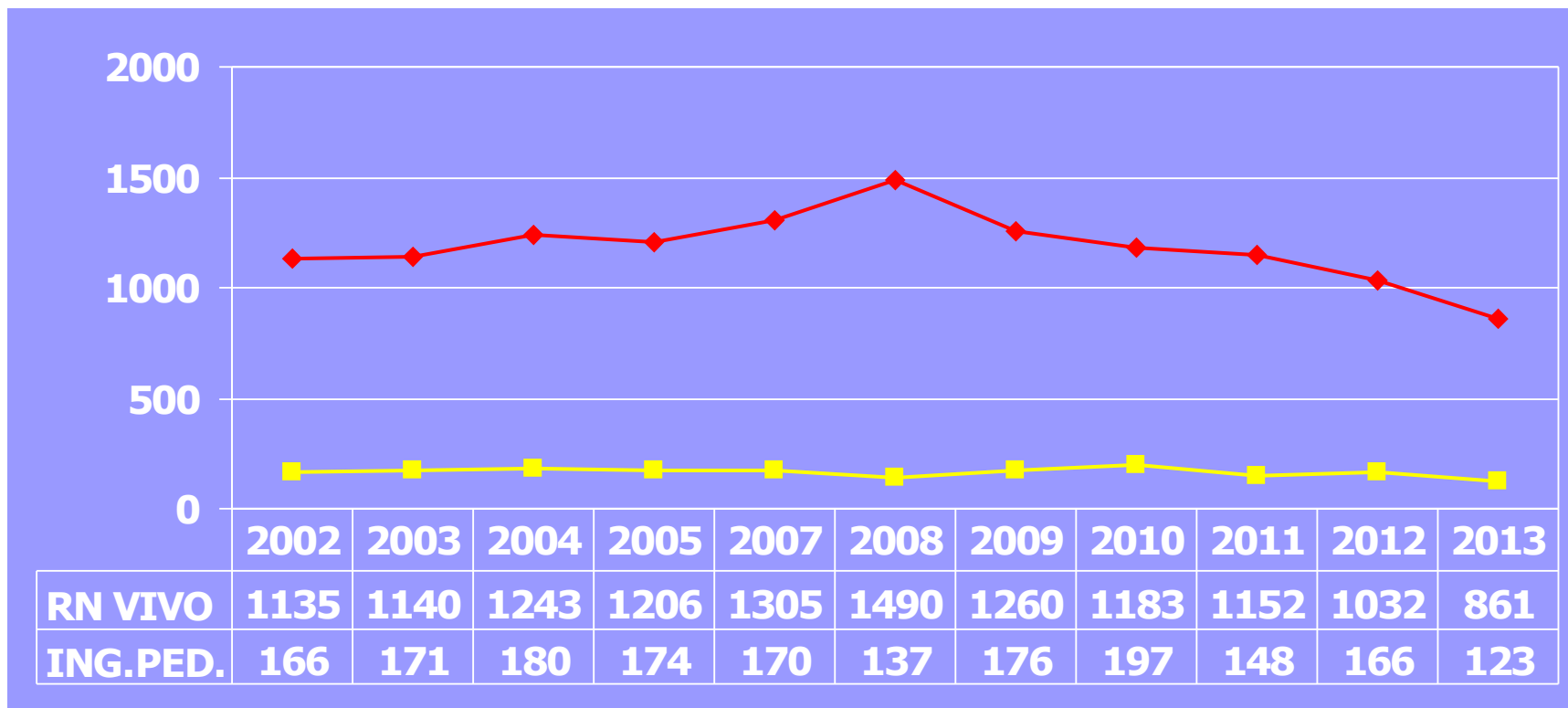
La maternidad es una de las áreas que esta generando una parte importante de la labor asistencial, en parte gracias a la inmigración (son el 40% de los partos) cuya disminución en números totales (por la crisis económica) es la causa de la bajada en el número de partos, añadido a las fugas a zonas vecinas con epidural para todos los partos, sin despreciar 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 Neosoft que estará integrado en Orion y ya llevan centros como la Fe aunque no consideramos que sea la opción más adecuada.

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%.

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 acabarían 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.



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 50%), y como se ve, de momento esto parece muy factible.

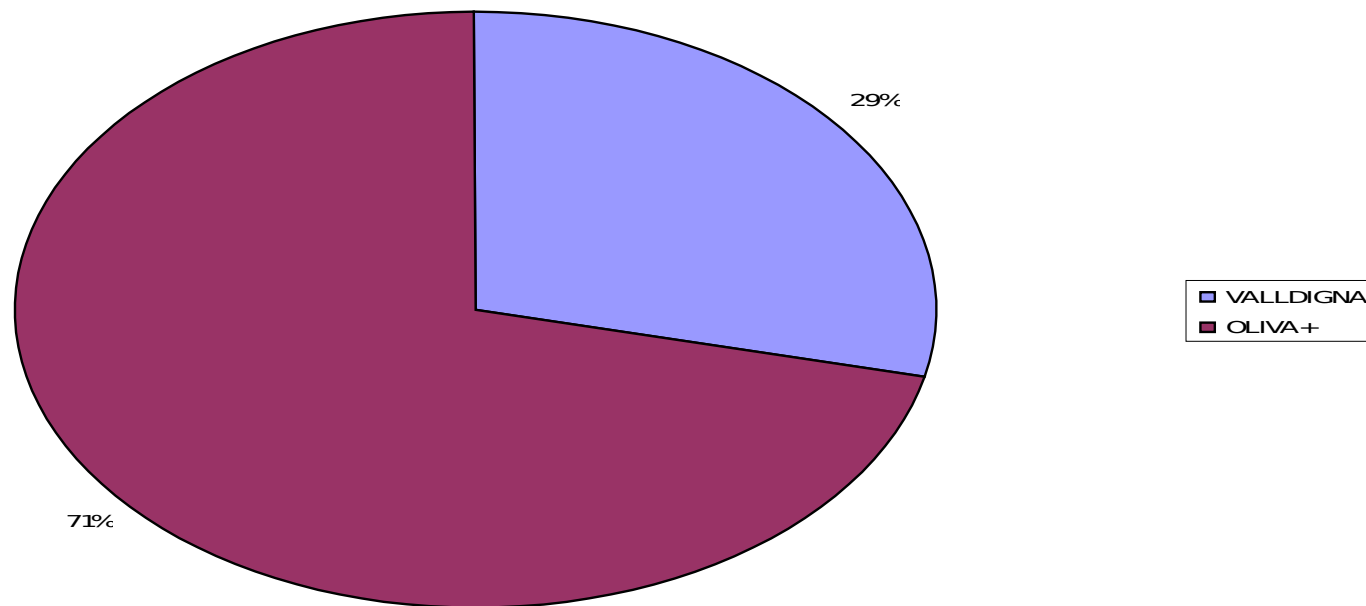
Se calcula en 400 la cantidad de partos de Gandia que se realizan en la Ribera y la Marina además de otros privados (embarazos controlados aquí pero que paren fuera del hospital) y esto podría justificar económicamente la implantación de epidural al 100% y habitaciones individuales que a nivel de maternidad son los detalles que captan pacientes.

PROCEDENCIA SAFOR

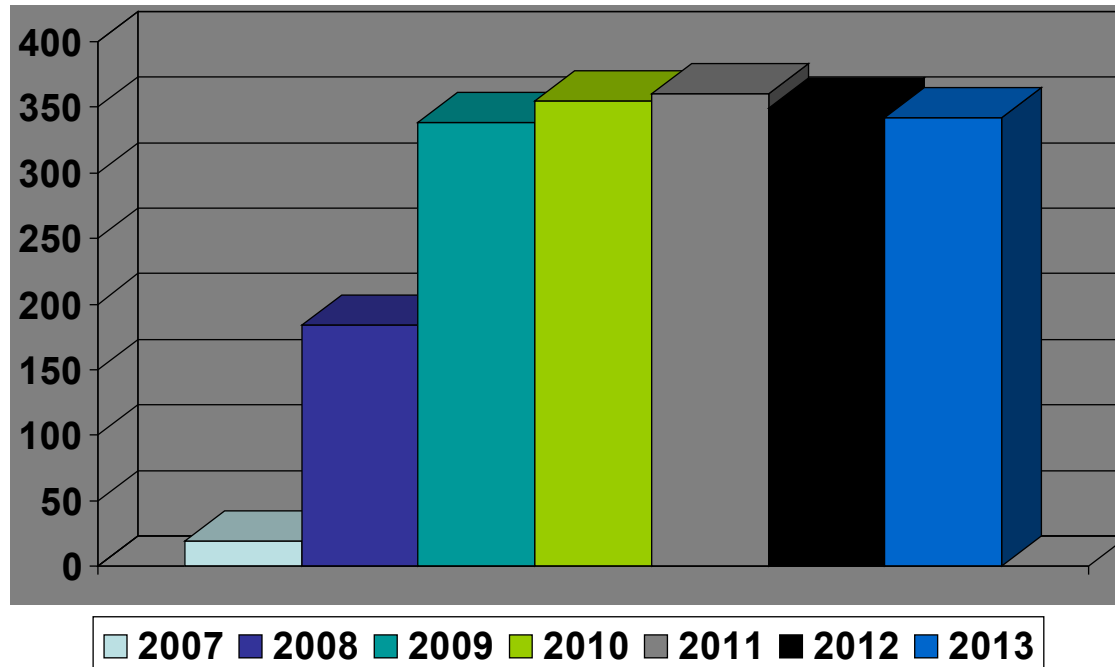
VALLDIGNA	
TAVERNES	59
SIMAT	5
BENIFAIRO	3
SUMA	67
OLIVA+	
OLIVA	132
FONT	17
PILES	19
SUMA	168

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.

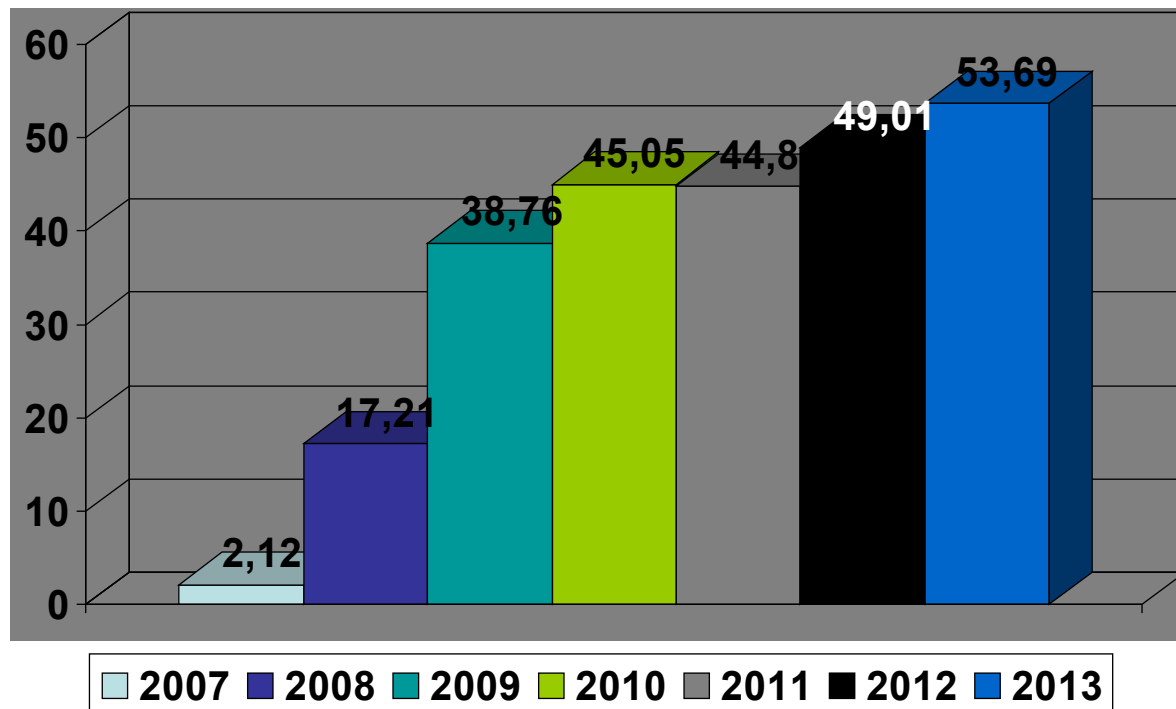
PROCEDENCIA SAFOR



ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO (1)



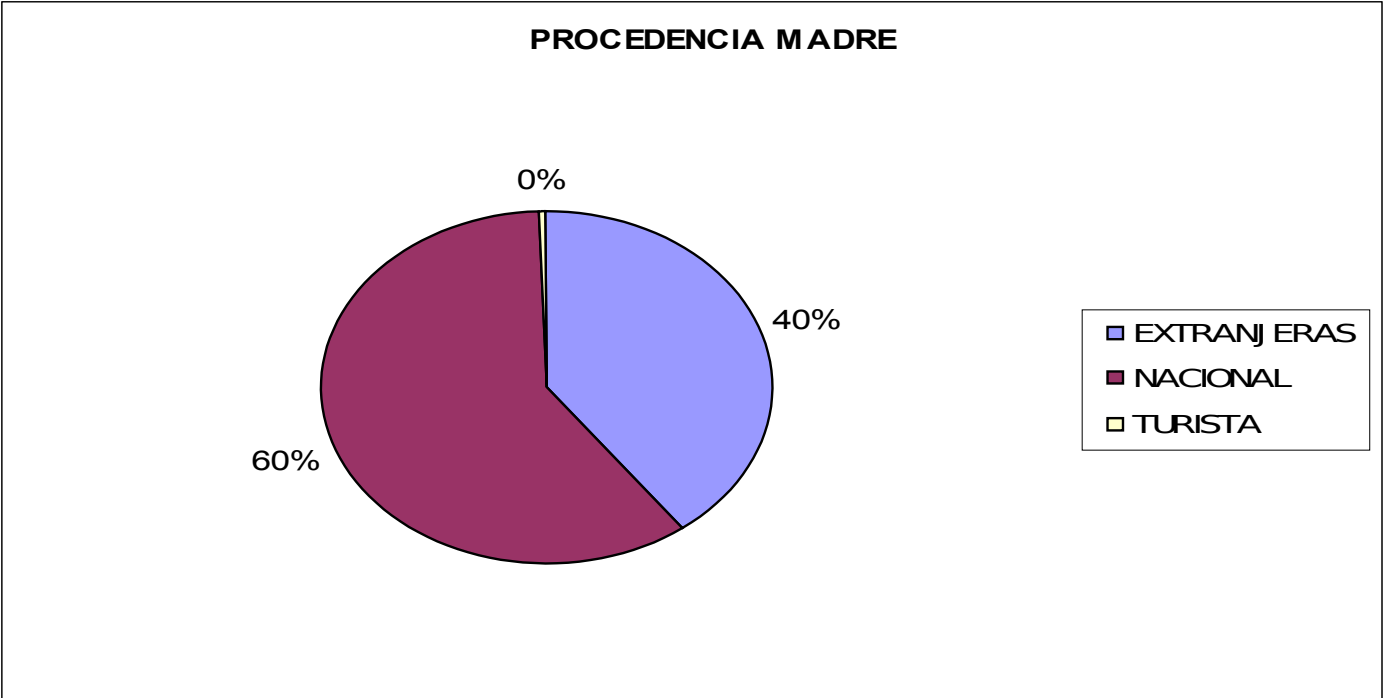
ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO (2) (% sobre el total de partos vaginales)



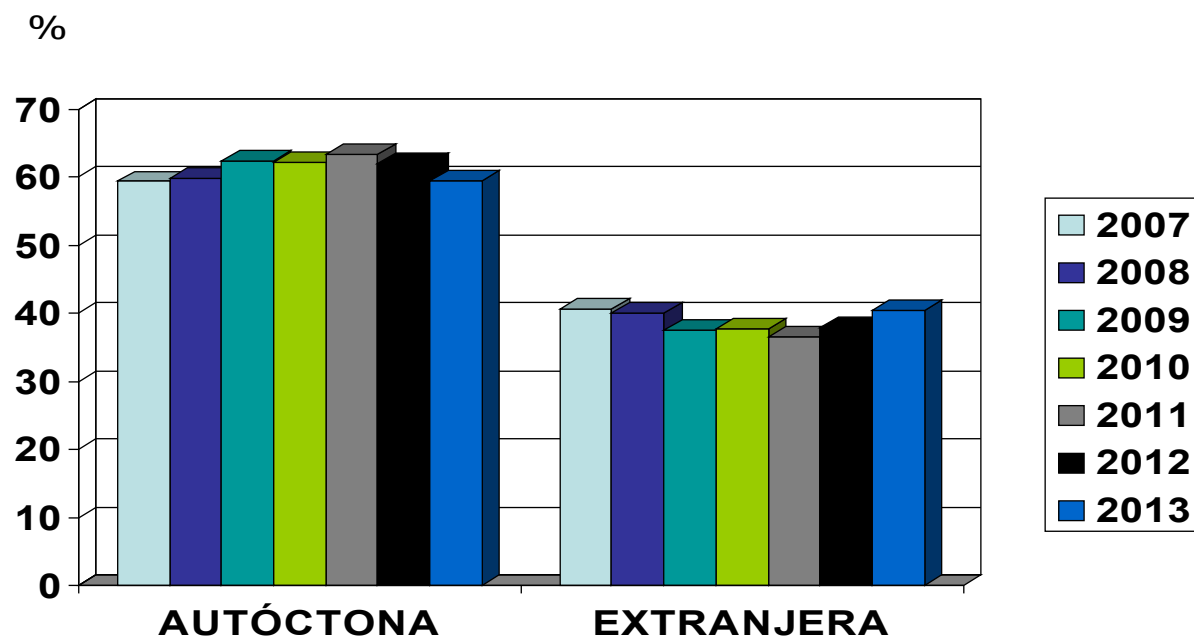
Procedencia de las madres 2013:

EXTRANJERAS	346	40,19%
NACIONAL	520	60,39%
TURISTA	4	0,46%

40.19 % extranjeras, mayor que los años pasados (35-38%). Una cifra superior a la media de la comunidad

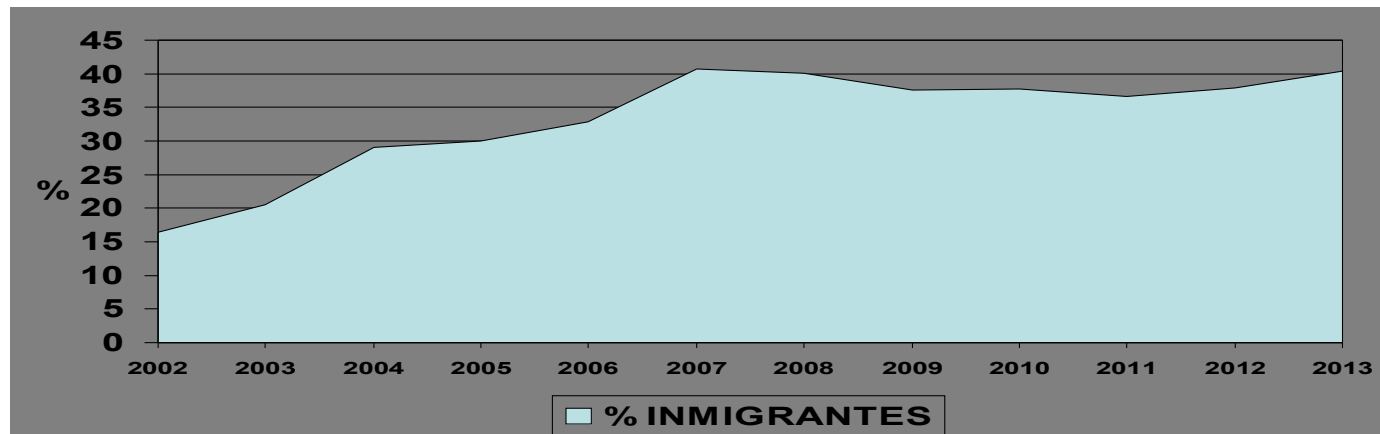


ORIGEN MATERNO (1)



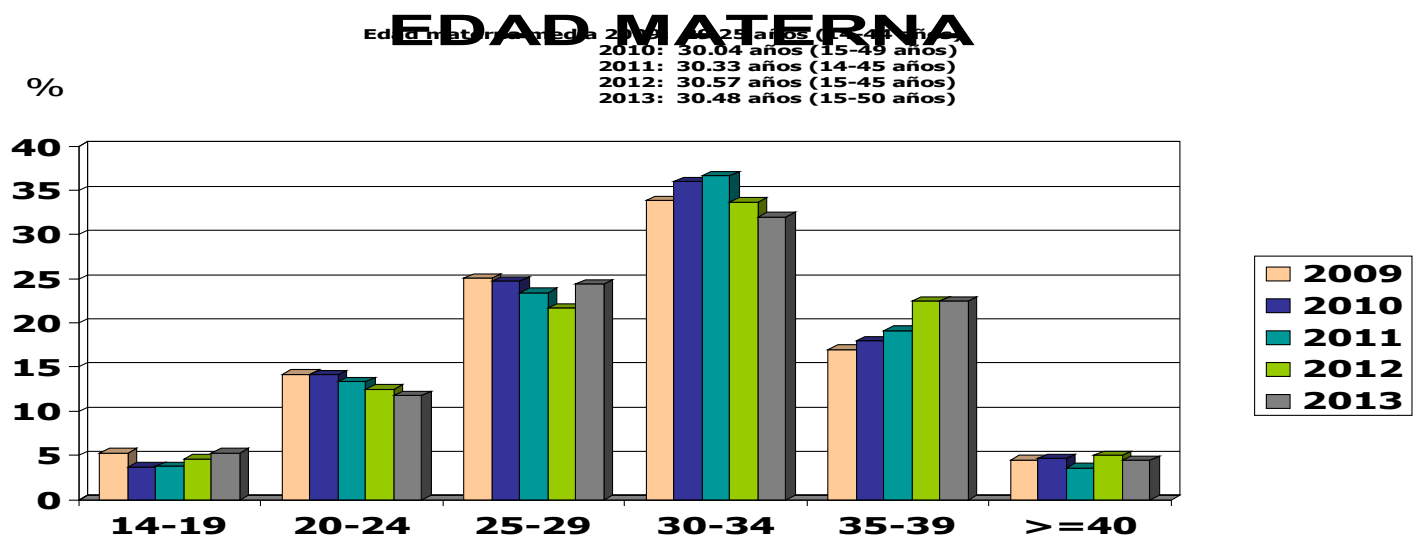
El tener más madres extranjeras genera más dificultad socioeconómica y de comunicación, lo que implica más tiempo de asistencia y más problemas posteriores de manejo del neonato y mas ingresos.

ORIGEN MATERNO (2)



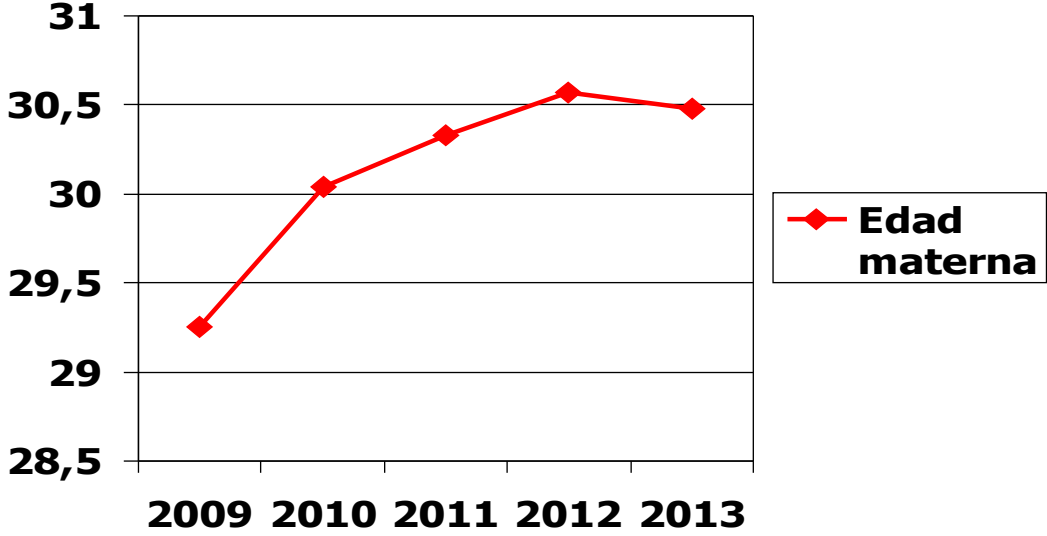
Parece haberse estabilizado el aumento de los últimos años pero aun así es un porcentaje superior a la media de la comunidad y nacional.

Características de las madres:

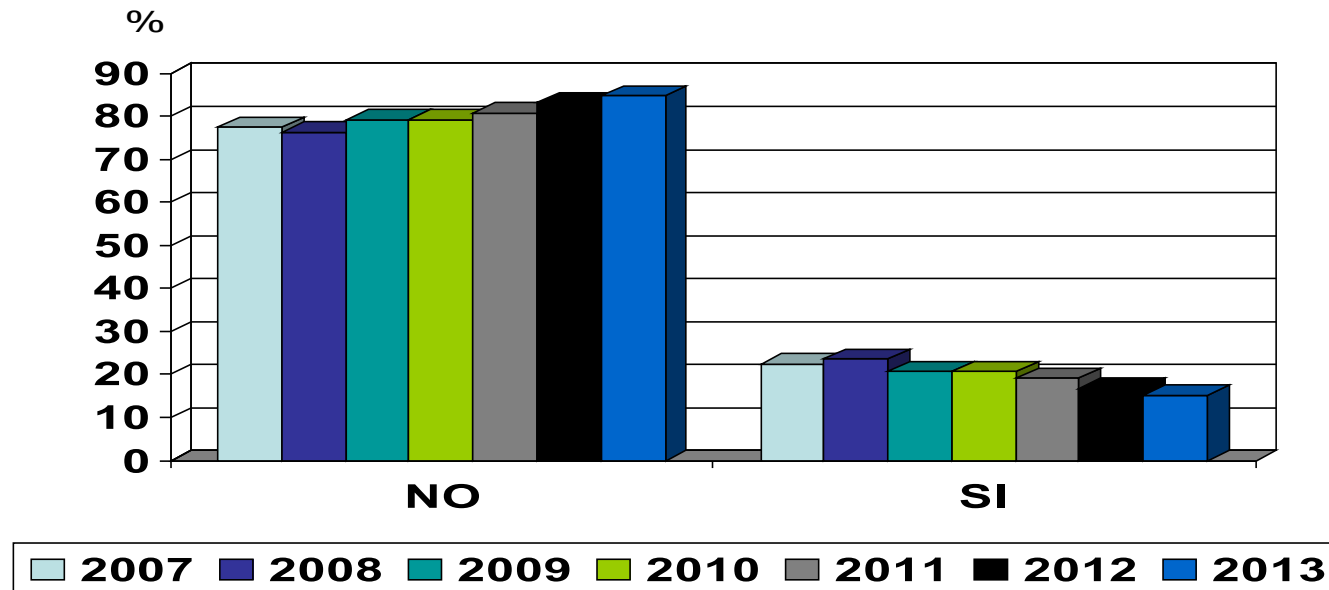


Madres añosas comportan más dificultad para mantener la lactancia materna además de más posibilidad de bajos pesos al nacer. Esta es una tendencia creciente por la incorporación de la mujer a la vida laboral.

EDAD MATERNA (media)

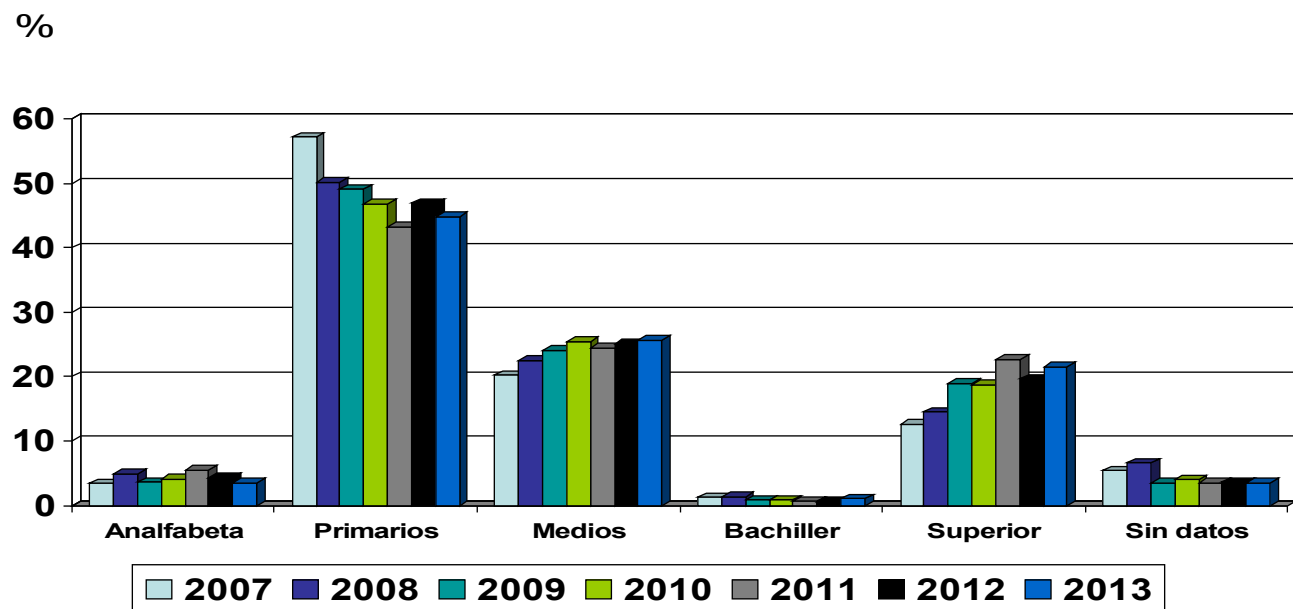


MADRE FUMADORA



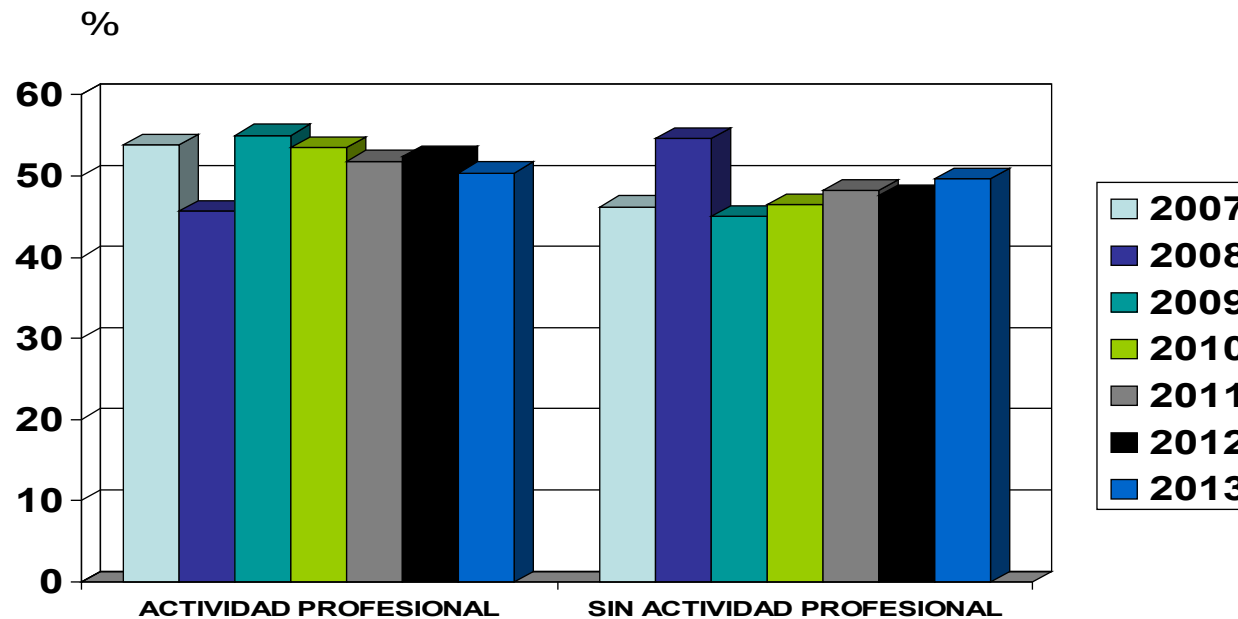
Menos madres fumadoras mejoran el peso al nacer y la posibilidad de patología respiratoria ulterior.

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

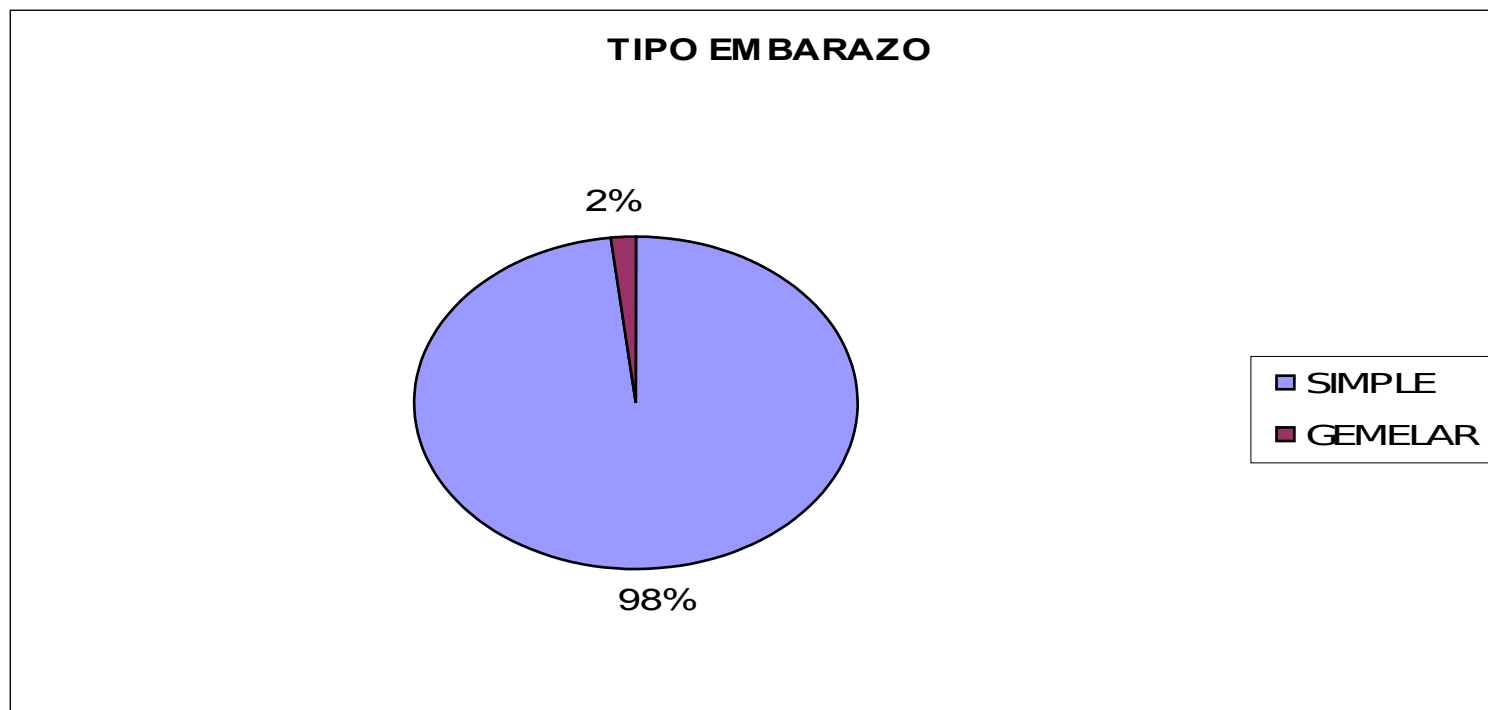


Más de la mitad de las madres desarrollan alguna actividad profesional lo que dificulta la lactancia materna prolongada, favorece la asistencia a guarderías precoz (con los problemas infecciosos añadidos que generan más asistencia sanitaria). Este año también se refleja el aumento del paro.

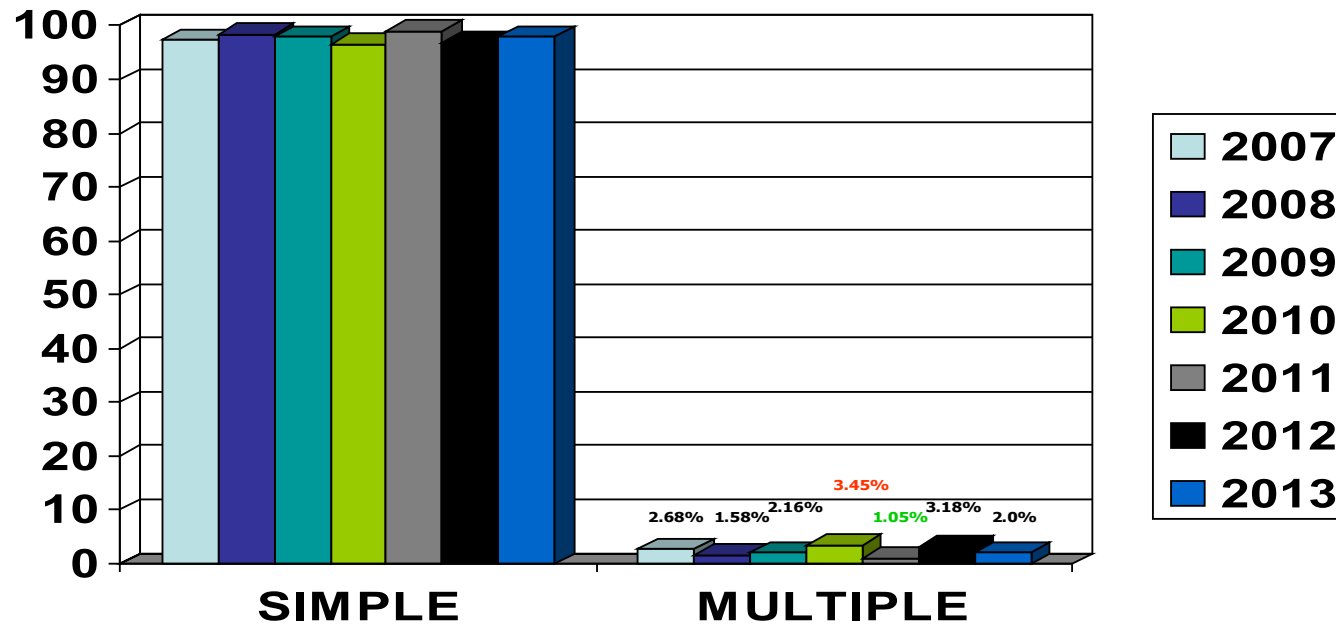
Tipo Embarazo:

SIMPLE	849	98,61%
GEMELAR	17	1,97%

Los gemelares siempre comportan más asistencia y más ingresos y este año han bajado al 2 % del 3.20% (2010:3.45%).

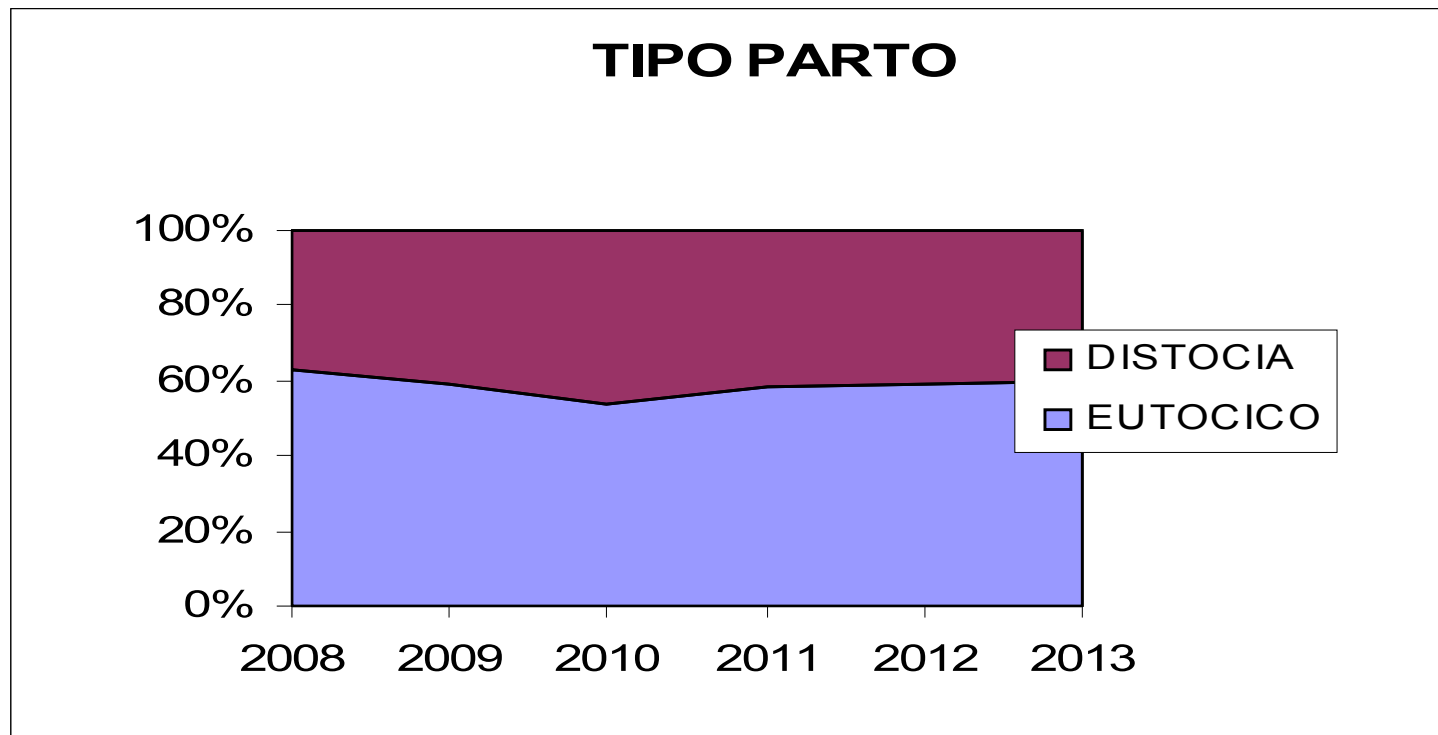


TIPO DE EMBARAZO



Tipo de Parto:

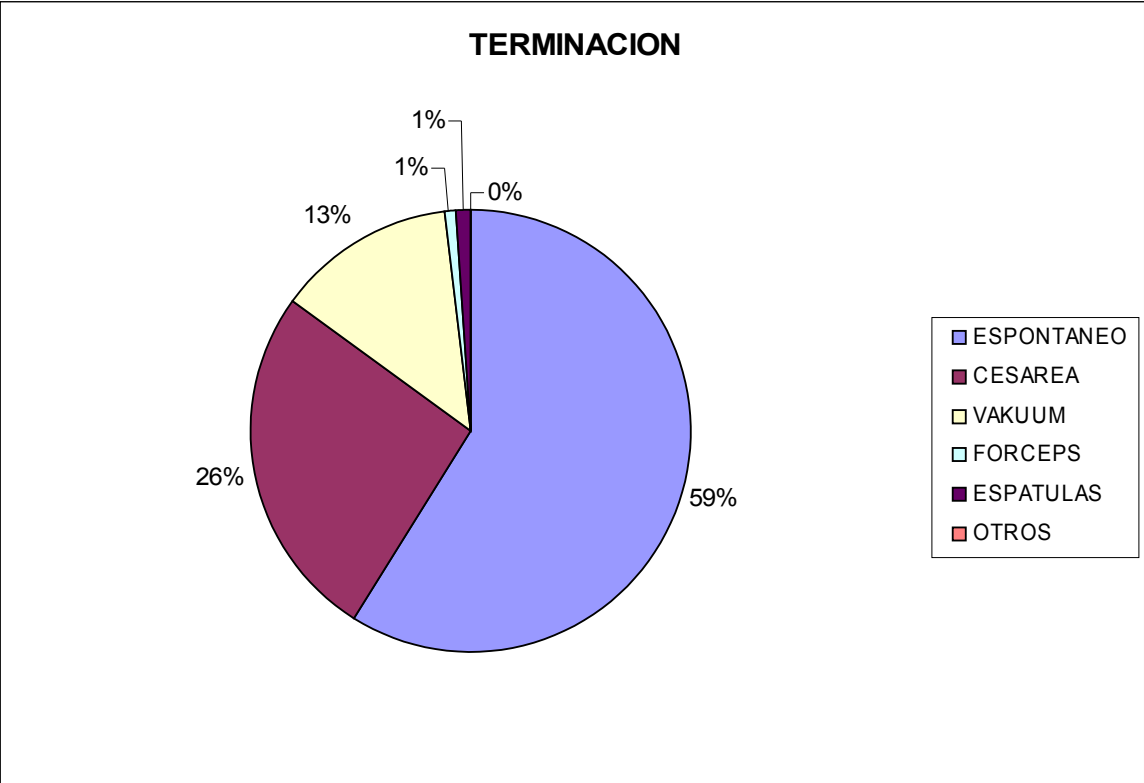
EUTOCICO	517	60,05%
DISTOCIA	346	40,19%



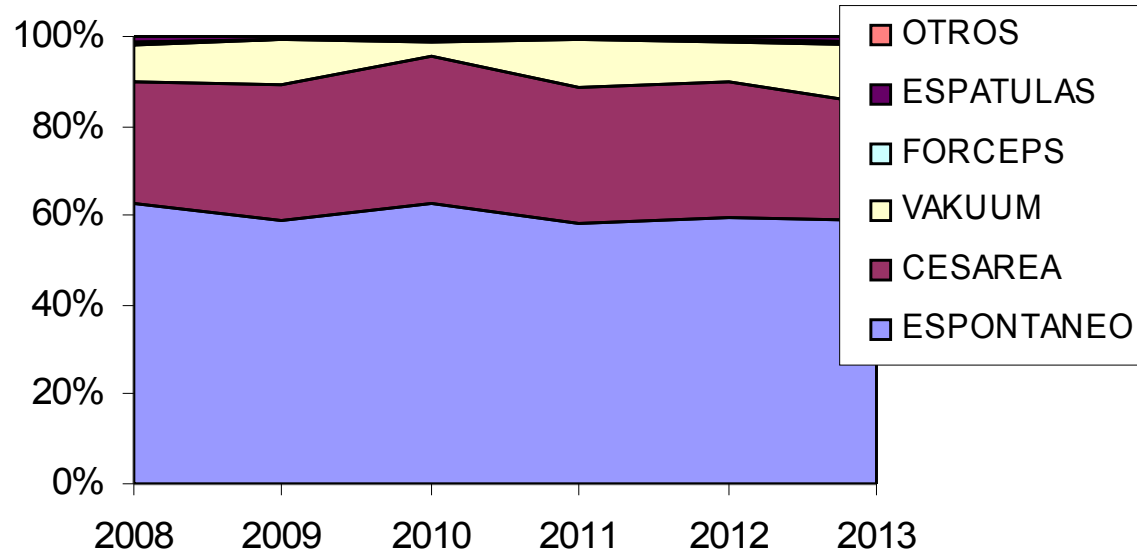
Los Distócicos siempre requieren la presencia de pediatra en el parto. Han mantenido el 41% (en 2008 eran un 37%, en 2009: 41%, 2010:47%) lo que implica que casi la mitad de partos requiere pediatra por distocia.

Forma de terminación:

ESPONTANEO	509	59,12%
CESAREA	227	26,36%
VAKUUM	114	13,24%
FORCEPS	6	0,70%
ESPATULAS	10	1,16%
OTROS	0	0,00%

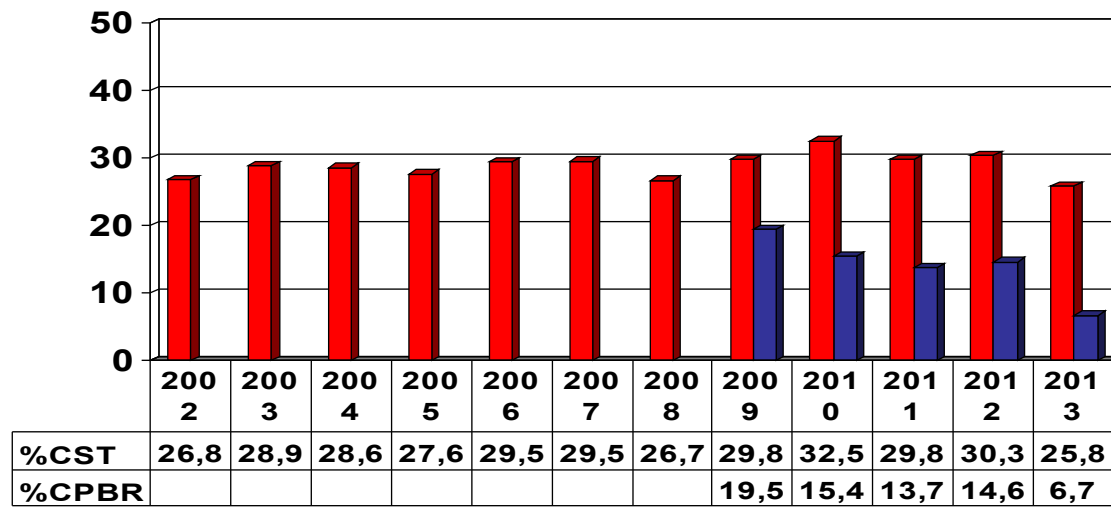


TERMINACION



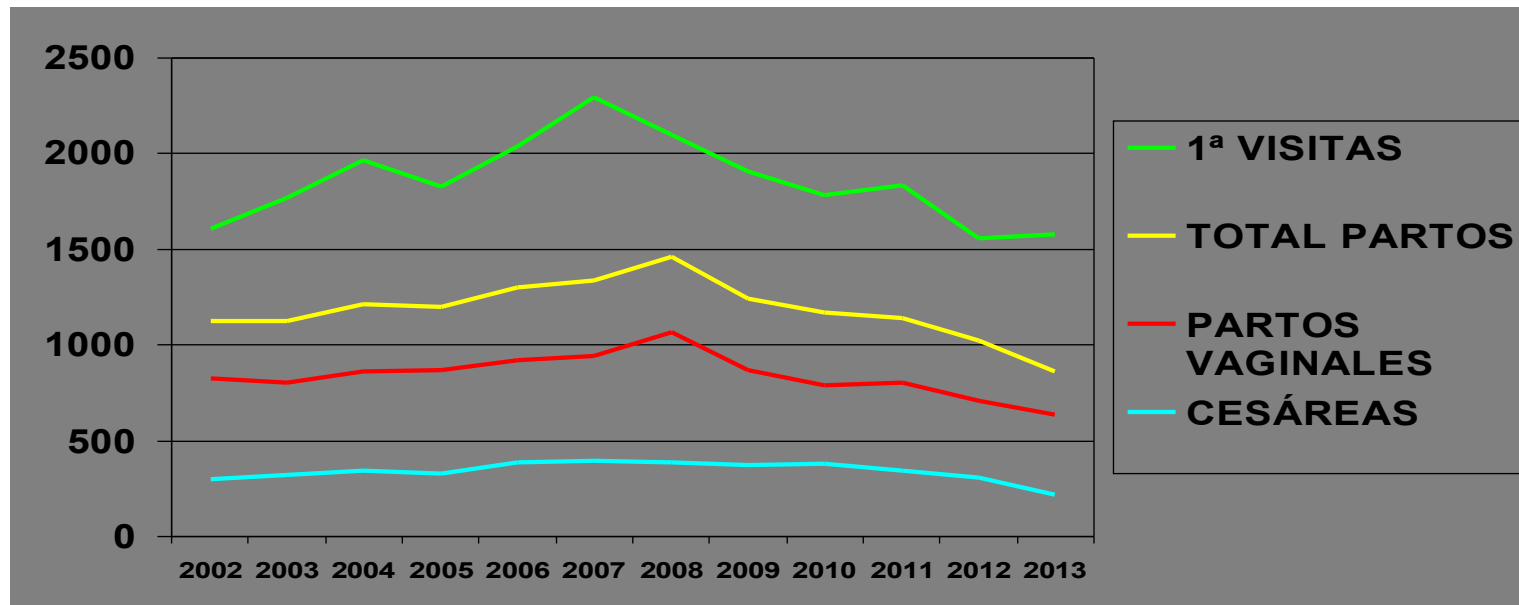
Esta año bajan las cesáreas a 26% (en 2008 eran un 28% en 2009:30% y 2010 :33%) que necesitan asistencia pediátrica siempre y suben mucho los vakuum a un 13%9%, (en 2012: 9%), además de un 0.7 de forceps y 1.1 de espátulas que también se asisten. En total más del 40% de partos necesitan pediatra por estos motivos (no están cuantificados las pérdidas 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.

Cesáreas



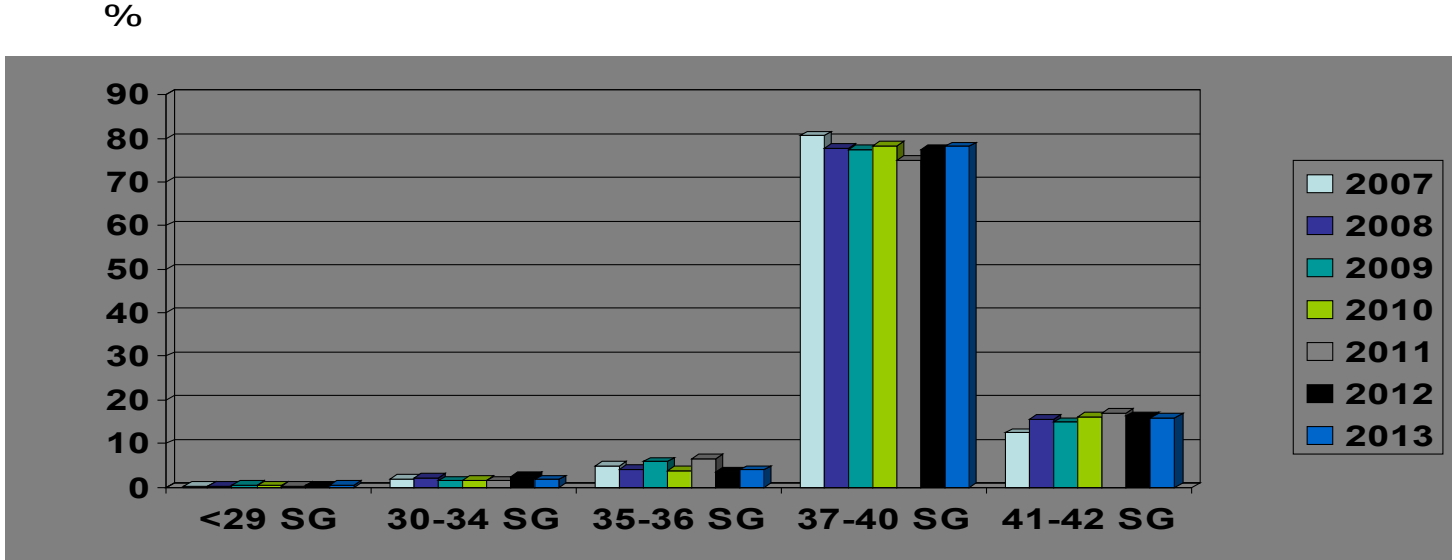
!14%

PARTOS Y CESÁREAS



Edad gestacional:

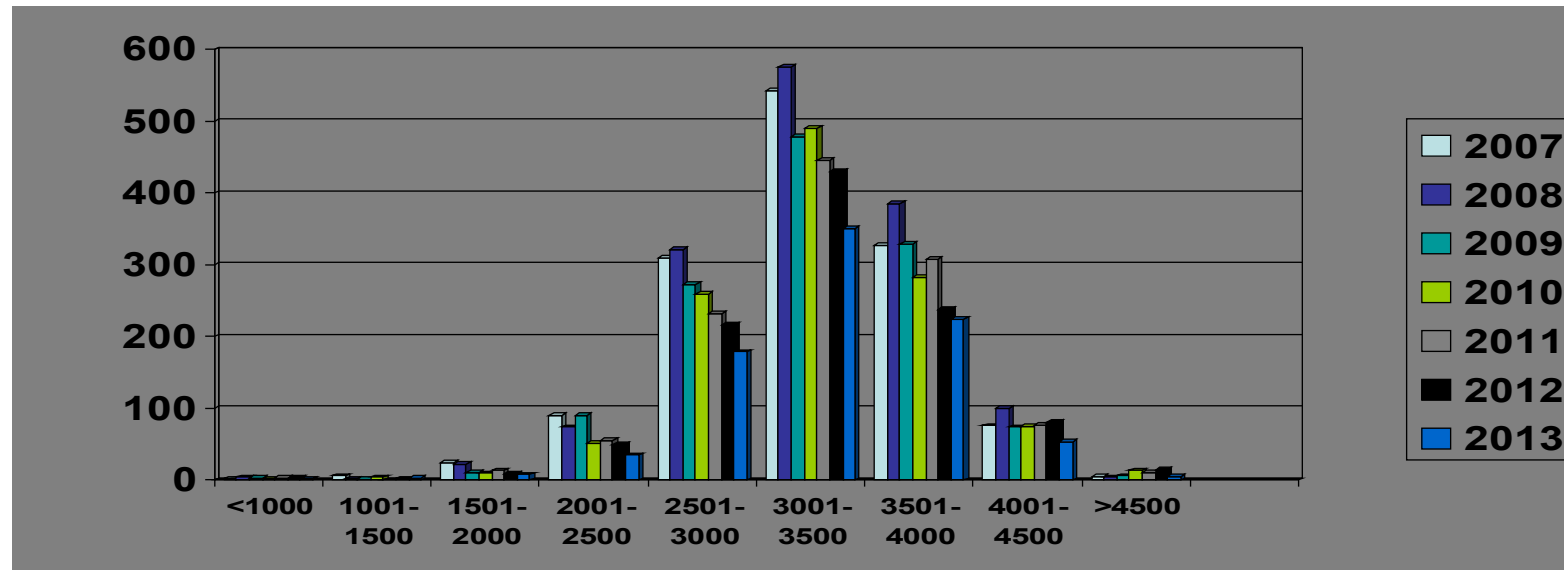
EDAD GESTACIONAL



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

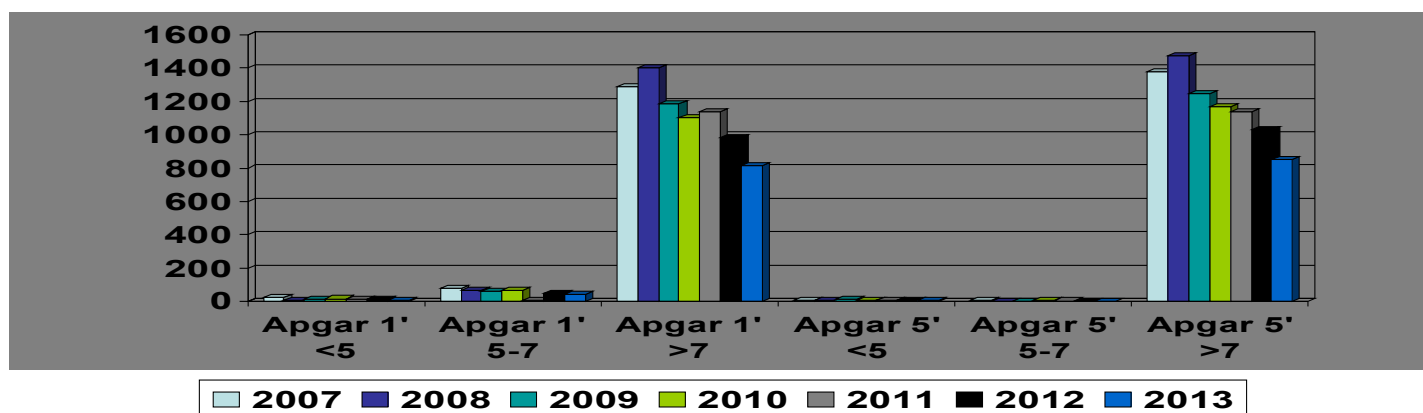


2009: Rango entre 610 y 5280 gr
2010: Rango entre 1000 y 5360 gr
2011: Rango entre 600 y 5320 gr
2012: Rango entre 340 y 5510 gr
2013: Rango entre 590 y 5400 gr

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.

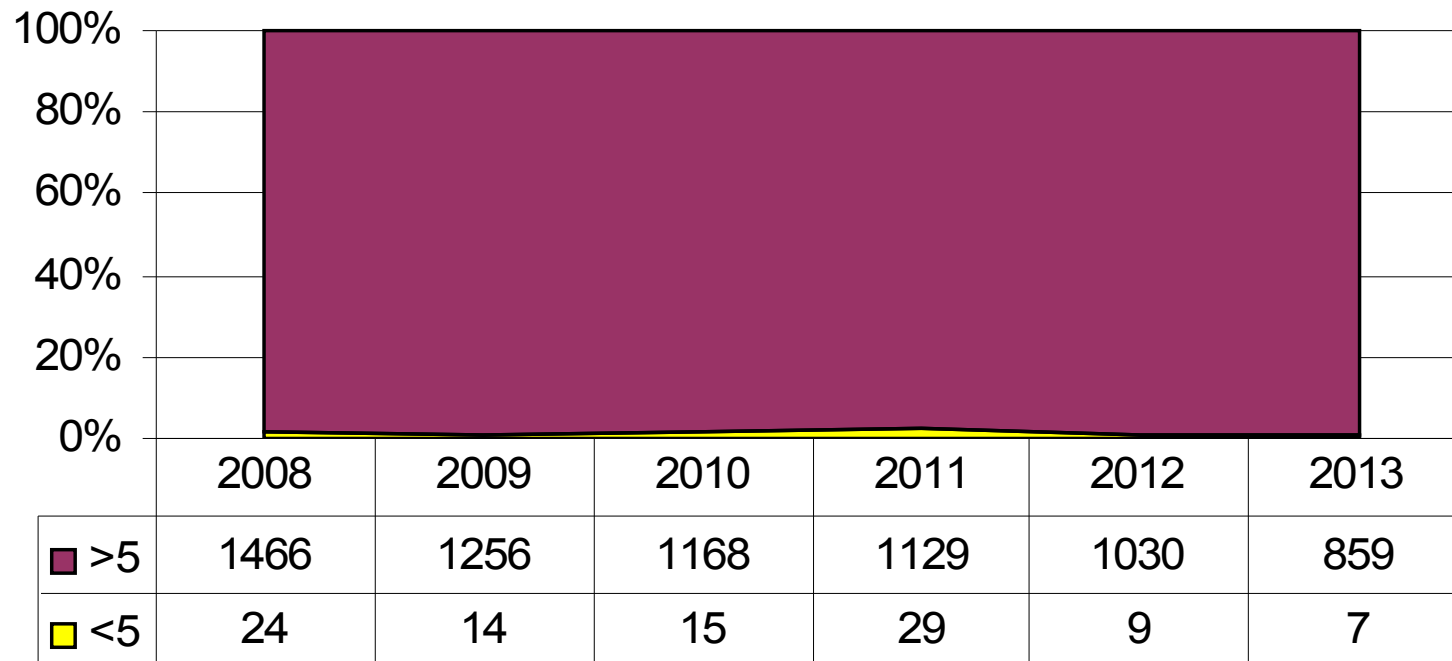
RESULTADOS RN: APGAR



APGAR AL NACER 2013

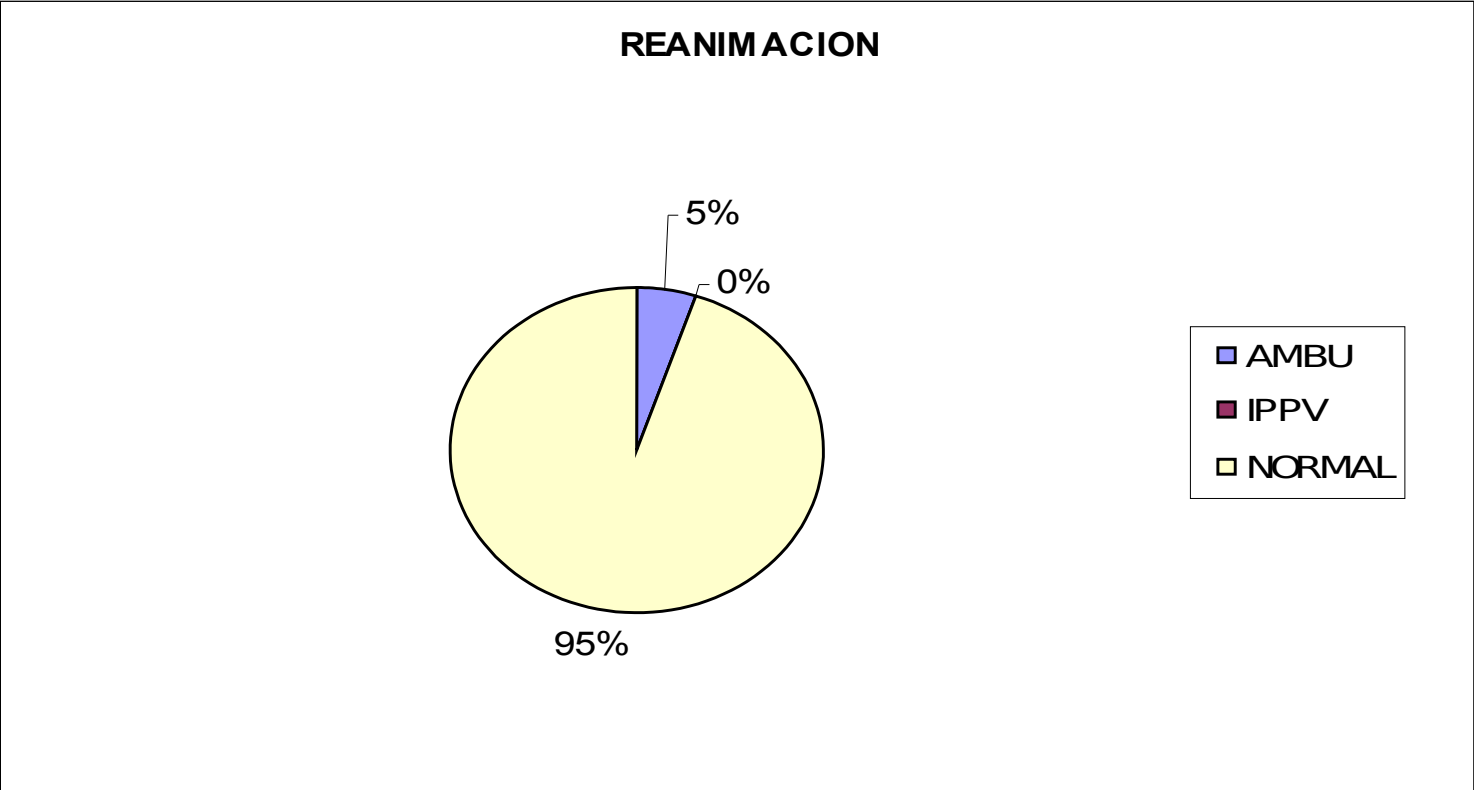
<5	7	0,81%
>5	859	99,77%

APGAR >5

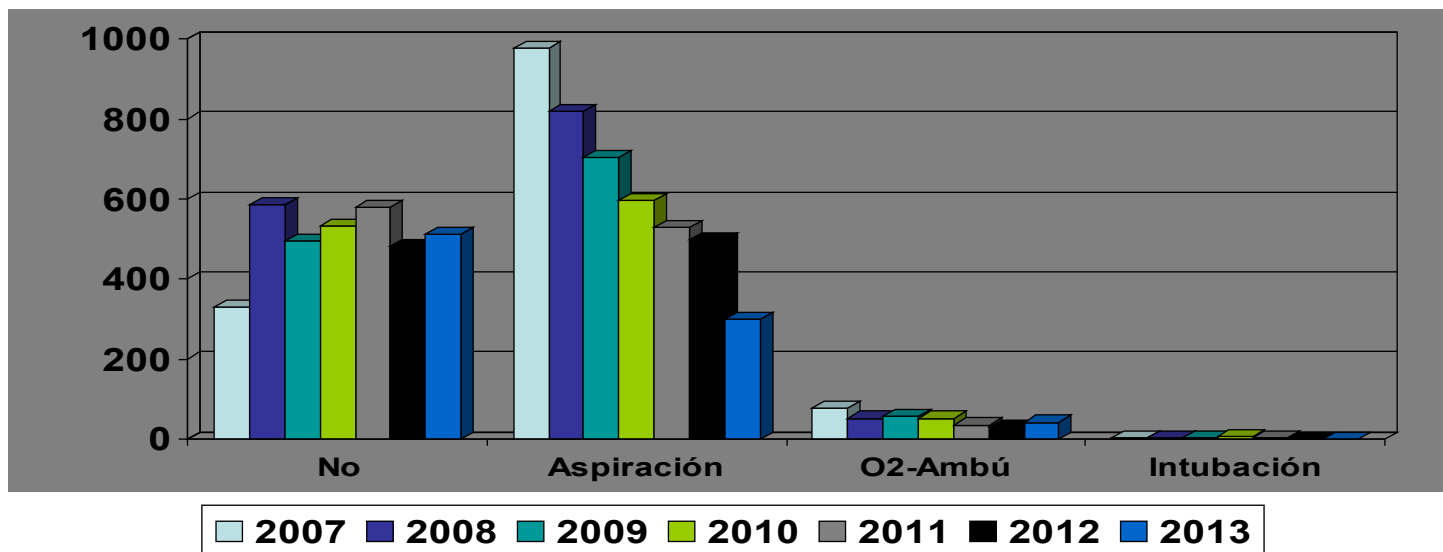


Reanimación: Reanimación simple la gran mayoría de las veces.

AMBU	44	5,11%
IPPV	0	0,00%
NORMAL	822	95,47%

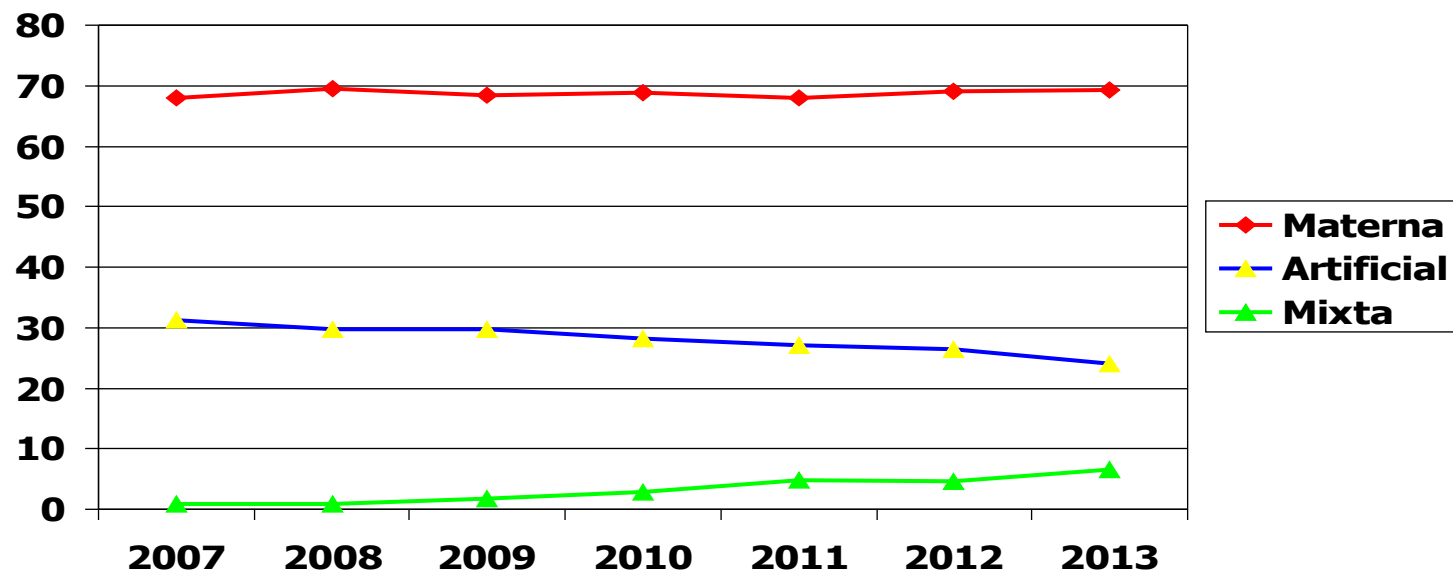


RESULTADOS RN: TIPO REANIMACIÓN

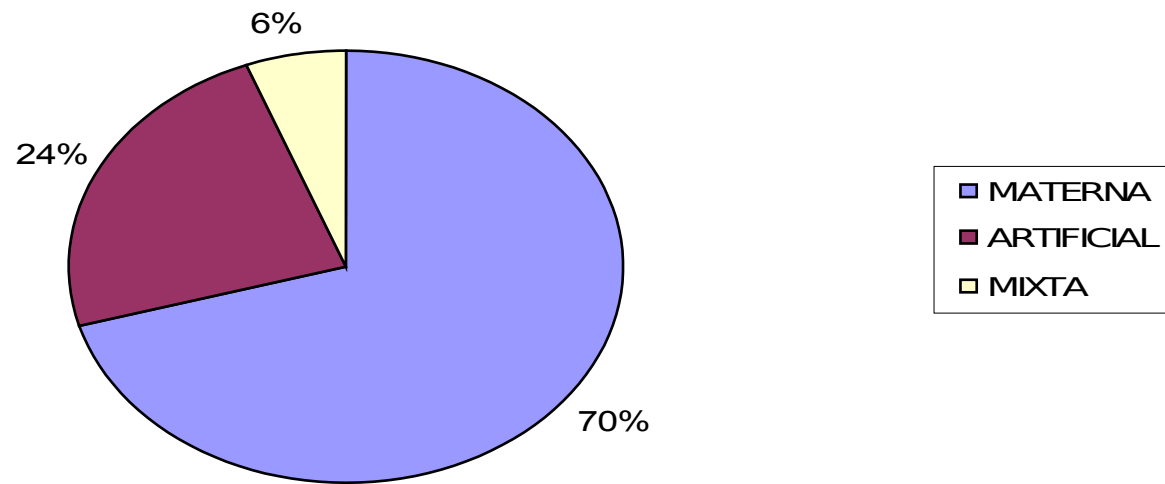


Lactancia: Lactancia materna en torno a 70% (mejor que en 2006 que teníamos un 61% y mejor que el año pasado con 68%). Aquí se refleja el esfuerzo del servicio en formación de todo el personal y los residentes a base de cursos y jornadas de formación.

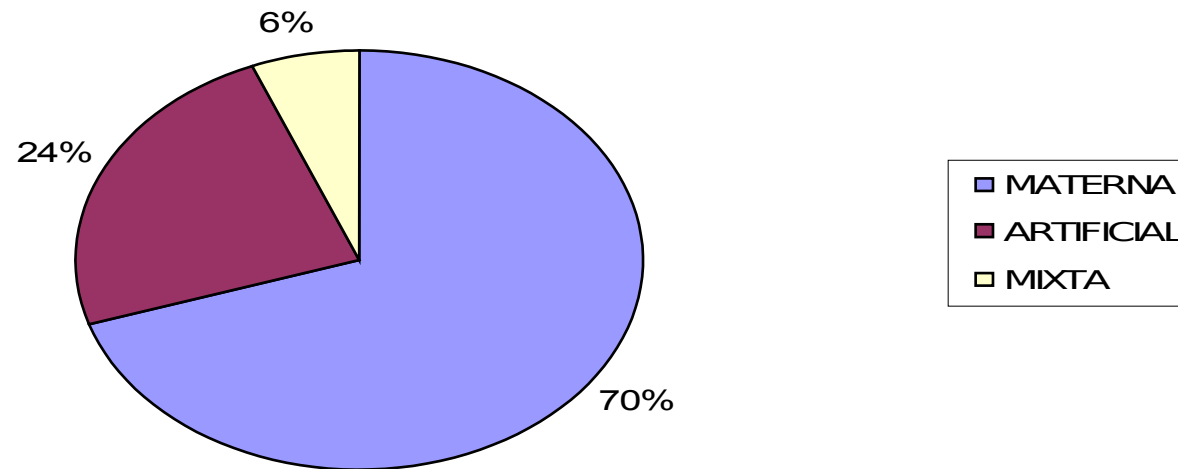
Lactancia (%)



LACTANCIA INICIO

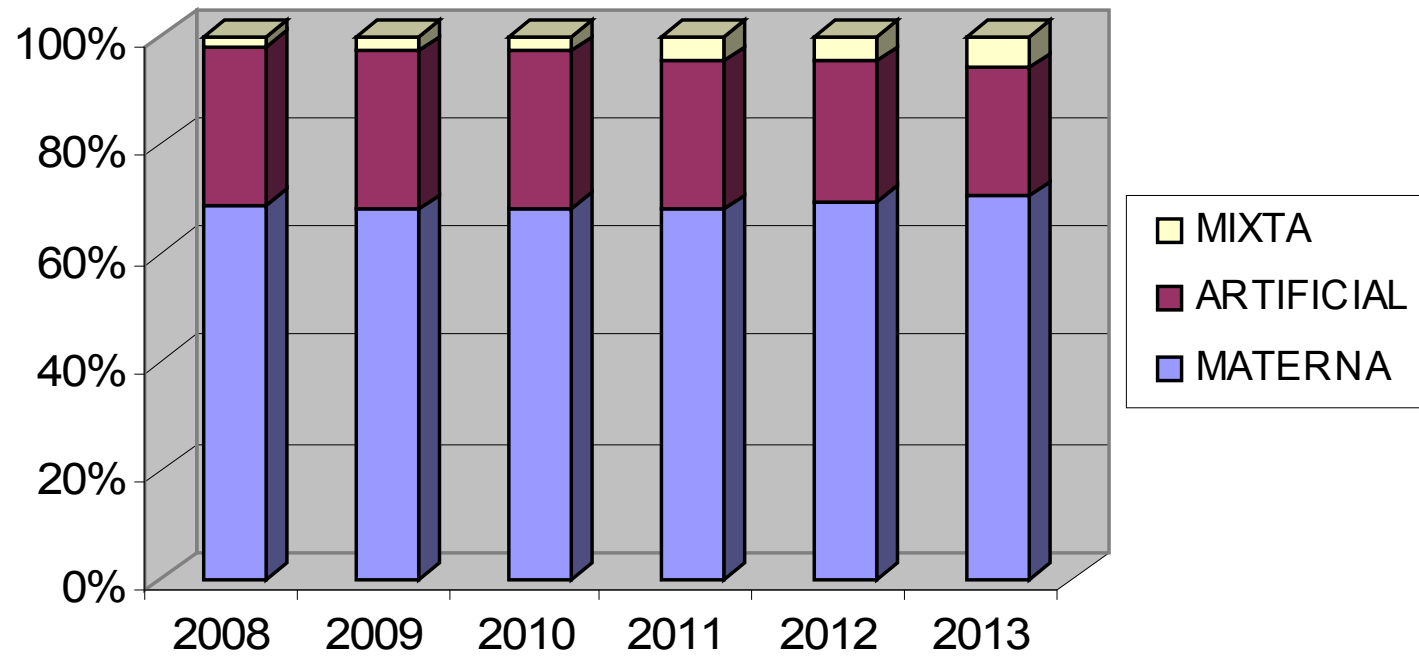


LACTANCIA ALTA

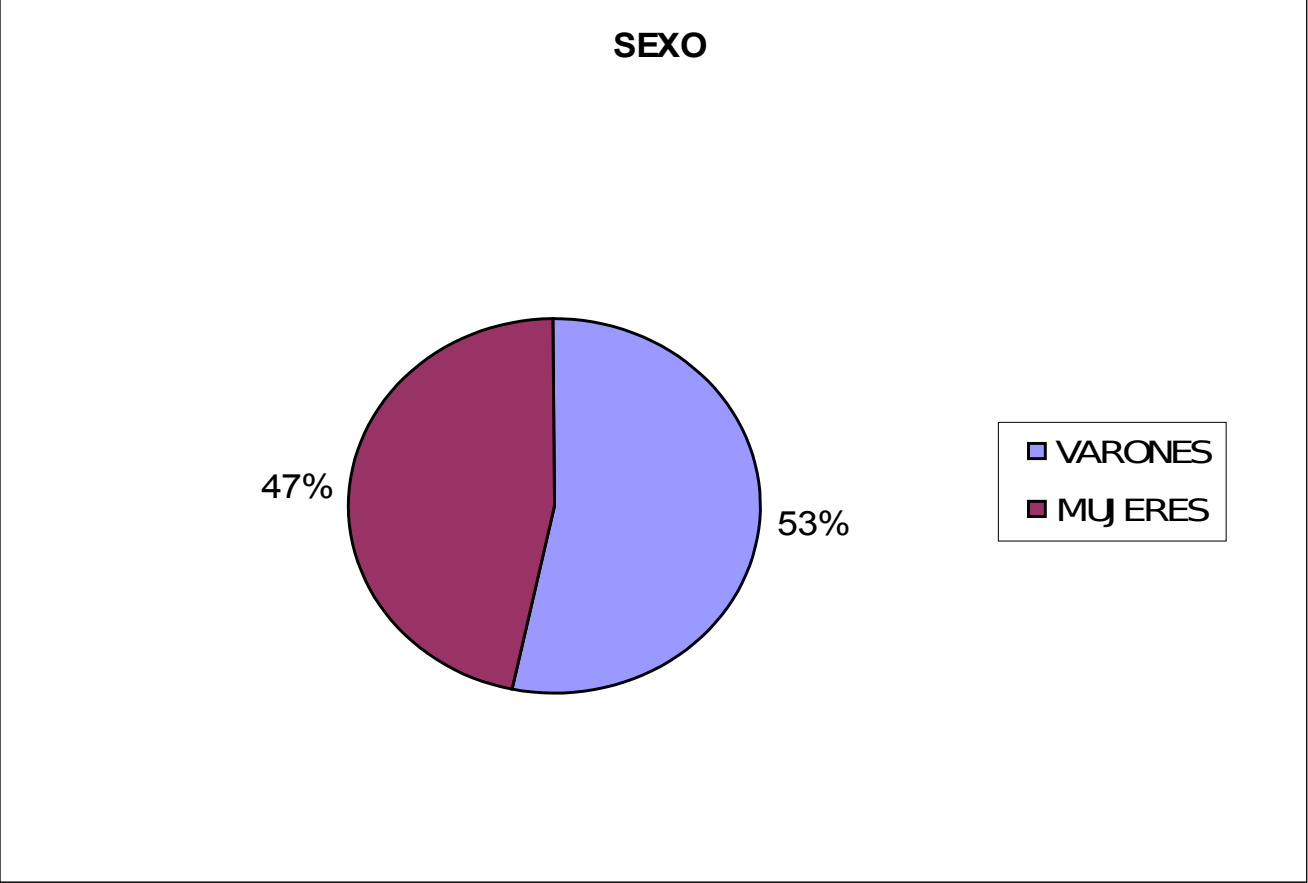


No hay pérdidas significativas en Maternidad, lo que implica buen apoyo del personal, que incluso prefiere una mixta (que aumentan) a perder una lactancia.

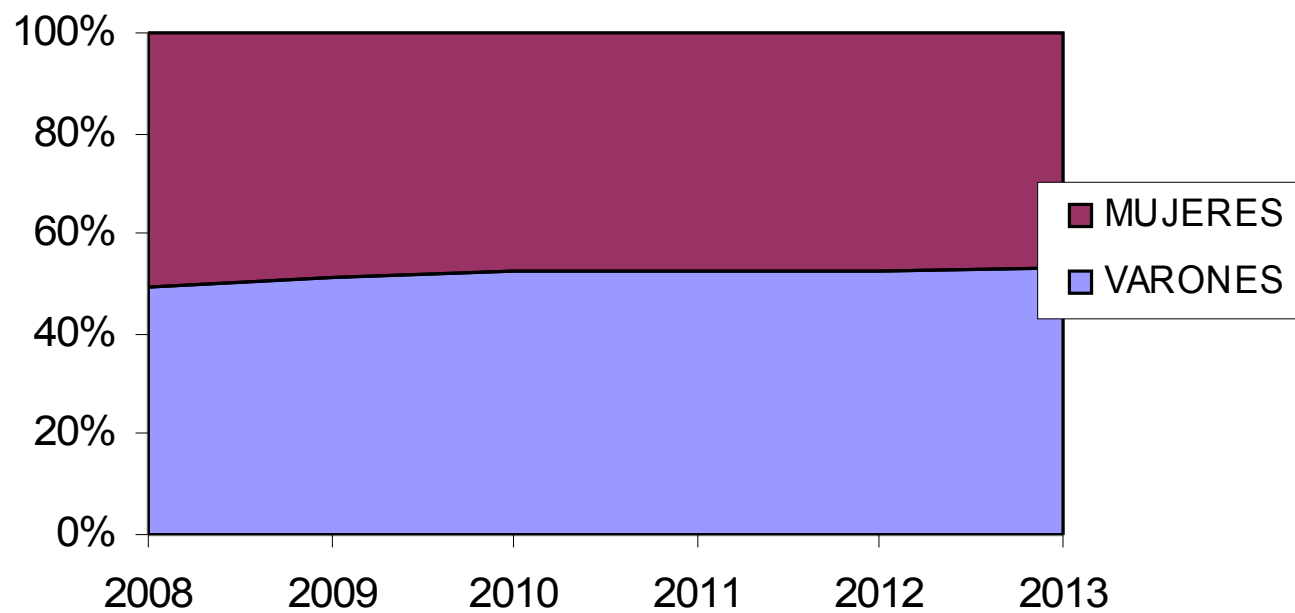
LACTANCIA INICIO



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

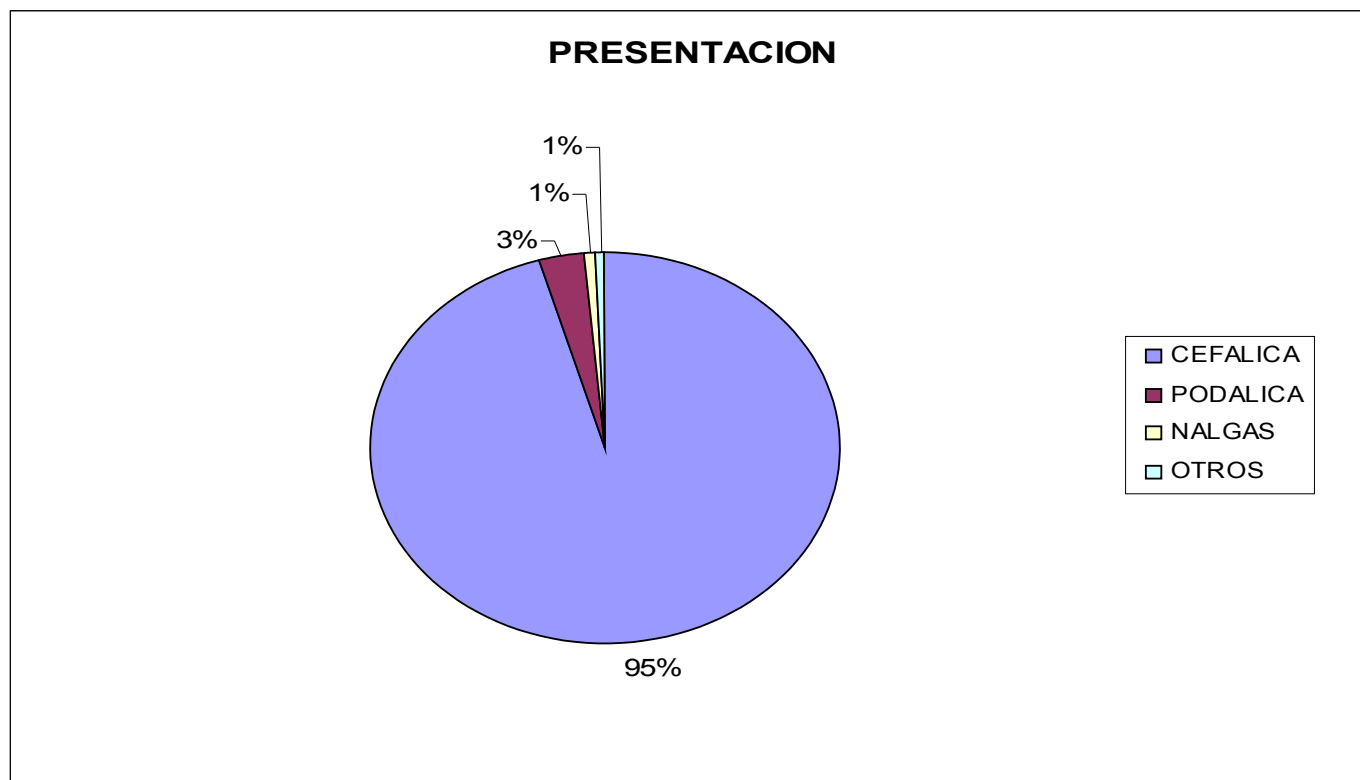


SEXO



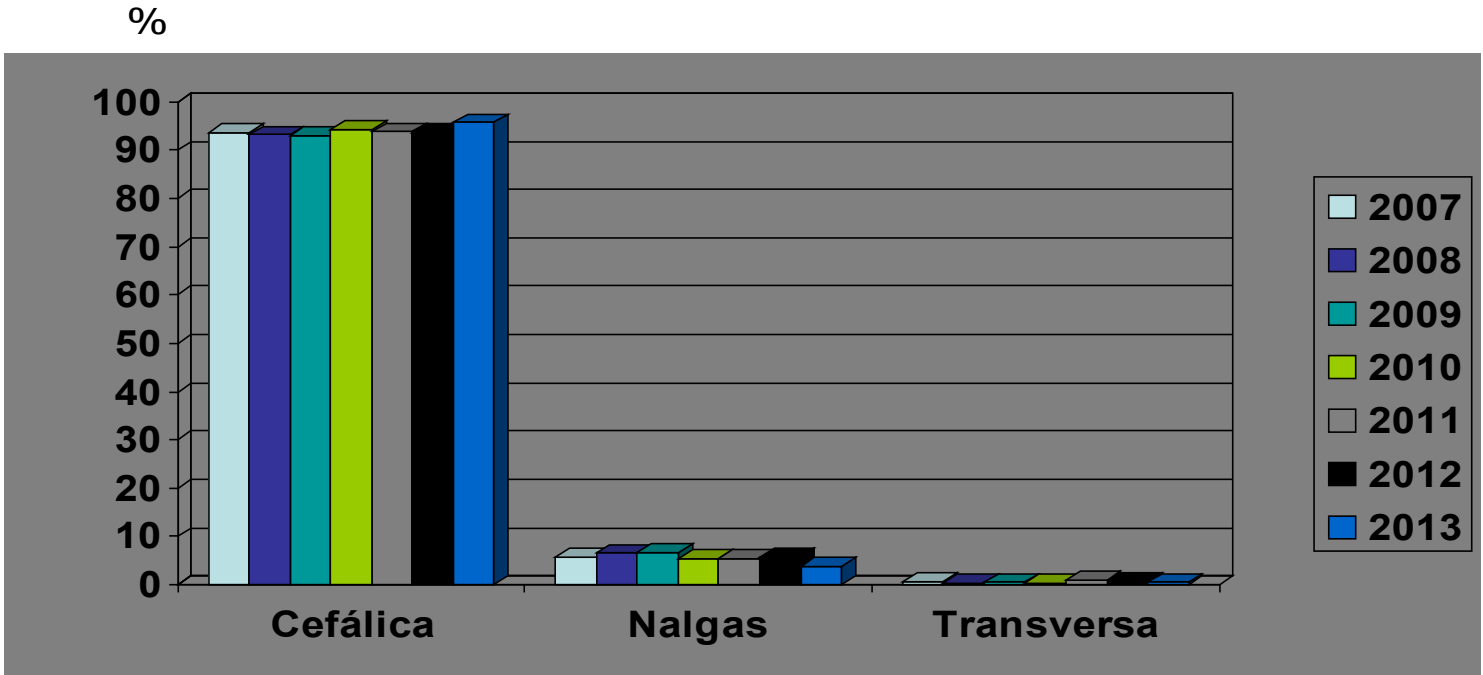
La presentación anteparto ha sido la siguiente:

CEFALICA	828	96,17%
PODALICA	27	3,14%
NALGAS	6	0,70%
OTROS	5	0,58%

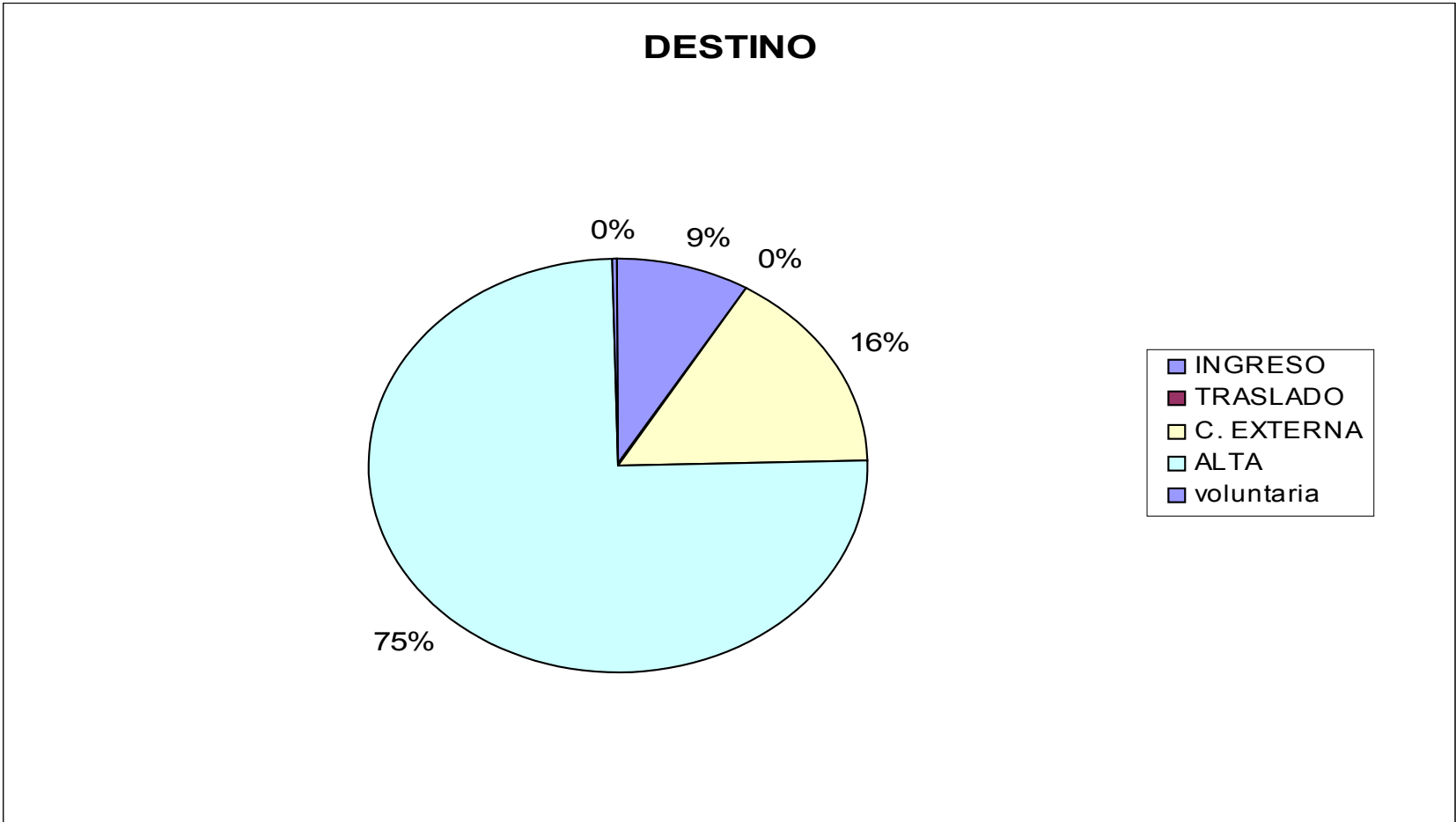


Así pues un 3 % de RN pasan a seguimiento por protocolo de luxación de cadera en CCEE.

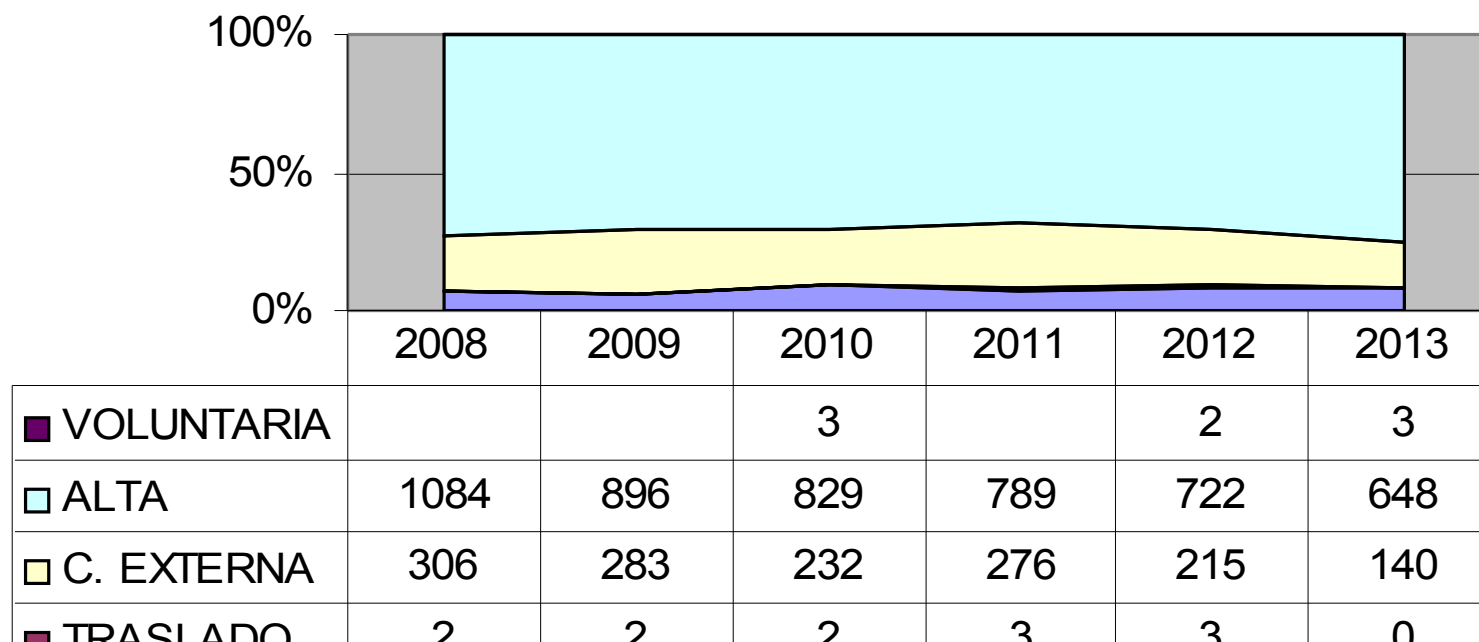
PRESENTACIÓN



El destino final del RN ha sido:



DESTINO



Se puede observar que no existen traslados y que se deriva a CCEE un 16 % de RN lo que genera mucha asistencia (creciente) además del 9 % de ingresos.

MORBILIDAD NEONATAL

Morbi-mortalidad neonatal

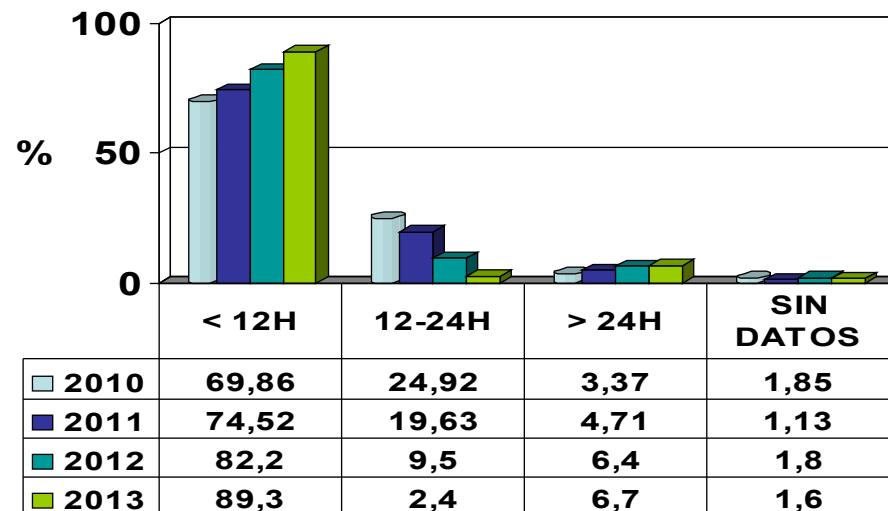
Patología	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cefalohematoma	22	21	34	50	33	34	28
Fractura clavícula	10	19	17	10	12 + 1 húmero	10	3
Ectasia piélica	21	23	15	17	12	17	16
Isoinmunización ABO/RH	5	6	9	10	11	9	11
Malf cardíacas	1 CIA 3 CIV	1 CIV, 1 ductus	1 Fallot, 1 ductus, 3 CIV	3 CIV, 1 CIA, 1 Fallot, 3 ductus	1 CIV, 1 ductus	3 CIV 1 cia	1 CIV
Parálisis braquial			3	3	1	1	1
Aneuploidías	1 Down	2 Down 1 Turner	1 Down, 1 XYY, 1 delección X	0	1 Down, 1 inv C9	1 Down	1 tr18 46XY/45 XO
Macrocefalia	6	10	13	9	12	8	4
Malf genitourinarias	3	21	23	24	15	16	15
Muertes perinatales	5	7	10	6	6	7	7
Hemangiomas		14	10	13	19	16	5
Riesgo sepsis RN			90	85	81	78	48
RN PEG			49	26	31	52	11
Depresión RN			41	30	30	24	18

A valorar la menor incidencia de fracturas de clavículas y parálisis braquial que hace pensar en partos mejor procesados. También hay menos PEG y menos depresión RN de forma significativa. El resto de patologías es similar. La gran mayoría de estos casos acaban siendo controlados en CCEE.

Morbilidad durante la gestación

Patología	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gestación no controlada	26	36	21	32	22	16	18
Diabetes gestacional	29	24	33	31	36 (8 ins)	24 (4 ins)	17(5 ins)
Patología tiroidea	26	28	24	20	15	18	30
Amenaza de aborto	21	37	26	14	13	14	13
APP	13	17	14	10	32	19	15
EHE	22	18	20	17	24	18	10
Oligoamnios	9	16	11	13	13	7	5
EGB (+)	176 (13.12%)	230 (15.8%)	170 (13.7%)	197 (16.6%)	178 (15.5%)	158 (15.2%)	130 (15.0%)
ITU	18	24	27	30	17	28	22
Eclampsia	2	4	5	10	5	2	1
Hepatitis B	8	5	13	11	9	8	4
HIV / Hep C						2 / 3	0/0

HORAS DE BOLSA ROTA



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

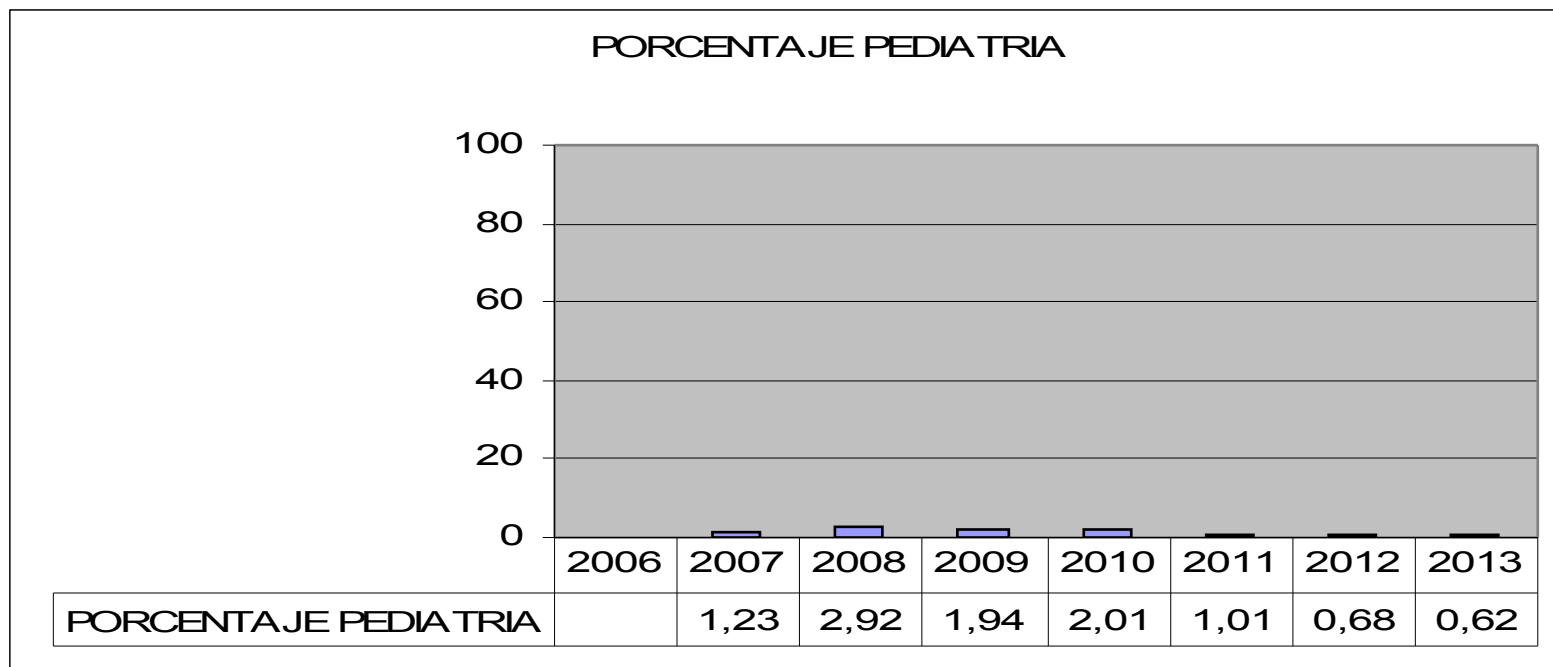
Global Pediatría:							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GRD Inválido e indeterminados:%			0	0	0	0	0
Altas sin Diagnostico:%			0	0	0	0	0
Diagnósticos por alta:		2,07	2,36	2,29	2,36	2,45	2,28
Diagnósticos 2º por alta:		1,07	1,44	1,36	1,36	1,43	
Procedimientos por alta:		0,01	0,02	0,05	0,09	0,1	0,18
Complicaciones Hospitalarias:%		0	0,37	0,46	0,25	0,28	
Exitus:			0	0	1	0	0
Reingresos Urgentes a 3 días:%	2,79	0,94	0,66	1,22	1,05	0	8,15
Reingresos a 3d con igual CDM:%.	1,82	0,31	0,4	0,49	0,53	0	0,84
Hospitalizaciones potencial.evitables:%			8,21	5,19	5,02	5,47	
Neonatos:							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
GRD Inválido e indeterminados: %			0	0	0	0	0
Altas sin Diagnostico: %			0	0	0	0	0
Diagnósticos por alta:			2,56	2,61	2,86	3,1	2,86
Diagnósticos 2º por alta:			1,56	1,62	1,86	2,1	
Procedimientos por alta:			0	0,01	0,04	0	0,01
Complicaciones Hospitalarias:				1,1	0,53	0	0
Exitus:			1	0	0	1	0
Reingresos Urgentes a 3 días:%			1,89	0,56	0,6	0	0,6
Reingresos a 3d con igual CDM: %			1,89	0,56	0,6	0	0,6
Hospitalizaciones potencial.evitables:%			5,88	3,39	3,74	1,41	

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).

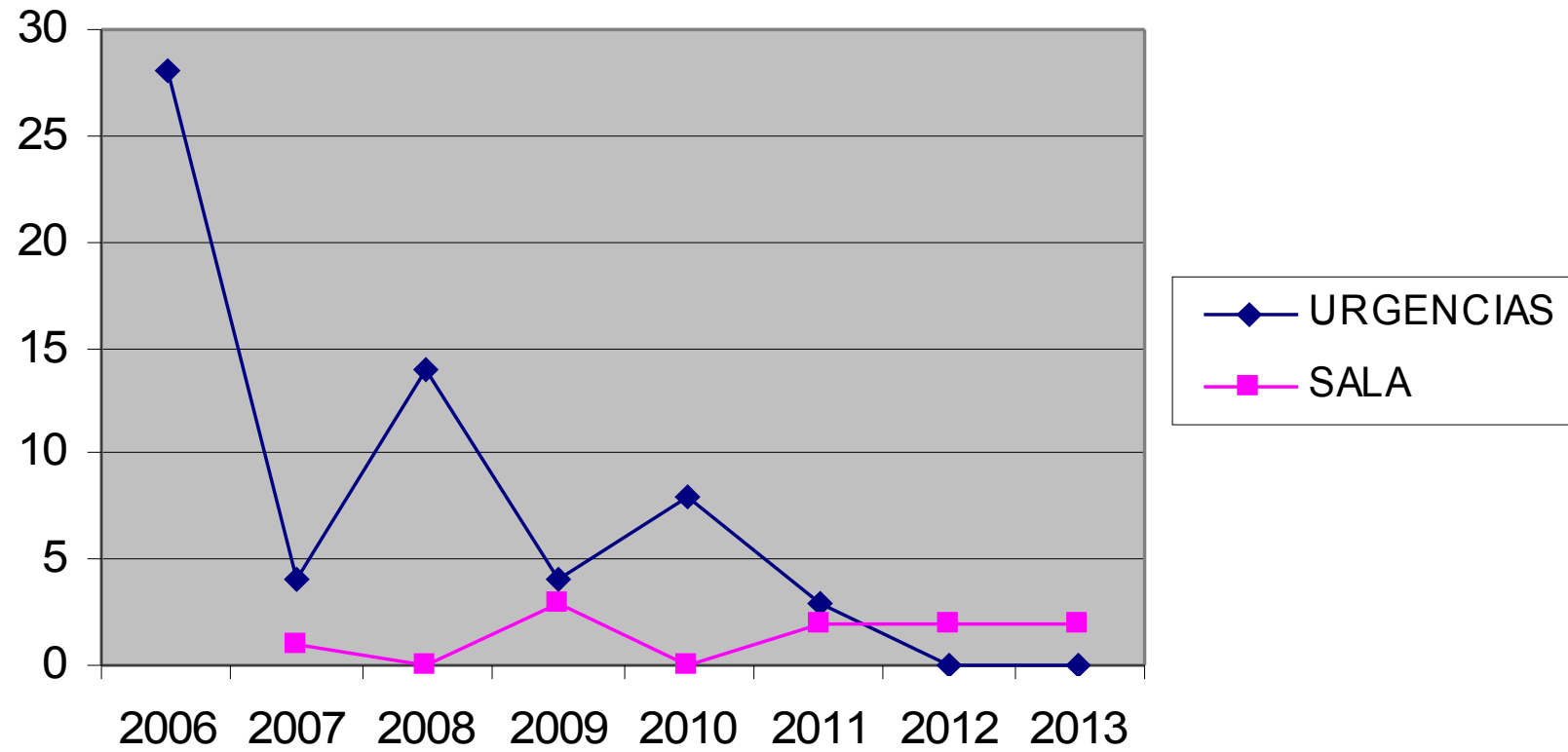
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Var. %
Casos con 0 Diagnósticos Codificados	0	0	
Casos con 1 Diagnósticos Codificados	15	14	7
Casos con 2 Diagnósticos Codificados	54	42	29
Casos con 3 Diagnósticos Codificados	57	50	14
Casos con 4 Diagnósticos Codificados	24	15	60
Casos con 5 Diagnósticos Codificados	12	7	71
Casos con más de 5 Diagnósticos Codificados	4	14	-71
Casos con 0 Procedimientos Codificados	165	142	16
Casos con 1 Procedimientos Codificados	1	0	
Casos con 2 Procedimientos Codificados	0	0	

RECLAMACIONES Y AGRADECIMIENTOS

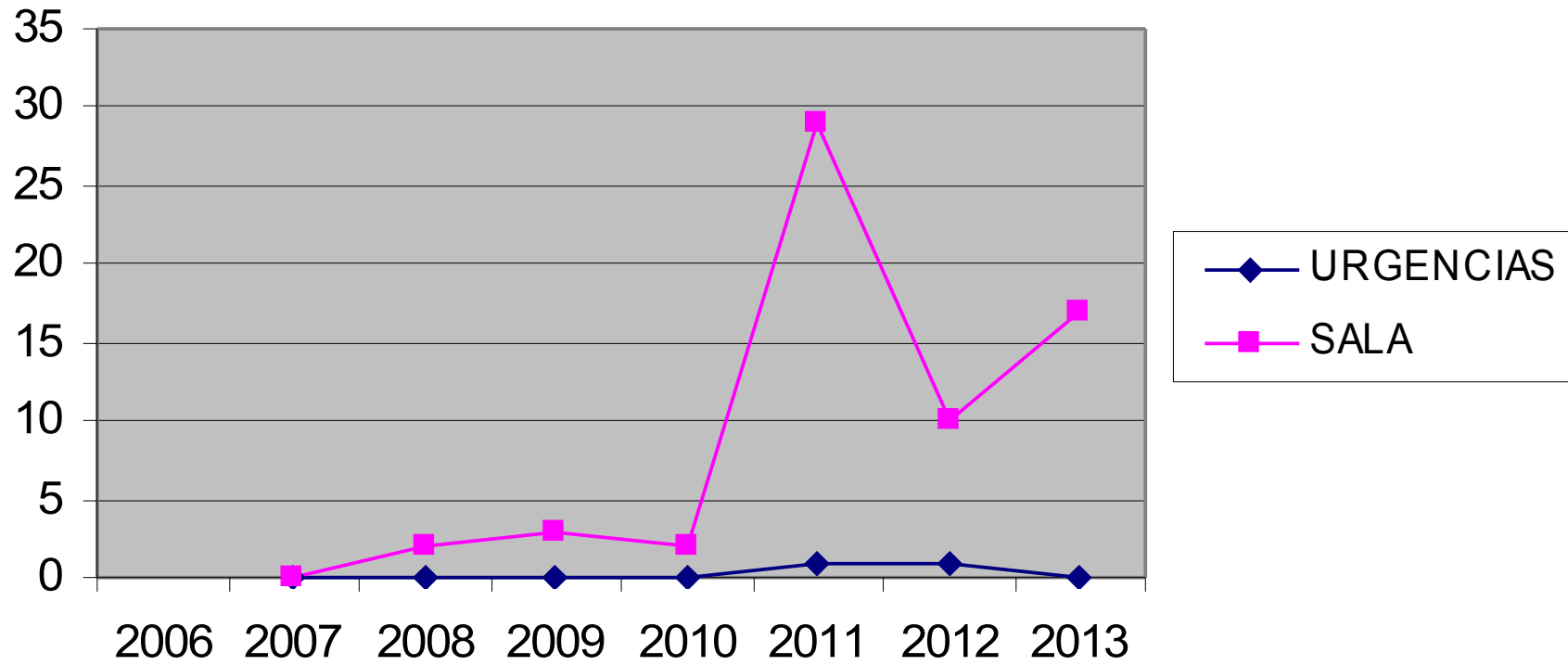
En global hemos bajado las reclamaciones a mínimos históricos; en urgencias gracias a los cambios introducidos en espacio y personal dedicado y en las de sala por mejor asistencia y manejo del paciente, que se refleja en intentar siempre una asistencia sobresaliente, como refleja el numero de agradecimientos. 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 2013

DATOS BRUTOS

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Brutas	656	711	-55
Estancia Media Bruta	2,73	2,67	0,05
PM Bruto	0,8448	0,9676	-0,1228
EN Norma Bruta	4,77	4,5	0,27
Diferencia Norma	-2,05	-1,83	-0,22
EMAC Bruta	2,79	3,49	-0,69
EMAF Bruta	3,11	3,06	0,05
IEMA Bruto	0,8766	0,8745	0,0022
Índice Casuístico	0,6513	0,6789	-0,0276
Índice Funcional	0,5853	0,7745	-0,1892
Impacto (Est Evitables) - Brutas	-252	-273	21

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)

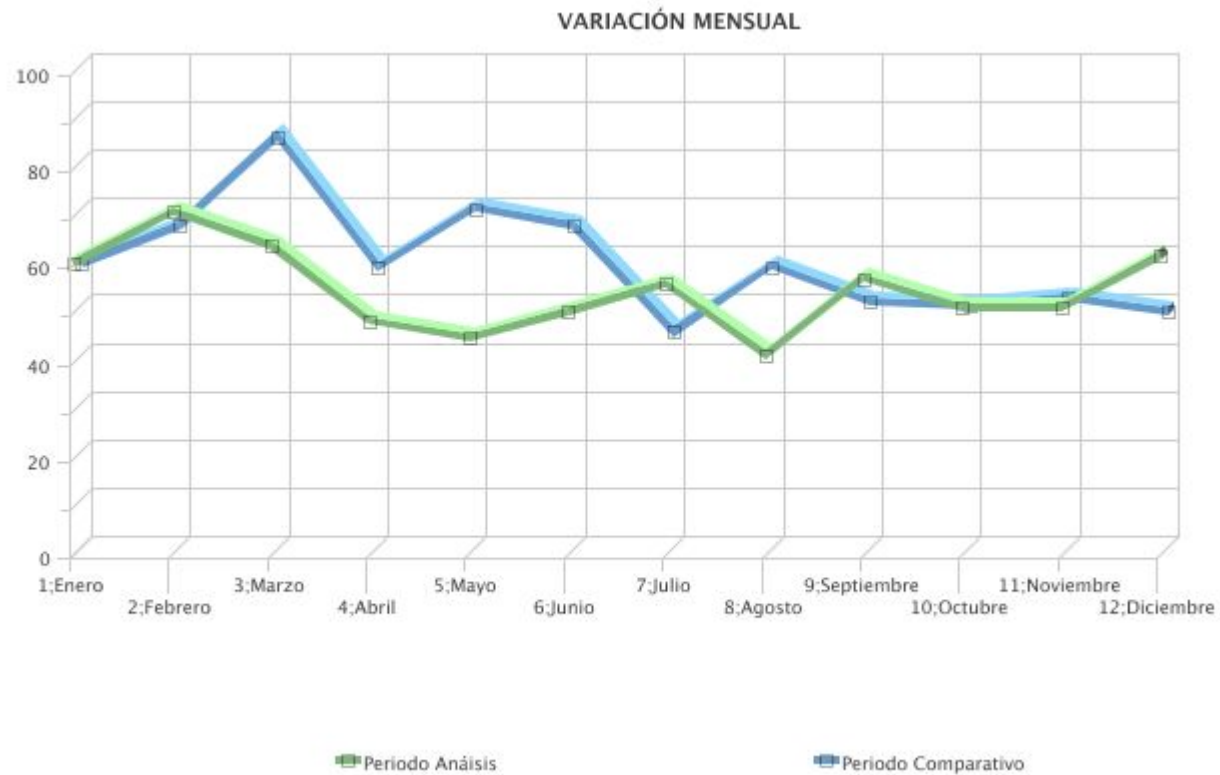
Cama Día Evitable: Ocupación de Camas ahorradas o consumidas (Est. Evitables / Días Periodo)

La estancia media bruta e inliers es similar respecto a la comparación lo que implica buena gestión.

DATOS INLIERS

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación Abs
Altas Inliers	606	683	-77
EM Inliers	2,53	2,39	0,14
PM Inliers	0,86	0,9799	-0,1199
EM Norma Depurada	4,59	4,16	0,43
Diferencia Norma	-2,06	-1,77	-0,29
EMAC Inliers	2,81	3,02	-0,21
EMAF Inliers	2,93	2,79	0,14
IEMA Inliers	0,865	0,8562	0,0089
Índice Casuístico Inliers	0,638	0,6715	-0,0336
Índice Funcional	0,6117	0,7264	-0,1147
Impacto (Est Evitables) - Inliers	-239,67	-274,54	34,87

Se dan altas todos los días



Los meses de más presión son de enero a mayo tradicionalmente pero el año pasado todo el año fue similar la presión.

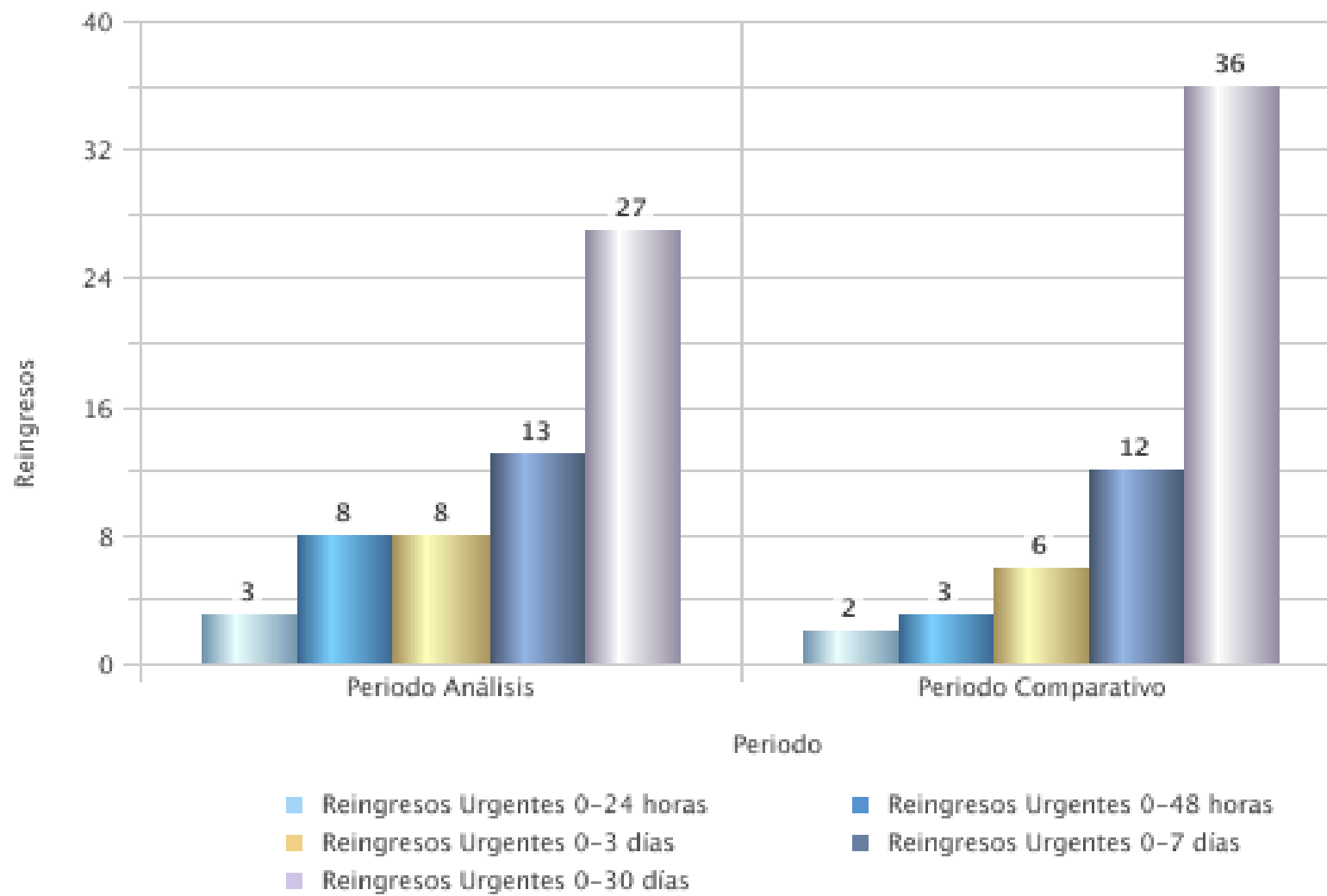
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos 0-24 horas	6	7	-1
Reingresos 0-48 horas	28	41	-13
Reingresos 0-3 días	36	58	-22
Reingresos 0-7 días	47	89	-42
Reingresos 0-30 días	81	155	-74
Reingresos +30 días	91	96	-5
Reingresos Total	172	251	-79

Reingresos. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro despues 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

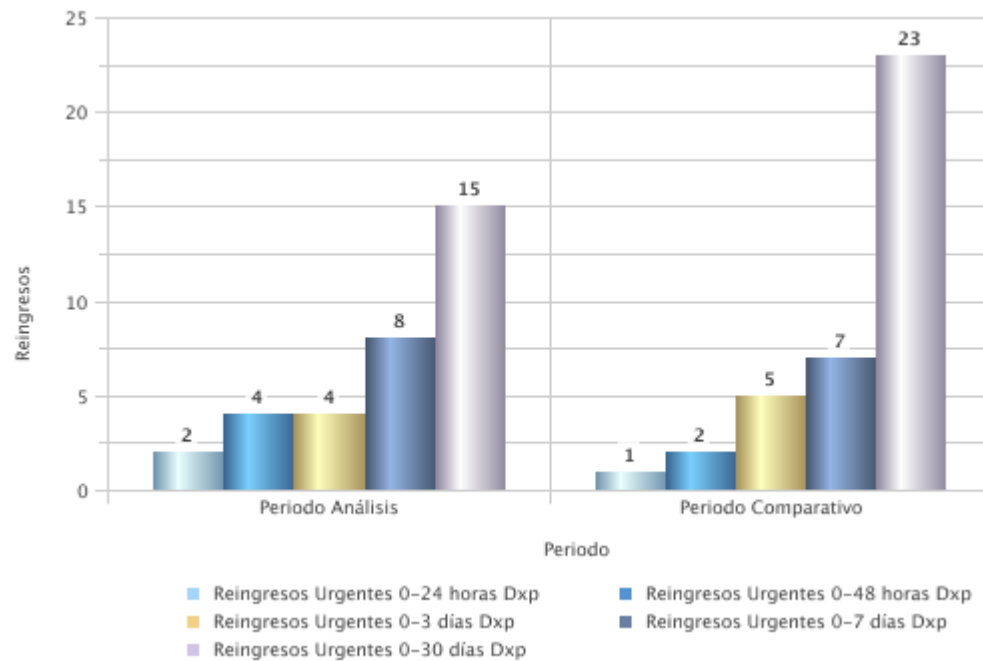
Reingresos Urgentes Oficiales. Son aquellos episodios de pacientes que ingresan en el Centro despues de haber tenido otro episodio de ingreso en el Centro en **menos de 30 días**, siendo el nuevo ingreso de Tipo Urgente y ambos episodios agrupados bajo la **misma Categoría Diagnóstica Mayor** (Distinta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

Menos reingresos urgentes que el año pasado.



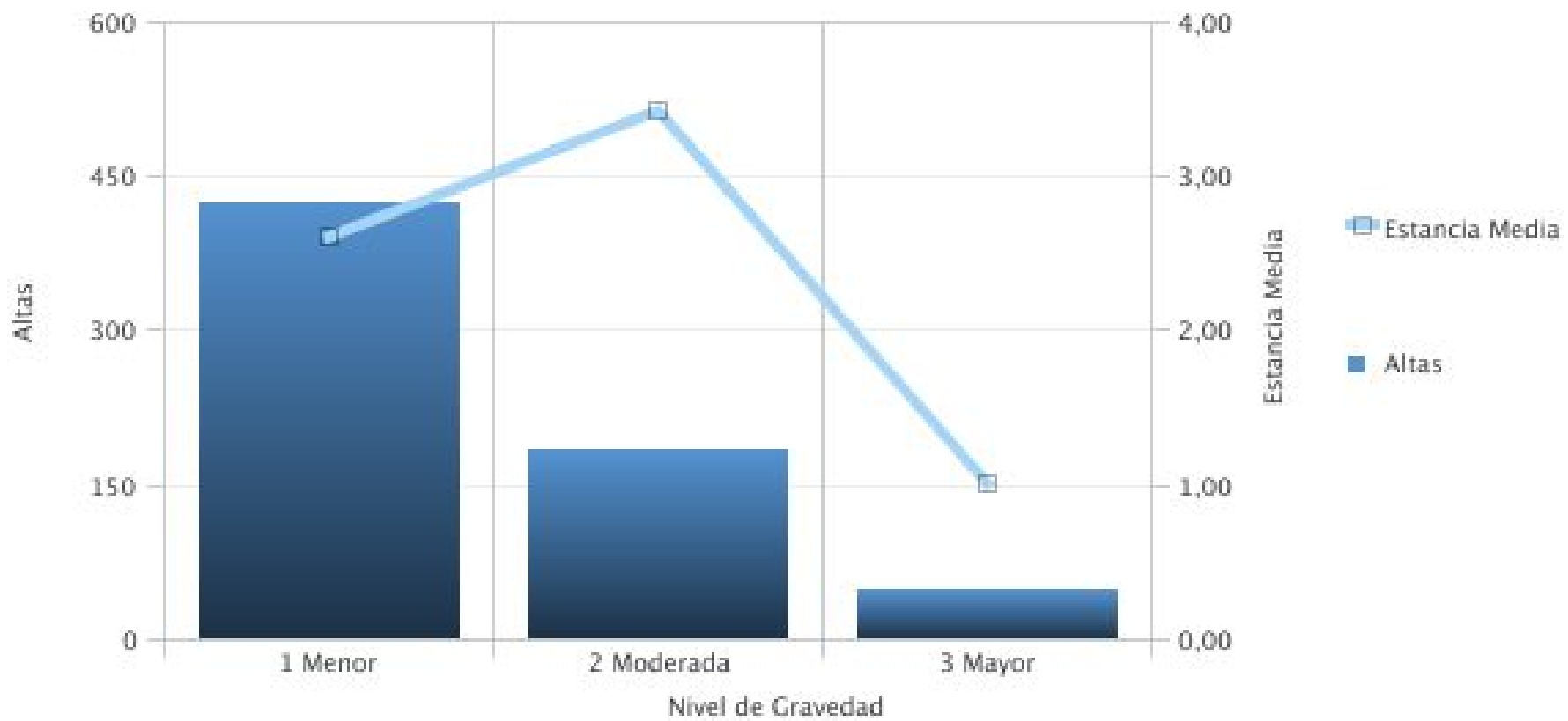
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas Dxp	2	1	1
Reingresos Urgentes 0-48 horas Dxp	4	2	2
Reingresos Urgentes 0-3 días Dxp	4	5	-1
Reingresos Urgentes 0-7 días Dxp	8	7	1
Reingresos Urgentes 0-30 días Dxp	15	23	-8
Reingresos Urgentes Dxp	15	23	-8

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**














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



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	71	3,01	0,6514	2,93	0,08	 1,0283	3,01	6	0,02	1,0283
070 - OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	55	2,24	0,5656	2,4	-0,17	 0,9307	2,24	-9	-0,03	0,9308
816 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	55	2,36	0,4556	2,16	0,21	 1,0963	2,36	11	0,03	1,0965
760 - HEMOFILIA, FACTORES VIII E IX	32	0	3,2322					0	0	
322 - INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	27	4,33	0,7751	3,83	0,51	 1,1329	4,33	14	0,04	1,1328
769 - CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	25	2,12	0,6701	2,31	-0,19	 0,9189	2,12	-5	-0,01	0,9191
815 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	25	2,64	0,6049	2,41	0,23	 1,0968	2,64	6	0,02	1,097
422 - ENFERMEDAD VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	23	2,17	0,5955	2,7	-0,53	 0,8052	2,17	-12	-0,04	0,8051
762 - CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	20	1	0,4955					20	0,06	
773 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	19	4,11	0,6571	3,65	0,46	 1,125	4,11	9	0,02	1,125
399 - TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	16	1,69	0,8086	4,1	-2,41	 0,4117	1,69	-39	-0,11	0,4117
295 - DIABETES EDAD<36	12	4,5	0,8153	4,01	0,49	 1,1214	4,5	6	0,02	1,1212
397 - TRASTORNOS DE COAGULACION	12	2,25	1,4106	3,48	-1,23	 2,25	2,25	-15	-0,04	0,6469

						0,6469					
774 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC	12	3,92	0,914	4,82	-0,9	0,8129	3,92	-11	-0,03	0,813	
779 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	10	1,4	0,5192	2	-0,6	0,6997	1,4	-6	-0,02	0,6995	
451 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	8	1	0,5485					8	0,02		
763 - ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	8	1,63	0,7725	1,38	0,25	1,1792	1,63	2	0,01	1,1789	
895 - TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PERITONEALES	8	4,75	0,9758	4,95	-0,2	0,9596	4,75	-2	0	0,9596	
142 - SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	7	1,71	0,6857	3,34	-1,62	0,5134	1,71	-11	-0,03	0,5134	
298 - TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	7	0,29	0,4677	2,44	-2,16	0,117	0,29	-15	-0,05	0,1171	
102 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	6	2	0,6189	4,03	-2,03	0,4968	2	-12	-0,04	0,4968	
179 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	6	0,33	1,0417	5,68	-5,35	0,0587	0,33	-32	-0,13	0,0587	
279 - CELULITIS EDAD<18	6	3,83	0,515	4,08	-0,25	0,9391	3,83	-1	0	0,9391	
417 - SEPTICEMIA EDAD<18	5	3	1,1353	6,58	-3,58	0,4559	3	-18	-0,05	0,4559	
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	5	5,2	0,6018	3,93	1,27	1,3215	5,2	6	0,02	1,3215	
772 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 CON CC	5	4,8	0,8916	3,9	0,9	1,232	4,8	5	0,02	1,2322	
801 - TUBERCULOSIS SIN CC	5	4,6	3,0418	7,71	-3,11		4,6	-16	-0,06	0,5968	

						0,5968				
035 - OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	4	1,75	0,8132	3,29	-1,54	 0,5321	1,75	-6	-0,02	0,5322
048 - OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	4	4	0,5761	2,73	1,27	 1,4668	4	5	0,03	1,4667
071 - LARINGOTRAQUEITIS	4	1,25	0,4273	2,23	-0,98	 0,5598	1,25	-4	-0,01	0,5599
141 - SINCOPE Y COLAPSO CON CC	4	1,25	0,885	3,99	-2,74	 0,3134	1,25	-11	-0,05	0,3134
301 - TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	4	1	0,6483	3,55	-2,55	 0,2815	1	-10	-0,03	0,2815
629 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	4	2,25	0,2233	2,11	0,14	 1,0648	2,25	1	0	1,0649
777 - ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS Y TRAST. DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	4	1	0,5648	1,32	-0,32	 0,7599	1	-1	0	0,76

GRD ESCOLARES:















Aquí lo que se lleva la palma son las enfermedades de bronquitis y asma , seguidos de infecc ORL y las digestivas GEC, 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.






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, sería posible que una de las cirujanas de allí viniera un día al mes a hacer intervenciones menores aquí con apoyo de cirugía de aquí. Este ha sido el motivo de alguna de las reclamaciones que hemos tenido este año que sería fácilmente subsanable.












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
399 - TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	16	1,69	0,8086	4,1	-2,41	0,4117	1,69	-39	-0,11	0,4117
179 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	6	0,33	1,0417	5,68	-5,35	0,0587	0,33	-32	-0,13	0,0587
417 - SEPTICEMIA EDAD<18	5	3	1,1353	6,58	-3,58	0,4559	3	-18	-0,05	0,4559
753 - REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	1	8	2	23,79	-15,79	0,3363	8	-16	-0,53	0,3363
801 - TUBERCULOSIS SIN CC	5	4,6	3,0418	7,71	-3,11	0,5968	4,6	-16	-0,06	0,5968
298 - TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	7	0,29	0,4677	2,44	-2,16	0,117	0,29	-15	-0,05	0,1171
397 - TRASTORNOS DE COAGULACION	12	2,25	1,4106	3,48	-1,23	0,6469	2,25	-15	-0,04	0,6469
102 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	6	2	0,6189	4,03	-2,03	0,4968	2	-12	-0,04	0,4968
422 - ENFERMEDAD VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	23	2,17	0,5955	2,7	-0,53	0,8052	2,17	-12	-0,04	0,8051
142 - SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	7	1,71	0,6857	3,34	-1,62	0,5134	1,71	-11	-0,03	0,5134
141 - SINCOPE Y COLAPSO CON CC	4	1,25	0,885	3,99	-2,74	0,3134	1,25	-11	-0,05	0,3134

774 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC	12	3,92	0,914	4,82	-0,9		0,8129	3,92	-11	-0,03	0,813
430 - PSICOSIS	1	2	1,3879	12,4	-10,4		0,1613	2	-10	-0,35	0,1613
301 - TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	4	1	0,6483	3,55	-2,55		0,2815	1	-10	-0,03	0,2815
070 - OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	55	2,24	0,5656	2,4	-0,17		0,9307	2,24	-9	-0,03	0,9308
101 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3	2,33	0,9994	4,93	-2,59		0,4737	2,33	-8	-0,03	0,4737
584 - SEPTICEMIA CON CC MAYOR	1	0	4,1633	7,25	-7,25		0	0	-7	-0,24	0
587 - TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	2	1	1,3198	4,15	-3,15		0,2407	1	-6	-0,07	0,2407
035 - OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	4	1,75	0,8132	3,29	-1,54		0,5321	1,75	-6	-0,02	0,5322
779 - OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	10	1,4	0,5192	2	-0,6		0,6997	1,4	-6	-0,02	0,6995
751 - ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	1	0	0,58	6,01	-6,01		0	0	-6	-0,2	0
463 - SIGNOS Y SINTOMAS CON CC	2	2	1,0886	4,98	-2,98		0,4015	2	-6	-0,03	0,4015
626 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	1	1	2,7923	6,81	-5,81		0,1469	1	-6	-0,19	0,1469
238 - OSTEOMIELITIS	3	7,67	1,6104	9,57	-1,91		0,8008	7,67	-6	-0,05	0,8007
582 - LESIONES, ENVENENAMIENTOS O EFECTO TÓXICO DROGAS EXC. TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	1	0	2,3338	5,66	-5,66		0	0	-6	-0,19	0

247 - SIGNOS Y SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO Y T.CONECTIVO	2	1,5	0,5981	4,12	-2,62	 0,3642	1,5	-5	-0,02	0,3641
888 - INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	1	3	2,1236	8,24	-5,24	 0,3642	3	-5	-0,17	0,3642
426 - NEUROSIS DEPRESIVAS	1	1	0,6096	6,01	-5,01	 0,1663	1	-5	-0,17	0,1663
580 - INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	1	3	2,5582	7,89	-4,89	 0,3803	3	-5	-0,16	0,3803
769 - CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	25	2,12	0,6701	2,31	-0,19	 0,9189	2,12	-5	-0,01	0,9191
Total general	222	2,53	0,86	3,09	-0,55	0,865	2,53	-325	-0,67	0,8211

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
762 - CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	20	1	0,4955					20	0,06	
322 - INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	27	4,33	0,7751	3,83	0,51	 1,1329	4,33	14	0,04	1,1328
816 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	55	2,36	0,4556	2,16	0,21	 1,0963	2,36	11	0,03	1,0965
773 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	19	4,11	0,6571	3,65	0,46	 1,125	4,11	9	0,02	1,125
451 - ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	8	1	0,5485					8	0,02	
566 - TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON CC MAYOR	1	13	2,1012	5,58	7,42	 2,3285	13	7	0,25	2,3283
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	5	5,2	0,6018	3,93	1,27	 1,3215	5,2	6	0,02	1,3215
775 - BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	71	3,01	0,6514	2,93	0,08	 1,0283	3,01	6	0,02	1,0283
295 - DIABETES EDAD<36	12	4,5	0,8153	4,01	0,49	 1,1214	4,5	6	0,02	1,1212
815 - GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	25	2,64	0,6049	2,41	0,23	 1,0968	2,64	6	0,02	1,097
048 - OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	4	4	0,5761	2,73	1,27	 1,4668	4	5	0,03	1,4667
299 - ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2	6	0,6308	3,51	2,49	 1,7094	6	5	0,04	1,7092
772 - NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS	5	4,8	0,8916	3,9	0,9	 1,2322	4,8	5	0,02	1,2322

EDAD<18 CON CC							1,232				
204 - TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	1	10	0,9177	5,63	4,37		1,7768	10	4	0,15	1,7769
785 - OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	2	4,5	0,7019	2,8	1,7		1,6054	4,5	3	0,02	1,6055
248 - TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	2	4,5	0,7306	3	1,5		1,5015	4,5	3	0,01	1,5015
768 - CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 CON CC	1	5	0,8179	2,11	2,89		2,3753	5	3	0,1	2,3749
058 - PROCED. S. AYVA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	2	3,5	0,7834	2,24	1,26		1,5611	3,5	3	0,02	1,5612
206 - TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	3	4	0,951	3,29	0,71		1,214	4	2	0,01	1,214
763 - ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	8	1,63	0,7725	1,38	0,25		1,1792	1,63	2	0,01	1,1789
423 - OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	3	6,33	1,0132	5,69	0,65		1,1135	6,33	2	0,01	1,1135
186 - TRAST. DENTALES Y BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES Y REPOSICIONES EDAD<18	3	3,33	0,6515	2,72	0,62		1,2268	3,33	2	0,01	1,2268
398 - TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	2	5,5	1,3018	4,62	0,88		1,1894	5,5	2	0,02	1,1893
242 - ARTRITIS SEPTICA	1	9	1,1557	7,51	1,49		1,1982	9	1	0,05	1,1983
062 - MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	1	2	0,7177	1,33	0,67		1,5072	2	1	0,01	1,5071
455 - OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO SIN CC	1	2	0,4133	1,43	0,57			2	1	0,02	1,3979

						1,3976				
629 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	4	2,25	0,2233	2,11	0,14	1,0648	2,25	1	0	1,0649
448 - REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	2	1,5	0,5079	1,24	0,26	1,2107	1,5	1	0,02	1,2111
639 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	2	0,5	0,8965	0,37	0,13	1,3441	0,5	0	0	1,3458
Total general	292	2,53	0,86	3,09	-0,55	0,865	2,53	138	-0,67	0,8211

Las diferencias en evitables son mínimas respecto a norma. Aun así se podría mejorar en ITU y GEC así como en Asma.

NEONATOS

	2013	2012	Variación	Por%%
Altas Brutas	124	166	-42	-25
EM Bruta	4,49	6,38	-1,89	-29,59
Altas Estancia +- 1 d. y Programados	0	0	0	
Altas Inliers	115	144	-29	-20
Estancia Media Inliers	3,9	5,38	-1,48	-27,45
Peso Medio - Case Mix (3)	0,9927	1,1619	-0,1693	-14,5667
Éxitus	1	0	1	
% Éxitus con GRD 470	0,00%		0,00%	
Altas Codificadas (1)	124	166	-42	-25
% Codificación (1)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Altas Codificadas (2)	124	166	-42	-25
% Codificación (2)	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Media Dx Codificados / Alta	2,75	2,86	-0,11	-3,89
Media Proced. Codificados / Alta	0,01	0,01	0	33,87

Estancia media inliers menor a comparativa con similar peso medio

DATOS BRUTOS

	Periodo Análisis2013	Periodo Comparativo2012	Variación Abs
Altas Brutas	124	166	-42
Estancia Media Bruta	4,49	6,38	-1,89
PM Bruto	0,9927	1,1619	-0,1693
EN Norma Bruta	3,64	3,8	-0,16
Diferencia Norma	0,85	2,58	-1,73
EMAC Bruta	3,78	5,65	-1,87
EMAF Bruta	4,58	4,96	-0,39
IEMA Bruto	0,9817	1,285	-0,3032
Índice Casuístico	1,2566	1,3067	-0,0501
Índice Funcional	1,0392	1,488	-0,4489
Impacto (Est Evitables) - Brutas	-10	235	-245

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)

DATOS INLIERS

	Periodo Análisis2013	Periodo Comparativo2012	Variación Abs
Altas Inliers	115	144	-29
EM Inliers	3,9	5,38	-1,48
PM Inliers	1,0017	1,247	-0,2453
EM Norma Depurada	3,53	3,67	-0,14
Diferencia Norma	0,38	1,71	-1,34
EMAC Inliers	3,42	4,85	-1,43
EMAF Inliers	4,42	4,86	-0,44
IEMA Inliers	0,8831	1,1081	-0,225
Índice Casuístico Inliers	1,2535	1,324	-0,0706
Índice Funcional	0,97	1,3222	-0,3521
Impacto (Est Evitables) - Inliers	-59,43	75,59	-135,02

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

Altas Brutas

Grupo Estancias	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
(1) 0 días	8	10	-2
(2) 1 día	21	14	7
(3) 2 días	27	22	5
(4) 3 - 4 días	28	39	-11
(5) 5 - 7 días	20	31	-11
(6) 8 - 14 días	16	33	-17
(7) 15 + días	4	17	-13
TOTAL	124	166	-42

	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos 0-24 horas	0	0	0
Reingresos 0-48 horas	1	0	1
Reingresos 0-3 días	2	1	1
Reingresos 0-7 días	3	3	0
Reingresos 0-30 días	6	9	-3
Reingresos +30 días	0	1	-1
Reingresos Total	6	10	-4

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)

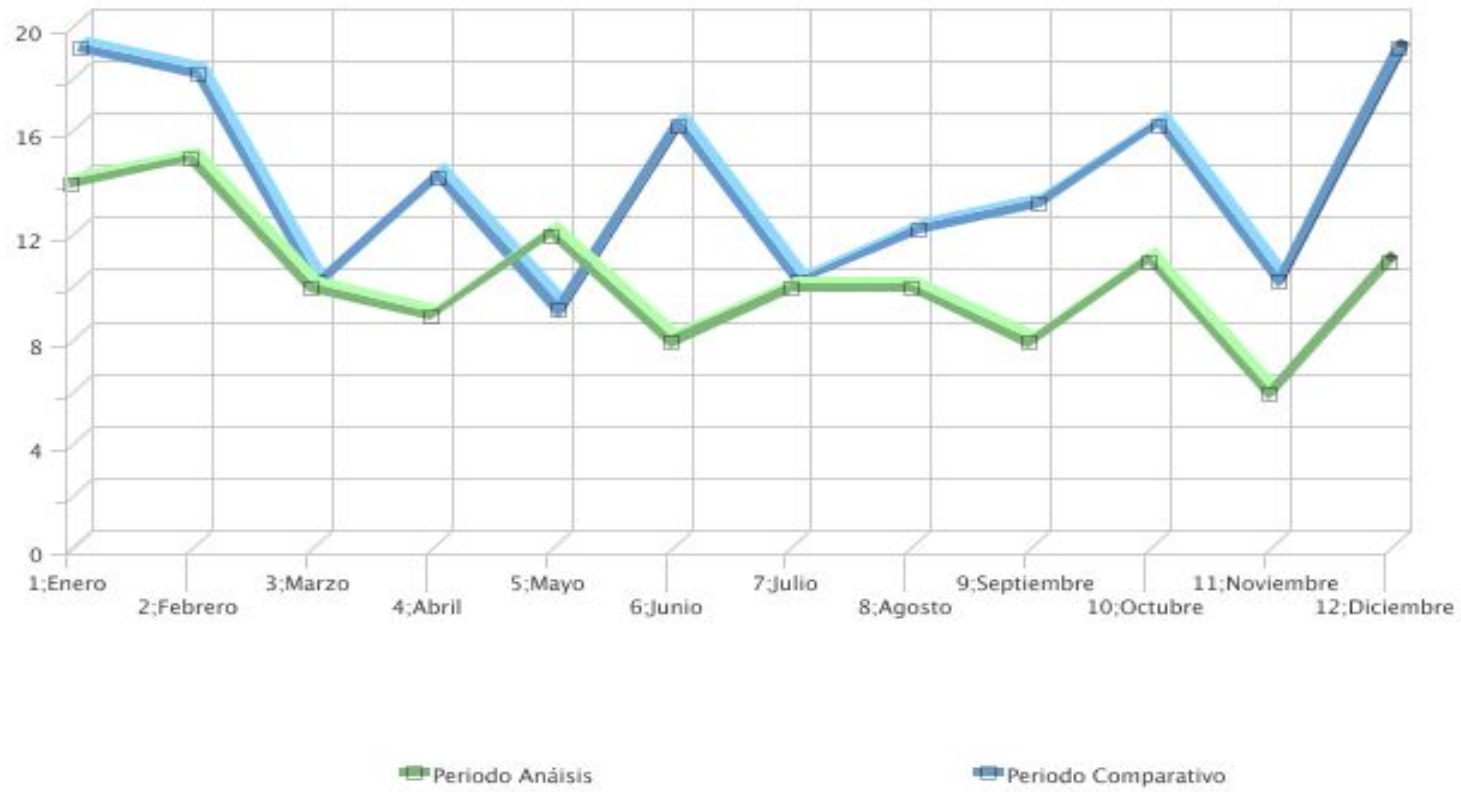
	Periodo Análisis	Periodo Comparativo	Variación
Reingresos Urgentes 0-24 horas	0	0	0
Reingresos Urgentes 0-48 horas	1	0	1
Reingresos Urgentes 0-3 días	2	1	1
Reingresos Urgentes 0-7 días	3	3	0
Reingresos Urgentes 0-30 días	6	6	0
Reingresos Urgentes Totales	6	6	0

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	2	1	1
Reingresos Urgentes Dxp	2	1	1

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**

VARIACIÓN MENSUAL

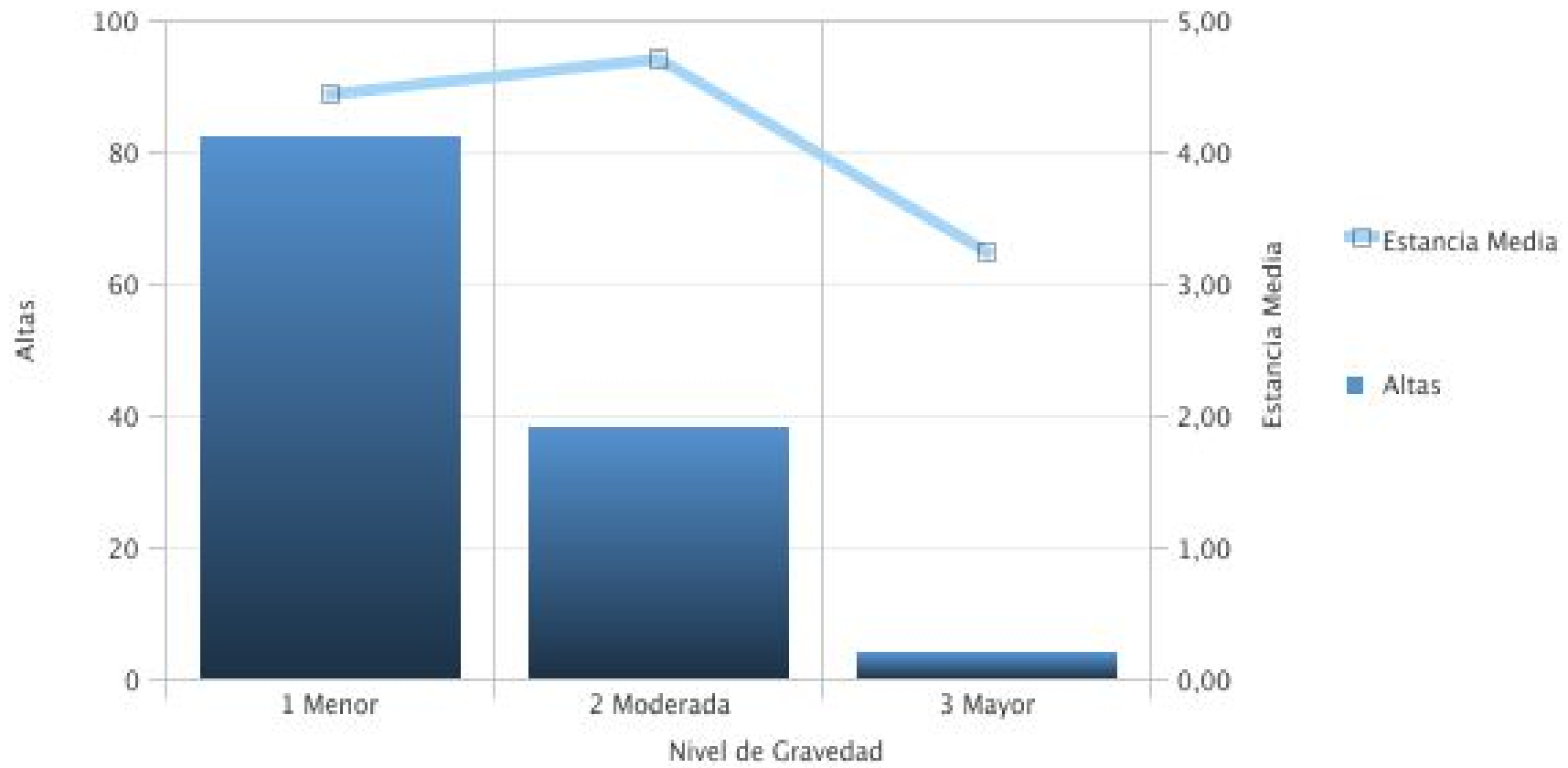


f	Categorías Diag Ppal x Frecuencia	Casos	%
1	765 TRASTORNOS RELACIONADOS CON GESTACION ACORTADA Y BAJO PESO EN EL NACIMIENTO	22	17,70%
2	774 OTRAS ICTERICIAS PERINATAL	17	13,70%
3	769 SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	14	11,30%
4	775 ENF. ENDOCRINAS/METABOLICAS PROPIAS DEL RN Y FETO	8	6,50%
5	779 OTRAS 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%











DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE GRAVEDAD DEL PACIENTE

Datos agrupados en Versión GRD Refinada : **APRv24.0**








Nivel de Gravedad	Altas	%	Peso Medio	Estancia Media
1 Menor	82	66,10%	0,4902	4,45
2 Moderada	38	30,60%	0,4968	4,71
3 Mayor	4	3,20%	1,0211	3,25
TOTAL	124	100,00%	0,5093	4,49



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	36	2,33	0,2233	2,11	0,22	 1,1043	2,33	8	0,02	1,1044
627 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	23	3,91	1,0658	4,36	-0,45	 0,8969	3,91	-10	-0,03	0,8968
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	12	4,33	0,6018	3,93	0,4	 1,1012	4,33	5	0,01	1,1013
630 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	12	2,33	0,582	2,61	-0,28	 0,894	2,33	-3	-0,01	0,8939
620 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	10	5	0,3967	4,95	0,05	 1,0091	5	0	0	1,0091
614 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	5	10,2	2,7141	13,9	-3,7	 0,7339	10,2	-18	-0,07	0,7339
618 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	4	4,5	2,4713	9,39	-4,89	 0,4794	4,5	-20	-0,05	0,4794
639 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	4	0,25	0,8965	0,37	-0,12	 0,672	0,25	0	0	0,6729
612 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., SIN MULT. PROB. MAYORES	2	6,5	5,824	16,82	-10,32	 0,3863	6,5	-21	-0,23	0,3863
619 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS	2	9	1,4655	8,43	0,57	 1,0676	9	1	0	1,0676

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	36	2,33	0,2233	2,11	0,22	 1,1043	2,33	8	0,02	1,1044
628 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	12	4,33	0,6018	3,93	0,4	 1,1012	4,33	5	0,01	1,1013
467 - OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	1	4	0,2995	1,58	2,42	 2,5237	4	2	0,08	2,5238
640 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1	2	1,1126	0,57	1,43	 3,5211	2	1	0,05	3,5236
619 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	2	9	1,4655	8,43	0,57	 1,0676	9	1	0	1,0676
607 - NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P. QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	1	34	18,1788	33,49	0,51	 1,0153	34	1	0,02	1,0152
620 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	10	5	0,3967	4,95	0,05	 1,0091	5	0	0	1,0091
Total general	63	3,9	1,0017	2,71	1,19	0,8831	3,9	19	-0,17	1,4395

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
612 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., SIN MULT. PROB. MAYORES	2	6,5	5,824	16,82	-10,32	0,3863	6,5	-21	-0,23	0,3863
618 - NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	4	4,5	2,4713	9,39	-4,89	0,4794	4,5	-20	-0,05	0,4794
614 - NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	5	10,2	2,7141	13,9	-3,7	0,7339	10,2	-18	-0,07	0,7339
627 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	23	3,91	1,0658	4,36	-0,45	0,8969	3,91	-10	-0,03	0,8968
626 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	1	3	2,7923	6,81	-3,81	0,4407	3	-4	-0,13	0,4407
630 - NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	12	2,33	0,582	2,61	-0,28	0,894	2,33	-3	-0,01	0,8939
298 - TRASTORNOS NUTRICIONALES Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	1	1	0,4677	2,44	-1,44	0,4097	1	-1	-0,05	0,4097
639 - NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	4	0,25	0,8965	0,37	-0,12	0,672	0,25	0	0	0,6729
Total general	52	3,9	1,0017	2,71	1,19	0,8831	3,9	-78	-0,17	1,4395

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 (4.49) ha disminuido un mucho comparando con periodos anteriores con cifras de 6.3 (y la estancia depurada bajaba a 5) el año pasado frente a 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 brillante.

PROGRAMA DE DETECCION DE HIPOACUSIA 2013

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%

Máxima cobertura , 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..

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%

Tenemos que mejorar las fugas en los que deberían asistir a una segunda prueba que es nuestro talón de Aquiles, ronda el 24% 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 con medias de 30%

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.

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.

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 (0.31 % de los niños explorados, una tasa muy baja, inferior a la media, 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 maximo 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.

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.

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 (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.

ACTIVIDAD CIENTIFICA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA 2013

Resumen:

MEMORIA CIENTIFICA PEDIATRIA	2013
pediatria	
1.-Publicaciones en revistas Internacionales	2
2.-Publicaciones en revistas nacionales	1
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**	0
8.-Comunicaciones a Congresos Nacionales**	8
Otras Actividades:	
9.-Participación en la Organización de eventos científicos, conferencias invitadas	VARIOS** anexo 3 CON GINE
10.-Sesiones con otros Servicios del Hospital	VARIOS** anexo
11.-Participación docente en cursos	2
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 ESTIU A GANDIA 2013

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: Del 15 de juliol al 17 de juliol, CIG Gandia.

10
HORAS

COMUNICACIONES 2013

2013

Adenitis cervical por MNTBC a proposito de un caso.

AUTORES: KALBOUZA S, ANGELATS CM, MARABOTTO MJ, RAYA MA, CESIN S, SEQUI JM,

XXIX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría

ELCHE. 16-VI-2013

Bol Soc Val Pediatr 2013; 33: Pag. 109.

Torticulis paroxistica benigna..

AUTORES: ANGELATS CM, RAYA MA, KALBOUZA S, , MARABOTTO MJ, CESIN S, SEQUI JM,

XXIX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría

ELCHE. 16-VI-2013

Bol Soc Val Pediatr 2013; 33: Pag. 57.

Sacroileitis infecciosa aguda..

AUTORES: ANGELATS CM, CESIN S, MIRALLES A, MELGAR J, SEQUI JM, RAYA MA

XXIX Reunión Anual de la Soc. Española de Urgencias de Pediatría

GRANADA. 25-27- IV-2013

La cojera no siempre es sinovitis.

Autores: Cesín Gonzales S.M. , Klabouza S., Perez Verdú j., Angelats Romero C.M., Marabotto Fernández MJ., Miralles Torres A.

XXIX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría

ELCHE. 16-VI-2013

Bol Soc Val Pediatr 2013; 33: Pag. .

- Malformación congénita de la vía aérea pulmonar: a propósito de un caso. Cesín González S.M., Marabotto Fernández M.J., Fernández Calatayud A., Raya Jiménez M.A., Angelats Romero C.M., Collar J.I. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
XXIX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría
ELCHE. 16-VI-2013
Bol Soc Val Pediatr 2013; 33: Pag. .

Síndrome de Klippel-Trénaunay: una entidad poco frecuente. Marabotto Fernández M.J., Cesín González S.M., Melgar Pérez J., Escrig Fernández R., Kalbouza S., Angelats Romero C.M. Hospital Francesc de Borja, Gandía.
XXIX Reunión Anual de la Soc. Valenciana de Pediatría
ELCHE. 16-VI-2013
Bol Soc Val Pediatr 2013; 33: Pag. .

Masa faríngea y dificultad respiratoria inmediata en un recién nacido. Andrea Togo, Alejandro Fernández Calatayud, Vicente Posadas Blázquez, Luis Fernández Martín Bilbatúa, Laura Martínez Rodríguez, Agustín Molina Merino.
XXIV Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal.
Barcelona 2-4 Octubre 2013.

Diagnóstico citogenético en recién nacido con síndrome de Pierre Robin. Rosario Abellán Sánchez, Lidia Abellán Tejada, Alejandro Fernández Calatayud, Agustín Molina Merino, Arturo Carratalá Calvo, Ana Cuesta Peredo. Hospital Clínico Universitario de Valencia- INCLIVA, Valencia.
XXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Genética Humana.
10-12 Abril de 2013. Madrid.

COMUNICACIONES 2012 INTERNACIONAL

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. 2013. 64; doi: 10.1016/j.otorri.2013.07.007

ARTICULOS INTERNACIONAL

- A new tool for the paediatric HIV research: general data from the Cohort of the Spanish Paediatric HIV Network (coRISpe). De Jose MI, Jiménez de Ory S, Espiau M, Fortuny C, Navarro ML, Soler-Palacín P, Muñoz-Fernandez MA; working groups of CoRISpe and HIV HGM BioBank. BMC infect Dis. 2013 Jan 2; 13:2,

- Ventricular fibrillation conduction through an isthmus of preserved myocardium between radiofrequency lesions. Chorro FJ, Ibañez-Catalá X, Trapero I, Such-Miquel L, Pelechano F, Cánovas J, Mainar L, Tormos A, Cerdá JM, Alberola A, Such L. Pacing Clin Electrophysiol. 2013 Mar; 36 (3): 286-98.

ESTUDIOS E INVESTIGACION

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.

ACTIVIDAD PERSONAL

Dr JM SEQUI C

“Jornadas DE vacunas de la AEP 2013”

Programa de formación continua sanitaria comunidad de Madrid;
Valencia , 15-2-2013

CREDITOS LECTIVOS: 2.1

- “Curso de Formación continuada e integración en Pediatría”

--Programa de formación sanitaria (EVES);

Hospital Fco Borja, Gandia, 25/10/12 a 19/06/13.

CREDITOS LECTIVOS: 8.3 = 60 HORAS LECTIVAS

- “Curso de Actualización en Pediatría, edición de los lunes”

--Programa de formación sanitaria (EVES);

Hospital Fco Borja, Gandia, 22/10/12 a 10/06/13.

CREDITOS LECTIVOS: 4.4 = 38 HORAS LECTIVAS

CONGRESOS:

-62 Congreso Anual Asociación Española de Pediatría.

Valladolid. 6-8-VI-2013.

- XXIX Reunión Anual Sociedad Valenciana de Pediatría.

Elche, 15-16/6/13.

- XII Jornadas sobre Vacunas en La Safor.

Casa de Cultura, Gandia 19/6/2013.

- XIV Jornadas sobre Vacunas en Atención Primaria.

Hotel Sorolla, Valencia 24 - 25/10/2013.

PONENTE:

“Vacunación en enfermos crónicos”

PONENTES: JM. Sequi,

- XII Jornadas sobre Vacunas en La Safor.

Casa de Cultura, Gandia 19/6/2013.

“Requerimientos nutricionales en las diferentes etapas del crecimiento”

PONENTES: JM. Sequi,

Colegio Farmacéuticos Valencia, Valencia, 24/10/2013.

PARTICIPACIÓN

- “Sesiones clínicas 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, 27/10/12 a 24/06/13.

CREDITOS LECTIVOS: 8.3. = 60 HORAS LECTIVAS

UNIVERSITAT ESTIU A GANDIA 2013

Codirector y Docente

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Docencia: José Miguel Sequí Canet

Dates: Del 15 de juliol al 17 de juliol

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 5 hores

COORDINACIÓN

UNIVERSITAT ESTIU A GANDIA 2013

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Coordinació: José Miguel Sequí Canet

Dates: Del 15 de juliol al 17 de juliol

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 10 hores

- Coordinador “Curso de Formación continuada e integración en Pediatría”

--Programa de formación sanitaria (EVES);

Hospital Fco Borja, Gandia, 28/10/12 a 23/06/13.

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 2007,2008,2009, 2010, 2011, 2012, 2013.

OTROS MERITOS

- Premio 2012 de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana con el trabajo “Factores perinatales que influyen las otoemisiones en las primeras 48h de vida”

AUTORES: JM. Sequí. MJ Sala, JI Collar.

Valencia. 23-I-2013. Otorgado: 18/6/2013

Premio GRG 2013 a la trayectoria medica: Dr JM Sequi Canet

Gandia, 15/11/2013

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana desde junio de 2013.

Dra A. MIRALLES T.

CURSOS REALIZADOS:

XXIII CURSO DE AVANCES EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA.

Servicio de salud del Principado de Asturias. 02 y 03 de mayo 2013, con 14 horas de duración.

CURSO DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA IV Ed. Dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en campus virtual de la EVES del 06/05/2013 al 03/06/2013 con una duración de 20 horas lectivas.

CURSO URGENCIAS PEDIÁTRICAS. IV Ed. Dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de la EVES, del 01/10/2013 al 29/10/2013, con una duración de 20 horas lectivas.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA . EDICIÓN DE LOS LUNES (22/10/12 a 10/06/2013) con 38 horas de duración y acreditada con 4.4 CREDITOS por la Comisión de Formación Continuada.

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA E INTEGRACIÓN EN PEDIATRÍA 2013. (25/10/12 a 19/06/2013) con 60 horas lectivas y acreditada con 8.3 CREDITOS por la Comisión de Formación Continuada.

XVII CURSO INTERNACIONAL DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. Vall d'Hebron Hospital Materno –infantil. Organizado por el Servei de Nefrología Pediátrica Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

ASISTENCIA A JORNADAS:

JORNADA DE UROLOGÍA PEDIÁTRICA. Nº expediente: 13/8508. VALENCIA 19 de octubre 2013

10º ENCUENTRO DE TUTORES Y JEFES DE ESTUDIO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA. 18,19 Y 20 de septiembre 2013.

ACTIVIDAD DOCENTE:

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 4.5 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA . EDICIÓN DE LOS LUNES (22/10/12 a 10/06/2013)

ACTIVIDAD DOCENTE, IMPARTIENDO 1.5 HORAS EN LA ACTIVIDAD CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA E INTEGRACIÓN EN PEDIATRÍA 2013. (25/10/12 a 19/06/2013) .

TALLERES:.

NECESIDADES DE FORMACIÓN DEL TUTOR PARA UNA DOCENCIA DE CALIDAD. 10º ENCUENTRO DE TUTORES Y JEFES DE ESTUDIO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA. Valencia 20 septiembre 2013

ABORDAJE DE PROBLEMAS ACTUALES DE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA. 10º ENCUENTRO DE TUTORES Y JEFES DE ESTUDIO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA. Valencia 20 septiembre 2013.

UNIVERSITAT ESTIU A GANDIA 2013

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Docencia: Ana Miralles Torres

Dates: Del 15 de juliol al 17 de juliol

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 5 hores

Dr. A. FERNÁNDEZ CALATAYUD :

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

XXIV Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal. Barcelona 2-4 Octubre 2013.
Sesiones Medico-quirúrgicas Servicio Cardiología H.Infantil La Fe

CURSOS

Impartidos

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari. Universitat d'estiu del campus de gandia. Universitat de València.15-17 Juliol 2013.

1 Seminario Lectura fácil ECG pediátrico. Hospital Francisc de Borja. Gandia. (Diciembre '13)
Curso Residentes 1er año, impartiendo la sesión de exantemas en pediatría. (18/6/13)

Asistente

Infectología y vacunas . III de. Plan de Formación EVES. (30/9/13-28/10/13).

V Taller de Escapes Aéreos en Neonatología. Barcelona 2 octubre 2013. XXIV Congreso de neonatología y medicina perinatal. Barcelona 2-4 Octubre 2013.

Introducción a la ecocardiografía en cardiopatías congénitas. 33H lectivas. 6,5 creditos. 13-15 Nov. 2013 en Centro Tecnológico de Formación XXIAC. Unidad de Cardiopatías congénitas del CHUAC. A Coruña.

SESIONES HOSPITALARIAS

-Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2012-2013. En dicho curso he presentado dos sesiones:

- Caso clínico y revisión Ductus Arterioso Persistente. (24/10/13)
- Arritmias más frecuentes en pediatría y actualización protocolo TSV.

-Seminarios docentes quincenales:

Presentadas

Neumotórax (29/5/13)

Casos clínicos (Estenosis hipertrófica píloro e Invaginación intestinal) (2/7/13)

Casos clínicos interactivos (8/10/13)

Punción suprapúbica guiada por ecografía. (17/10/13)

Asistente

Protocolo card otitis externa (Dra.Angélica- 4/7/13)

Manejo del paciente séptico (Dra. Ruiz- 31/7/13)

Lectura electrocardiograma pediátrico (6/8/13)

Parásitos intestinales (15/10/13)

Hipoglucemia neonatal (29/10/13)
Fármacos y diluciones en RCP (12/11/13)
Parámetros iniciales en ventilación mecánica (26/11/13)
Protocolo card quemaduras (Dr. Angelats)
Protocolo card manejo de la hipoglucemia neonatal (Dra. Díaz)

-Sesiones bibliográficas docentes quincenales:

- Bronquiolitis: Dexametasona oral: Estudio randomizado/ Glucocorticoides en lactantes y niños pequeños con bronquiolitis aguda viaral (Dra. Marabotto) 22/10/13
- Descripción de un brote de tuberculosis y utilidad de la ecografía mediastínica. Anales de Pediatría 2013;79(5):293-299 (Dra. Kalbouza) 5/11/13
- Sesiones radiológicas, indicando el tipo de participación.

1 sesión trimestral

Diagnóstico y manejo de la escoliosis en el niño (Dra Llinares junto con RHB y RX)

- Sesiones Ginecología-Pediatría

1 Sesión trimestral

- Puesta en común de protocolo SGB (Dr. Angelats) (25/9/13)

UNIVERSITAT ESTIU A GANDIA 2013

Maneig de les urgències pediàtriques en l'àmbit extrahospitalari

Docencia: Alex Fdez. Calatayud

Dates: Del 15 de juliol al 17 de juliol

Localitat: [Gandia](#)

Durada: 5 hores

Dr JI COLLAR

ASISTENCIA a:

V Symposium Internacional de formación Continuada. “Enfermedad celiaca , presente y futuro”. Fundación Dr. Carlos Vazquez. Hospital Universitario “La Paz “. MADRID. 14 de Marzo de 2013.

XX Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. (SEGHNP). MALAGA. 23, 24y 25 de mayo de 2013.

Curso teórico- práctico de pruebas funcionales y técnicas de diagnóstico en Gastroenterología Pediátrica. (SEGHNP). Hospital Infantil “ La Fé “. VALENCIA. 3 de Octubre de 2013.

VII Curso de Actualización en Nutrición Infantil. Sociedad Valenciana de Pediatría. (SVP). VALENCIA . 22 de Noviembre de 2013.

DRA. JULIA PÉREZ VERDU

DRA. CARMEN RODRÍGUEZ PÉREZ

1. CURSOS, REUNIONES Y CONGRESOS

- 7ª Jornada Pediátrica de Talleres de Prevención y 5ª Jornada de Talleres de Pediatría de Atención Primaria. Valencia, 22 de Febrero de 2013.
- VIII Curso “Advanced Pediatric Life Support” Curso de Urgencias Pediátricas de la Academia Americana de Pediatría” organizado por el Instituto Valenciano de Pediatría y realizado en Valencia los días 10 y 11 de Mayo de 2013. 14,5 créditos.

- Curso de Cirugía Pediátrica y ortopedia infantil dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de Eves, del 15/04/2013 al 13/15/2013. 20 horas lectivas.
- Curso de La imagen en Pediatría dentro del Plan de Formación EVES, celebrado en Campus virtual de Eves, del 13/05/2013 al 11/06/2013. 20 horas lectivas.
- Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría edición de los lunes. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de 22/10/2012 a 10/06/13. 4,4 créditos. 38 horas lectivas.
- Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de 25/10/2012 a 19/06/13. 8,3 créditos. 60 horas lectivas.
- Curso de Actualización en Endocrinología Pediátrica. Barcelona, Hospital Sant Joan de Dèu. 25/04/13.
- Curso de Perfeccionamiento en Neonatología. Barcelona, Hospital Sant Joan de Dèu. 16/04/13- 17/04/13.
- Actualización en Tecnologías aplicadas al diagnóstico y tratamiento de Diabetes y sus complicaciones. Barcelona, 25-26 de Octubre de 2013.
- Reunión científica del Grupo Valenciano Murciano Manchego de Endocrinología Pediátrica. Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda, 29 de Octubre de 2013.
- Jornada Científica: Hiperplasia suprarrenal congénita. Puesta al día. Madrid,

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 22 de Noviembre de 2013.
1,3 créditos. 8 horas lectivas.

2. ACTIVIDAD COMO DOCENTE

- Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría edición de los lunes. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de 22/10/2012 a 10/06/13.
- Curso de Formación Continuada e Integración en Pediatría. Hospital Francesc de Borja de Gandía, de 25/10/2012 a 19/06/13.

Dra F. PELECHANO RIBES

CURSOS:

Curso: La imagen en pediatría IV Edición. EVES. 13-5-2013 al 11-06-2013. 20 horas.
Curso: Urgencias Pediátricas. IV Edición. EVES. 1-10-2013 al 29-10-2013. 20 horas.

CONGRESOS:

Asistencia al XXIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Elche. 2013.

DRA: M. REVERT GOMAR

RESIDENTES

R1

Dra: SARA DIAZ MARTIN

Sesión semanal del servicio.

- 27/09/13: Protocolo de atención del niño inmigrante. (Asistente)
- 03/10/13: Vacunación del meningococo B (Asistente)
- 10/10/13: Contacto piel con piel (Asistente)
- 17/10/13: Raquitismo (Asistente)
- 24/10/13: Conjuntivitis alérgica (Asistente)
- 31/10/13: Asma (Asistente)
- 07/11/13: Pancreatitis aguda (Asistente)
- 14/11/13: Meningitis neonatal por E.Coli (Ponente)
- 09/01/14: Enfermedad celíaca (Asistente)
- 16/01/14: Hematuria. Ana Miralles. (Asistente)
- 23/01/14: Síndrome de abstinencia. Maria Jesus Marabotto. (Asistente)
- 30/01/14: Hojas para padres. Maria Jesus Marabotto. (Asistente)
- 06/02/14: Protocolo de OMA. (Asistente)
- 13/02/14: Carcinoma de paratiroides. Sabrina Kalbouza (Asistente)

Sesión conjunta con ginecología.

- 09/01/14: Protocolo de muerte fetal. (Asistente).
- 25/09/14: Protocolo de profilaxis de Streptococo GB (Asistente).

Minimartes.

- 02/07/13: Minimartes Card de Quemaduras. Carlos Miguel Angelats. (Asistente).
- 09/07/13: Minimartes Card de OMA. Sara Díaz. (Ponente).
- 16/07/13: Minimartes Protocolo de cefaleas. Ana Albors. (Asistente).
- 23/07/13: Minimartes Card de Otitis Externa. Rotante externa. (Asistente).
- 31/07/13: Minimartes Sepsis y casos clínicos. Bea Ruiz. (Asistente).

- 02/08/13: Minimartes Casos clínicos. Alejandro Fernández. (Asistente).
- 06/08/13: Minimartes Electrocardiograma. Alejandro Fernandez. (Asistente).
- 07/11/13: Minimartes Card de Hipoglucemia neonatal (Ponente)
- 19/12/13: Minimartes Hojas para padres. Sabrina Kalbouza (Asistente)
- 21/11/13: Minimartes Actualización de Fármacos y Posología en REA. Ana Miralles.
- 21/01/14: Minimartes Hojas para padres. Maria Jesus Marabotto. (Asistente).
- 28/01/14: Minimartes Card de Paracetamol. Carlos Miguel Angelats. (Asistente).
- 11/02/14: Minimartes DHA en TDH. Gynea lab. (Asistente).

Sesiones Bibliográficas.

- 5/6/13: Alejandro Fernández. (Asistente)
- Uso de dexametasona en Bronquiolitis aguda. Maria Jesús Marabotto (Asistente)
- Ecografía como prueba complementaria en el manejo de la TBC, previo al TAC. Sabrina Kalbouza (Asistente)
- Relación entre ferropenia y TDAH (Ponente)

Talleres del servicio.

- 14/05/13: Taller de Colocación de Tubo de tórax. Alejandro Fernández. (Asistente).
- 05/06/13: Taller de canalización umbilical. Raquel Escrig. (Asistente).
- 12/06/13: Prácticas de Intubación. Raquel Escrig. (Asistente).
- 19/07/13: Practicas de RCP Neonatal. Raquel Escrig. (Asistente).
- 26/07/13: Practicas de RCP Neonatal II. Raquel Escrig. (Asistente).
- 25/07/13: Prácticas de Simulación en RCP básica. Ana Miralles. (Asistente).
- 29/07/13: Prácticas de Simulación en RCP básica. Ana Miralles. (Asistente).
- Manejo del paciente séptico, Dra. Beatriz Ruiz (Asistente).
- Manejo y uso del Desfibrilador, Dr. Fernandez Calatayud. (Asistente).
- Parasitosis intestinal, Dra. Beatriz Ruiz (Asistente).
- Punción suprapúbica, Dr. Fernández Calatayud (Asistente).
- Manejo del tubo en T en Sala de neonatos y Partitorios, Dra. Escrig (Asistente).

Sesiones radiológicas.

- 20/05/13: Sesión de Rayos. Uso de Servicio de Rayos.
- Lectura de Rx de tórax, oyente, Dra. María José.
- Escoliosis, oyente, Dra. Maite y Dra. Llinares.
- 10/01/14: Sesión de Rayos. Gestión de los recursos.

Asistencia a Seminarios, charlas, jornadas, reuniones, o congresos.

-(19/10/13) Jornadas de Urología Pediátrica, COMV.

Cursos recibidos.

- 24-25-26/10/13: Curso de Lactancia materna, Teruel.
- 14/11/13: Curso de Urgencias Pediátricas, EVES, H. El Peset.
- 31/12/13: Curso de enfermedades raras, Panamericana.
- 31/12/13: Curso de MIR PEDIATRÍA, Nestle, 6 créditos.
- 26-27/11/13: RCP neonatal en H. La Fe de Valencia: impartido por la Dra. Escrig, de 8 horas de duración.
- 11/12/13: Curso de Oftalmología pediátrica y Estrabismo en Atención primaria, COMV, Colegio oficial de médicos de Valencia, de 4 h de duración.
- 13/01/14- 10/02/14: Curso de Traumatología y Ortopedia Pediátrica, COMV, Colegio oficial de médicos de Valencia.
- 10/02/14: Curso de Protección radiológica, EVES, online,

Dra: SANDRA LLINARES RAMAL

R2:

Dr : CM ANGELATS

ACTIVIDAD CIENTÍFICA.

Sesión semanal del servicio.

- 16/01/14: Hematuria. Ana Miralles. (Asistente)
- 23/01/14: Síndrome de abstinencia. Maria Jesus Marabotto. (Asistente)
- 30/01/14: Hojas para padres. Maria Jesus Marabotto. (Asistente)
- 06/02/14: Protocolo de OMA. (Ponente)
- 13/02/14: Carcinoma de paratiroides. Sabrina Kalbouza (Asistente)

Sesion conjunta con ginecología.

- 09/01/14: Protocolo de muerte fetal. (Asistente).
- 25/09/14: Protocolo de profilaxis de Streptococo GB (Ponente).

Minimartes.

- 02/07/13: Minimartes Card de Quemaduras. Carlos Miguel Angelats. (Ponente).
- 09/07/13: Minimartes Card de OMA. Sara Díaz. (Asistente).
- 16/07/13: Minimartes Protocolo de cefaleas. Ana Albors. (Asistente).
- 23/07/13: Minimartes Card de Otitis Externa. Rotante externa. (Asistente).
- 31/07/13: Minimartes Sepsis y casos clínicos. Bea Ruiz. (Asistenre).
- 02/08/13: Minimartes Casos clínicos. Alejandro Fernández. (Asistente).
- 06/08/13: Minimartes Electrocardiograma. Alejandro Fernandez. (Asistente).
- 21/01/14: Minimartes Hojas para padres. Maria Jesus Marabotto. (Asistente).
- 28/01/14: Minimartes Card de Paracetamol. Carlos Miguel Angelats. (Ponente).
- 11/02/14: Minimartes DHA en TDH. Gynea lab. (Asistente).

Sesiones Bibliográficas.

- 5/6/13: Alejandro Fernández. (Asistente)

Talleres del servicio.

- 14/05/13: Taller de Colocación de Tubo de tórax. Alenjandro Fernandez. (Asistente).
- 05/06/13: Taller de canalización umbilical. Raquel Escrig. (Asistente).
- 12/06/13: Practicas de Intubacion. Raquel Escrig. (Asistente).
- 19/07/13: Practicas de RCP Neonatal. Raquel Escrig. (Asistente).

- 26/07/13: Practicas de RCP Neonatal II. Raquel Escrig. (Asistente).
- 25/07/13: Prácticas de Simulación en RCP básica. Ana Miralles. (Asistente).
- 29/07/13: Prácticas de Simulación en RCP básica. Ana Miralles. (Asistente).

Sesiones radiológicas.

- 20/05/13: Sesion de Rayos. Uso de Servicio de Rayos.
- 10/01/14: Sesion de Rayos. Gestion de los recursos.

Rotacion Hospital de Cruces.

- 12/12/13: Charla de investigación. Santiago Mintegui. (Asistente).
- 12/11/13: Charla y taller de suturas. Natalia Paniagua. (Asistente).
- 12/10/13: Charla y taller de inmovilizaciones. Santiago Mintegui. (Asistente).
- 01/10/13 – 31/12/13: Taller de Simulacros SimBaby semanales. (Asistente).

Asistencia a Seminarios, charlas, jornadas, reuniones, o congresos.

- 17-18/01/13: Actualización Pediátrica. Hospital casa de la salud. Valencia.
- 17/05/13: V Jornada Universitaria de avances en medicina del sueño pediátrica en Atención Primaria.
- 25-27/04/13: XVIII Congreso de la Sociedad Española de Urgencias. Granada.
- 15/07/13: XXIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Elche.

Cursos recibidos.

- 22/10/2012-10/06/2013: Curso de formación continuada e integración en pediatría 2013. Hospital Francesc de Borja (60 horas lectivas)
- 12/01/13: Curso de avances en pediatría. Sociedad Valenciana de Pediatría. (4 créditos)
- 14/01/13 al 11/02/13: Ortopedia y Traumatología pediátrica general. Colegio Médico de Valencia. (20 horas lectivas).
- 14-15/02/13: Jornada de Vacunas de la AEP. AEP (2.1 créditos)
- 24/01/13 al 25/04/13: Curso de formación práctica en pediatría. Colegio Médico de Valencia. (20 horas lectivas)
- 02/05/13 al 30/05/13: Curso de Gastroenterología y nutrición pediátrica IV Ed. EVES. (20 horas lectivas)
- 2013: Curso on-line "PREP The Curriculum" de la Academia Americana de Pediatría. (9 créditos)

4.- OTRAS ACTIVIDADES

- 2013: Colaborador en el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE).
- 22/10/2012-10/06/2013: Ponente durante 3 horas del “Curso de formación continuada e integración en pediatría 2013”. (Ponente de 3 horas)

Dra: SOFIA CESIN

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

- Curso de Ortopedia y Traumatología Pediátrica General. Organizado por: Comisión de Docencia del Colegio de Médicos de Valencia y la Sociedad de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Comunidad Autónoma Valenciana. Sede: Colegio de Médicos de Valencia. 14, 21 y 28 de enero, 4 y 11 de febrero de 2013.
- IV Curso de Actualización Pediátrica. Hospital Casa de Salud, Valencia. 17 y 18 de enero de 2013.
- Jornadas de Vacunas de la AEP. Valencia. 14 y 15 de febrero de 2013.
- XVIII 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. 12 y 26 de enero, 9 y 23 de febrero y 9 de marzo de 2013.
- I Curso de Formación Práctica en Pediatría. Colegio Oficial de Médicos. Valencia. 24 de enero, 14 de febrero, 7 de marzo, 11 y 25 de abril de 2013.
- Curso de Estadística del Departamento de Salud de Gandía. Protocolo de Investigación. Dr. Fernando Gómez. 11 de marzo de 2013.
- Taller de Rehidratación. 18ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Granada. 25-27 de abril de 2013.
- Taller de Simulación Robótica 2. 18ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Granada. 25-27 de abril de 2013.
- Taller de Urgencias del Niño Diabético - Bombas de Insulina. 18ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Granada. 25-27 de abril de 2013.
- Taller de Atención inicial al traumatizado. 18ª Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Granada. 25-27 de abril de 2013.
- I Curso de Formación Práctica en Pediatría. Sociedad Valenciana de Pediatría. Sede: Colegio Oficial de Médicos. Valencia. 24 de enero al 25 de abril de 2013.

- VI Curso de formación para Médicos Internos Residentes: Asistencia al inicio de la vida. Apego y alimentación del recién nacido. Organizadores: IHAN y el Comité de Lactancia Materna de la AEP. Sede: Hospital Obispo Polanco, Teruel. 24-26 de octubre de 2013 (20 horas lectivas).
- Jornada de Urología en Pediatría. Director: Dr. Juan Francisco Estornell Moragues. Sede: Colegio Oficial de Médicos. Valencia. 19 de octubre de 2013. Actividad docente nº de expediente 13/8508 acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 0,4 créditos de formación continuada para medicina, pediatría.
- Curso de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo en Atención Primaria. Sede: Colegio Oficial de Médicos. Valencia. Noviembre de 2013.
- Curso de RCP Avanzada Pediátrica y Neonatal. Organizador: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Sede: Hospital Universitari i Politècnic La Fe. 21-23 de noviembre de 2013.
- XIX 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 2014.

CURSOS ONLINE

- Gastroenterología y nutrición pediátrica IV Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 2-30 de mayo de 2013 (20 horas lectivas).
- Dermatología pediátrica IV Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 6 de mayo al 30 de junio de 2013 (20 horas lectivas).
- Alergología pediátrica IV Edición. Plan de Formación EVES - Campus Virtual de la EVES. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Del 23 de septiembre al 21 de octubre de 2013 (20 horas lectivas).
- Pediatría y Enfermedades Raras: ¿Es difícil diagnosticar una mucopolisacaridosis? Director: Dr. Luis Aldamiz-Echevarría Azuara. 15-31 de diciembre de 2013. Curso con 50 horas lectivas, nº de expediente 12/25970 acreditado por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud con 5 créditos de Formación Continuada para Medicina.

SESIONES HOSPITALARIAS

- Sesiones Formativas del Departamento de Salud de Gandía (Hospital Francesc de Borja, Gandía):
 - Vacunas. Dr. Sequí. 14 de marzo de 2013.
 - III Jornada de Investigación. Departamento de Salud de Gandía. 4 de diciembre de 2013.
- Sesiones Departamentales del Servicio de Radiología.

- Introducción. Dr. Sánchez
- Abdomen.
- Escoliosis infantojuvenil. Dra. Llinares, Dra. Lloret y Dra. Muñoz.

Sesiones docentes y bibliográficas quincenales:

Revisión protocolo de quemaduras (card)

Revisión de protocolo de otitis (card)

Revisión de protocolo de conjuntivitis infecciosa (card)

Procalcitonina

Dermatitis atópica.

Cefaleas

Canalización umbilical

Parasitosis intestinales

Sepsis por toxinas

CPAP neonatal

RCP neonatal

Neumotórax

Hipoglucemia neonatal

Medicación y diluciones de analgesia y sedación

Ventilación mecánica

Hojas para padres: Convulsión febril

Hojas para padres: Laringitis, Bronquiolitis y Fiebre.

Hojas para padres: TCE, Diarrea y Vómitos

En las cuales he presentado:

Revisión de Enfermedades Metabólicas.

Revisión de Dermatitis Atópica.

Artículo sobre un estudio de las secuelas sobre el desarrollo neurológico en neonatos con hipotermia neonatal.

Artículo sobre un estudio de los factores de riesgo predictores de lesión intracerebral en lactantes con traumatismos craneales leves.

Impartida sesión para residentes de primer año del Hospital Francesc de Borja: Traumatismo craneoencefálico en pediatría.
Participación en estudio EPINE-EPPS 2013. Hospital Francesc de Borja.

R3:

Dra: MJ MARABOTTO

Asistencia a:

Curso Advanced pediatric life support (APLS).

IV curso de Actualización pediátrica (H. Casa de la Salud)

I Curso de Formación práctica en pediatría. (COMV)

Curso Básico Ortopedia Infantil (H. Niño Jesús)

Curso de dermatología infantil IV (EVES)

Curso de Neonatología IV (EVES)

Curso de Urgencias pediátricas (EVES)

XVIII Curso de avances en Pediatría (IVP)

Curso Oftalmología Infantil (COMV)

Curso de formación continuada e integración en pediatría: Donde he presentado las sesiones en el 2013:

- Enuresis nocturna
- Rinoconjuntivitis alérgica

Sesiones docentes quincenales:

Revisión protocolo de quemaduras (card)
Revisión de protocolo de otitis (card)
Revisión de protocolo de conjuntivitis infecciosa (card)
Procalcitonina
Dermatitis atópica.
Cefaleas
Canalización umbilical
Parasitosis intestinales
Sepsis por toxinas
CPAP neonatal
RCP neonatal
Neumotórax
Hipoglucemia neonatal
Medicación y diluciones de analgesia y sedación
Ventilación mecánica
Hojas para padres: Convulsión febril
Hojas para padres: Laringitis, Bronquiolitis y Fiebre.
Hojas para padres: TCE, Diarrea y Vómitos

De las cuales he revisado las hojas para padres de laringitis, bronquiolitis y fiebre

Sesiones bibliográficas quincenales
Participación en estudio EPINE 2013
Impartida sesión para residentes de primer año del H. Francesc de Borja: Fiebre en el niño

Asistencia a:
Jornadas interdepartamentales H. Francesc de Borja
Sesiones Formativas del departamento de Salud de Gandía (plan transversal común)

Jornada Enuresis nocturna

Jornada contacto Piel con Piel

Charla: Eficacia de la suplementación con Inmunoglucan P4H en niños con infecciones respiratorias de repetición. Encuentro de Nutrición Ordesa.

Sesión Radiología Pediátrica para residentes:

Introducción. Dr Sanchez.

Escoliosis infantojuvenil. Dra Lloret, Dra Muñoz y Dra Llinares.

Congresos:

Congreso de la sociedad valenciana de pediatría (15 de junio de 2013)

Realización de cursos online: Examen PREP 2012

Dra: S. KALBOUZA:

Asistencia a:

- * Curso Advanced pediatric life support (APLS).
- * IV curso de Actualización pediátrica (H. Casa de la Salud)
- * I Curso de Formación práctica en pediatría. (COMV)
- * Curso Básico Ortopedia Infantil (H. Niño Jesús)
- * Curso de Endocrinología infantil IV (EVES)
- * Curso de Urgencias pediátricas (EVES)
- * XVIII Curso de avances en Pediatría (IVP)
- * Curso Oftalmología Infantil (COMV)
- * Curso de formación continuada e integración en pediatría: Donde **he presentado** las sesiones en el 2013:
 - Recién nacidos pretérminos tardíos. Complicaciones y manejo.
 - Episodios aparentemente letales durante el contacto piel con piel en paritorio. A propósito de un caso clínico

Sesiones docentes quincenales:

- Revisión protocolo de quemaduras (card)
- Revisión de protocolo de otitis (card)
- Revisión de protocolo de conjuntivitis infecciosa (card)
- Procalcitonina
- Dermatitis atópica.
- Cefaleas
- Canalización umbilical
- Parasitosis intestinales
- Sepsis por toxinas
- CPAP neonatal
- RCP neonatal
- Neumotórax
- Hipoglucemia neonatal
- Medicación y diluciones de analgesia y sedación
- Ventilación mecánica
- Hojas para padres: Convulsión febril
- Hojas para padres: Laringitis, Bronquiolitis y Fiebre.
- Hojas para padres: TCE, Diarrea y Vómitos

De las cuales he revisado las hojas para padres de convulsiones febriles

Sesiones bibliográficas quincenales

Participación en estudio EPINE 2013

Asistencia a:

- Jornadas interdepartamentales H. Francesc de Borja

- Sesiones Formativas del departamento de Salud de Gandía (plan transversal común)
- Jornada Enuresis nocturna
- Sesión Radiología Pediátrica para residentes:
 - Introducción. Dr Sanchez.
 - Escoliosis infantojuvenil. Dra Lloret, Dra Muñoz y Dra Llinares.
- Congresos:
 - **Congreso de la sociedad valenciana de pediatría** (15 de junio de 2013)

R4:

Dra. LIDÓN LACOMBA CARRATALÁ

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

IV Curso de Actualización pediátrica 17 y 18 de enero 2013.

XVIII Curso de Avances en Pediatría Enero-Febrero-Marzo 2013. Instituto Valenciano de Pediatría.

Curso Atención Inicial al Politrauma Pediátrico. Hospital Infantil La Fe. Abril 2013

VII Curso Ventilación Mecánica Pediátrica. Hospital Clínico. Julio 2013

V Curso práctico de formación en alergología infantil para residentes de pediatría (R4). Noviembre 2013.

CURSOS

-Curso on-line “Casos clínicos 2” (patrocinado por Nutribén)

-Curso EVES “Gastroenterología y nutrición pediátrica” IV Edición. Mayo 2013 (20 horas lectivas)

-Curso EVES “Dermatología pediátrica” IV Edición. Junio 2013 (20 horas lectivas).

-Curso EVES “Formación de residentes en protección radiológica” Enero 2014. (15 horas lectivas)

SESIONES HOSPITALARIAS

- Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2012-2013. En dicho curso he presentado dos sesiones:

- Guía Primaria del lenguaje infantil
- RNPT reanimación

- Seminarios docentes quincenales:
 - 15/01/2013: Medicina basada en la evidencia. Carlos Miguel Angelats
 - 12/01/2013: Lectura crítica de artículos. Carlos Miguel Angelats

- Sesiones en el Centro de Salud de Beniopa. He presentado dos sesiones:
 - Trastornos del desarrollo psicomotor
 - Trastornos del lenguaje

- Sesiones inter-departamentales con el Servicio de Ginecología y Obstetricia
 - 08/01/2014: Protocolo feto muerto
- Sesiones en el Hospital La Fe durante el rotatorio externo:
 - 30/01/2013: Síndrome Metabólico

- Sesiones docentes en el Hospital Clínico durante el rotatorio externo:
 - Julio 2013: Infecciones fúngicas oportunistas en UCI- Neonatal
 - Octubre 2013: Esferocitosis hereditaria

Dra. MARTA SIFRE ARANDA

JORNADAS Y CURSOS PRESENCIALES

- IV Curso de soporte nutricional en pediatría. Barcelona. Junio 2013.
- VII Curso Ventilación Mecánica Pediátrica. Hospital Clínico. Julio 2013.
- XX Curso Atención Inicial al Trauma Pediátrico. Hospital Infantil La Fe. Octubre 2013.
- V Curso práctico de formación en Alergología infantil para residentes de pediatría (R4). Noviembre 2013.
- XIX Curso de Avances en Pediatría Enero-Febrero-Marzo 2014. Instituto Valenciano de Pediatría.

-XXVIII Congreso Nacional de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria-SEPEAP (Componente del Comité Científico). Octubre 2014. Valencia.

CURSOS

- Curso on-line “Casos clínicos 2” (patrocinado por Nutribén)
- Curso EVES “Gastroenterología y nutrición pediátrica” IV Edición. Mayo 2013 (20 horas lectivas)
- Curso EVES “Formación de residentes en protección radiológica” Enero 2014. (15 horas lectivas)
- Curso on-line PREP (American Academy of Pediatrics). Nestle 2013.
- Curso on-line Nutrición en Situaciones Especiales. Nutribén. Marzo 2014.

SESIONES HOSPITALARIAS

-Asistencia y participación “Curso de formación continuada e integración en pediatría” acreditado con 60 horas durante el curso 2012-2013. En dicho curso he presentado una sesión:

- Gastroenteritis aguda y Ondansetrón
- Guía primaria de rinitis alérgica

-Sesiones en el Centro de Salud Beniopa. He presentado una sesión:

-Calendario vacunal

-Seminarios docentes quincenales:

- 15/01/2013: Medicina basada en la evidencia. Carlos Miguel Angelats.
- 12/01/2013: Lectura crítica de artículos. Carlos Miguel Angelats.

- Sesiones bibliográficas docentes quincenales en Hospital Clínico de Valencia (rotatorio externo).

- Hipotiroidismo neonatal. Diciembre 2013.
- Alteraciones del bienestar fetal. Interpretación del RCTG. Enero 2014.
- CMV congénito. Enero 2014.
- Manejo de la leucemia linfoblástica aguda. Febrero 2014.

He presentado dos sesiones:

-RCP neonatal avanzada. Diciembre 2013.

-Hipertensión pulmonar en neonatología. Nuevas estrategias de tratamiento. Enero 2014.

R4+

Dra. ANA MARÍA ALBORS FERNÁNDEZ:

Congreso de medicina perinatal 2013

Dra. MA RAYA

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 2013 : 2 intervenciones de 30 minutos en el programa “casi mayores” de Tele 7.

ACTIVIDAD DOCENTE ENFERMERÍA PEDIATRÍCA 2012.

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 título 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 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 2013 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 en 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 de Estiu para el año 2013 dado que en 2012 no pudimos participar, 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 Gandía, esrnado en este momento a punto de firmar el convenio correspondiente.

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](#)).

Hemos conseguido incubadoras en buen estado de La Fe antigua y también una cuna de reanimación neonatal, una lámpara de fototerapia y una CPAP que esta ya funcionando y se ha utilizado varias veces. Esto completa el nuevo aparato de otoemisiones que hemos conseguido junto con el fotobilirrubinometro nuevo pues el anterior ya no funcionaba. Para este año venidero esta previsto renovar el monitor de la cama de intermedios y la compra de un aparato de potenciales auditivo automáticos. 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.

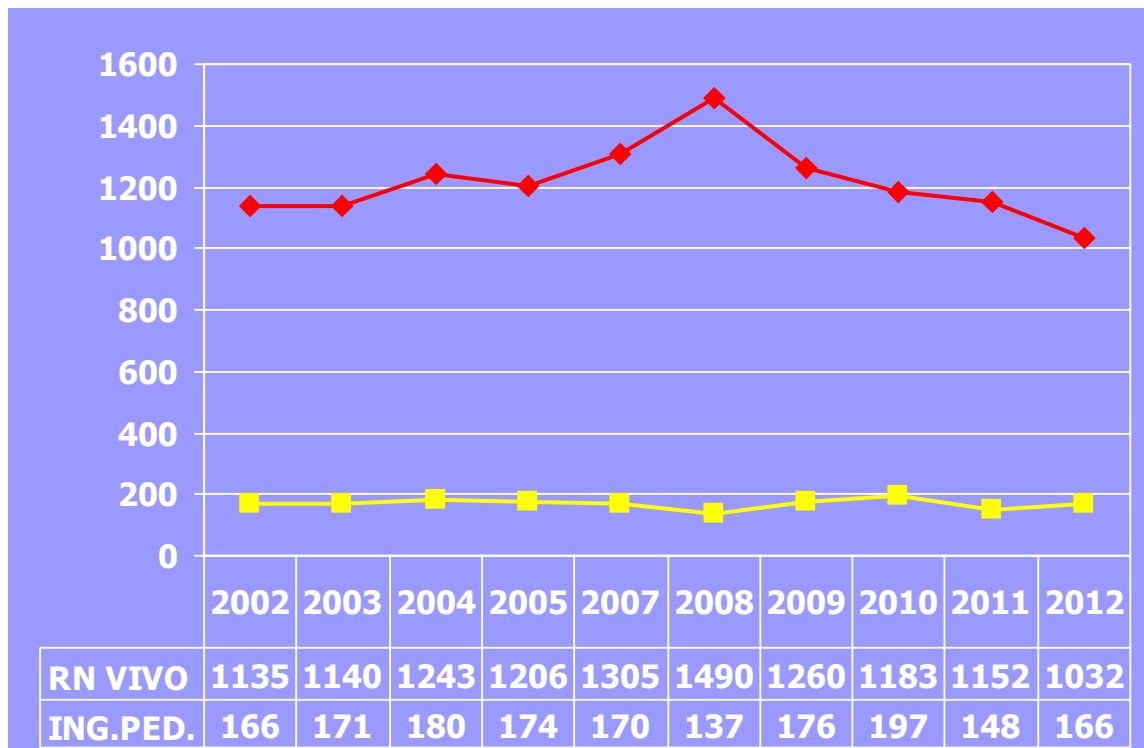
ANEXOS:

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

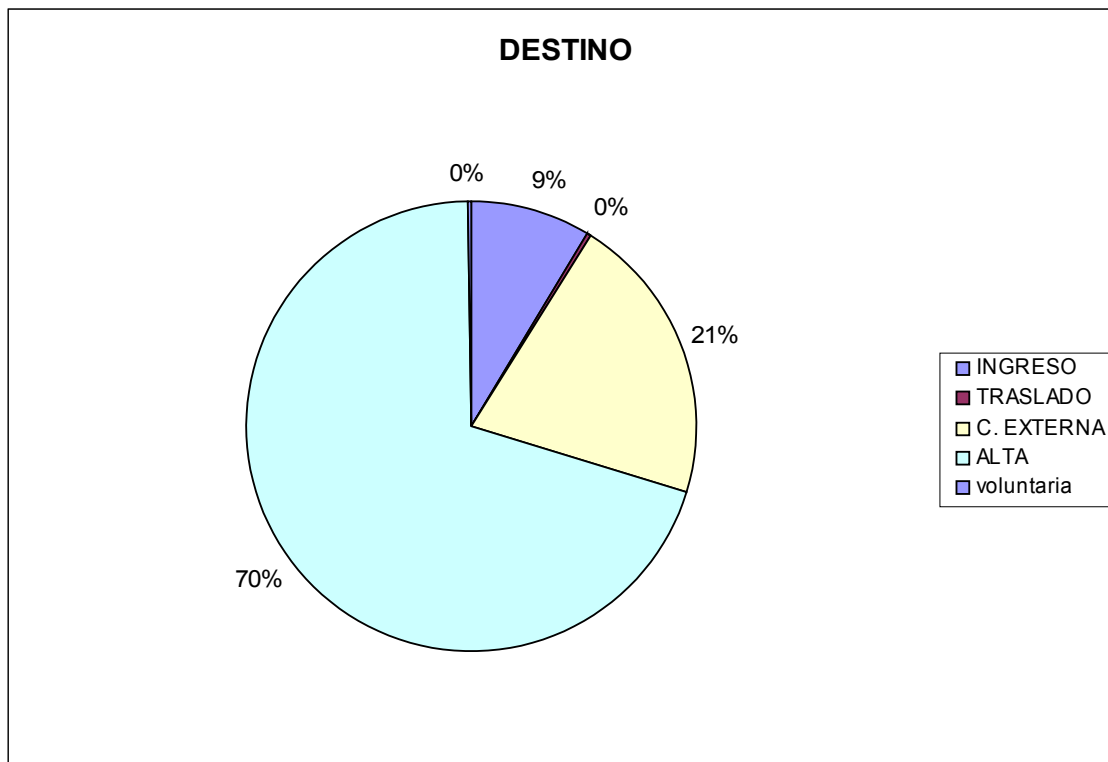
El área materno infantil de un hospital es crucial para la percepción del usuario sobre la asistencia sanitaria de su área. En nuestra área la percepción es mala por dos motivos:

- 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 área en aras de aprovechar mejor los recursos y mejorar al tiempo la percepción de la comunidad sobre nuestro hospital y la asistencia pediátrica.



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 son francamente preocupantes puesto que no vamos a llegar a los 900 recién nacidos. Esto puede 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.

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.

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 mas 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 esta previsto (como la zona de observación), con un mayor contenido y una mejor asistencia puesto que todos los niños serian 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 oxigeno 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	8	3.149

	(25.195)	(33,5 años)	
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.