

GUÍA E ITINERARIO DOCENTE DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

LUIS RUIZ-VALDEPEÑAS HERRERO
Jefe del Servicio de Cardiología

MARÍA ANTONIA MONTERO GASPAR
Médico Adjunto S. de Cardiología.
Tutora de Residentes

Ciudad Real. MAYO 2012

Caracterización

- Servicio, Hospital y Área:

El Servicio de Cardiología es responsable de atender a pacientes que requieran atención especializada cardiológica, excluidas la fase prehospitalaria, estancias en Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En el Hospital General de Ciudad-Real (HGCR), el Servicio es autónomo, y cuenta con una jefatura de Servicio y guardias propias de Cardiología.

Los Servicios sanitarios del HGCR dependen del SESCAM desde el 01/01/2002, coincidiendo con el traspaso de competencias sanitarias a la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha

El nuevo Hospital General de Ciudad-Real (HGCR), situado en la zona sur de la capital, tiene una superficie urbanizada de 106.428 m² y construida de 96.602 m². El número total de habitaciones de hospitalización es de 410 y la capacidad total de camas 812 siendo individuales 55%, inaugurándose con 540 camas funcionales. Además está dotado de 24 puestos de UCI, 12 quirófanos, 116 locales de consulta y 23 puestos de cirugía mayor ambulatoria. La inversión total para su puesta en funcionamiento ha sido de 142.306.674,19€, desglosados en 106.615.449,77€ por la obra y 35.691.225 por equipamiento

Inaugurado oficialmente el 18 de noviembre de 2005 por el Presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, D. José-M^a Barreda.

Las áreas de cobertura son las siguientes en número de habitantes, según datos de 2005-2006: directa 175.000, Unidad Coronaria (área directa + Valdepeñas + Puertollano) 328.506, electrofisiología cardíaca y Hemodinámica (área provincial) 547.433, Medicina Nuclear (área provincial + zonas de Cuenca y Albacete) 1.000.000

- Clientes: Pacientes con enfermedades cardíacas de nuestra área de cobertura directa, de zonas de referencia, de otros Servicios y Unidades, y los que requieren Pruebas diagnósticas cardiológicas: ecocardiogramas transtorácicos y transesofágicos, pruebas de esfuerzo convencionales o asociadas a tomografía de emisión de positrones (SPECT), Holter electrocardiográfico, sección de Hemodinámica con cobertura de Angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio y Unidad de arritmias con realización de Estudios electrofisiológicos, e implantación de marcapasos y desfibriladores.

- Proveedores: Gran parte de nuestros servicios se realizan en diferentes Secciones de la Unidad. Otros servicios externos proveedores son Análisis Clínicos, Radiología, Unidad de Cuidados intensivos, Medicina Nuclear - con el que trabajamos conjuntamente -, y potencialmente cualquier Servicio del Hospital.

RECURSOS HUMANOS.

Personal Facultativo

2002 se inició con 6 cardiólogos: 1 Jefe de Servicio (Dr. Luis Ruiz-Valdepeñas Herrero) y 5 F.E.A.s (Dres. Carmen Jiménez Meneses, Agustín Camacho Pedrero, Lucio Celemín Torrijos, María Ángeles Pérez Martínez y María Antonia Montero Gaspar). Desde 2005 se contrataron los componentes de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista: Jefe Dr. Fernando Lozano y Drs: Ignacio Sánchez y Alfonso Jurado.

El resto del equipo que componen el S de Cardiología: Dra. Soledad Martínez, Dres. Germán Herrera, Álvaro Moreno, José M^a Arizón y Javier Jiménez Díaz, y desde Mayo de 2011 la Dra. Verónica Hernández.

Desde Diciembre de 2013: Dra. Nuria Muñoz y se espera la incorporación de Dr. Felipe Higuera Sobrino una vez finalizada la residencia.

Así, en la actualidad, la plantilla total de Facultativos está formada por 16 cardiólogos.

Personal de Enfermería

De servicio en 5^a planta, sector B, de hospitalización:

- Supervisor: 1 turno de mañanas (excepto sábados, domingos y festivos)
- DUE: 3 turno de mañanas (2 sábados, domingos y festivos), 2 turno de tardes, 2 turno de noches.
- Auxiliares de Enfermería: 2 turno de mañanas, 2 turno de tardes, 2 turno de noches.

De servicio en 1^a Planta Pruebas especiales

- DUE: 2 turno de mañanas (excepto sábados, domingos y festivos)
- Auxiliares de Enfermería: 2 turno de mañanas (excepto sábados, domingos y festivos)

De servicio en Consultas

- DUE: 2 turno de mañanas (excepto sábados, domingos y festivos).
Dependiendo del nº de consultas en funcionamiento, 1 DUE adicional

Personal no sanitario

De servicio en Planta (hospitalización):

- 1 celador turno de mañana y 1 en turno de tarde-noche (compartido con otras secciones de hospitalización) (excepto sábados, domingos y festivos)
- 2 celadores en pruebas especiales (compartido con endoscopias digestivas)
- 1 celador en Hemodinámica
- Secretario H. Alarcos: 1 en turno de mañanas de Lunes a Viernes.

Recursos Materiales

Camas de Hospitalización

En el HGCR se dispone de un ala de hospitalización (5ª B), totalizando 30 camas, (habs. 525 a 544) de las que 8 son individuales. Se incluye telemetría (4 en la actualidad) y monitorización en 5 habitaciones.

Locales de Consultas

En el área cardiológica, se dispone de 2 consultas (nº 62 y 63), y otras 2 a disposición de la Unidad de arritmias (64 y 65). A la espera de la ampliación y / o reubicación de la zona de consultas, ocasionalmente se utiliza como local eventual, la destinada a Ergometrías 2.

Zona de pruebas especiales

1ª Planta: 3 salas intercomunicadas para Ecocardiogramas, incluido transesofágico.

2 locales para pruebas de esfuerzo convencional y con consumo de O2.

1 sala para Holter (conexión y desconexión de lectora, grabación de lectora a PC, interpretación e impresión)

Dependientes del Servicio de Medicina Nuclear, 1 sala para realización de Ergometría-SPECT y Adenosina- SPECT.

En planta de hospitalización, se dispone de una pequeña sala para realización de Ecocardiogramas con un ecocardiógrafo portátil (habitualmente para exámenes urgentes o con pocos requerimientos técnicos, en pacientes hospitalizados).

Despachos Médicos

En la zona de hospitalización del HGCR no existen despachos médicos. La zona de trabajo es común, y estamos pendientes de que se acepte una reforma para disponer de una zona de trabajo-sesiones, con posibilidad de aislamiento de las zonas comunes. Existe un despacho destinado a información clínica a familiares.

Las reuniones habituales y sesiones Cardiológicas se realizan en el Aula 1 de la 3ª planta de la torre Administrativa.

En la Sección de Hemodinámica, existen 2 despachos, uno de ellos correspondiente al Jefe de sección y otro como zona de trabajo.

El Jefe de Servicio dispone de su despacho en la 3ª planta de la torre administrativa, cercano al despacho del secretario de Cardiología.

Aparataje para diagnóstico / tratamiento

AREA FÍSICA H. ALARCOS	APARATOS
Sala de Hospitalización	3 electrocardiógrafos 1 desfibrilador - marcapasos externo – monitor: Medtronic Lifepack 20 1 ecocardiógrafo 2D – doppler 1 báscula y tallímetro 6 bombas de infusión parenteral 2 bombas de infusión enteral 3 esfigmomanómetro automático
Consultas externas	4 electrocardiógrafos 2 básculas y tallímetro 4 esfigmomanómetro automático
Área de pruebas especiales	2 electrocardiógrafo 4 ecocardiógrafo 2D – Doppler – color , 1 de ellos con sonda transesofágica multiplano 2 equipo de prueba de esfuerzo asistido por ordenador, con cinta rodante, uno de ellos, con posibilidad de estudio funcional con consumo de O2 2 desfibrilador – monitor-marcapasos externo Medtronic Lifepak-20 1 estación de Holter: Zymed 10 grabadoras de Holter digitales

Equipamiento Informático

Red informática del Hospital, con ordenadores distribuidos en todas las Unidades y puntos de trabajo, tanto de personal médico como enfermería, así como de trabajadores administrativos, a disposición de cualquier trabajador con acceso a través de la tarjeta informática personal

Equipamiento para docencia e información

De uso particular por el servicio de Cardiología: 1 proyector de diapositivas, 1 cañón proyector de presentaciones, 1 pantalla, Diverso material en formato libros, revistas, VHS, CD-ROM y DVD.

De uso general, el hospital pone a disposición apoyo en las aulas, salón de actos u otras ubicaciones para sesiones, el material necesario para proyecciones, video conferencias, realización de posters y publicaciones.

En planta de cardiología (5ºB), se dispone de un scanner gracias a una donación desinteresada de laboratorios MEDA, a lo largo del año 2011.

Actividad

Actividad Asistencial
Actividad global por años

	2002	2003	2004	2005 ¹
Ingresos	1.378	1.577	1.510	1.272
Estancia media	6'1	5'7	5'9	5'6
Consultas Nuevas	1.352	1.340	1.582	1.390
Consultas Sucesivas	3.280	4.207	4.765	3.686
Ergometrías Convencionales	1.807	1.951	2.253	1.699
Ergometrías-SPECT	700	700	1.100	1.056
Adenosinas-SPECT2	500	500	500	438
Holter	740	1.207	1.481	1.374
Ecocardiogramas Transtorácicos	3.158	4.772	4.859	4.116
Ecocardiogramas transesofágicos	99	113	107	128
Cardioversiones eléctricas			14	
Electrocardiogramas	2.122	1.866	1.363	1.096

¹ Datos de hospitalización acumulados enero-octubre, de pruebas especiales enero-septiembre /2005

Análisis de la casuística de hospitalización

Utilizamos los datos proporcionados por IASIST en 2004, referidos al ejercicio de 2003.

25 GRD más frecuentes

GRD		Altas	%Altas	% Extr
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicación mayor, sin defunción	252	17,6	1,2
140	Angor pectoris	218	15,2	3,2
143	Dolor torácico	191	13,3	2,1
121	Trastornos circulatorios con IAM y complicación mayor, sin defunción	177	12,4	1,7
127	Fallo cardíaco y shock	86	6,0	3,5
133	Aterosclerosis, sin complicaciones	81	5,7	1,2
139	Arritmia cardíaca y trastornos de la conducción, sin complicaciones	61	4,3	4,9
116	Otra implantación de marcapaso cardíaco permanente	51	3,5	3,9
138	Arritmia cardíaca y trastornos de la conducción, con complicaciones	43	3,0	0,0
145	Otros trastornos circulatorios sin complicaciones	42	2,9	2,4
132	Aterosclerosis, con complicaciones	32	2,2	0,0
544	Insuficiencia cardíaca crónica y arritmia con complicaciones mayores	24	1,7	4,2
136	Patología cardíaca congénita y trastornos valvulares, <18 años, sin complicaciones	22	1,5	0,0
112	Intervenciones cardiovasculares percutáneas sin IAM/ICC/shock	19	1,3	5,3
543	Trastornos del sistema circulatorio excepto IAM, insuficiencia cardíaca crónica y arritmia, con complicaciones mayores	16	1,1	0,0
144	Otros diagnósticos circulatorios con complicaciones	13	0,9	0,0
123	Trastornos circulatorios con IAM, con defunción	11	0,8	0,0
134	Hipertensión	11	0,8	0,0
135	Patología cardíaca congénita y trastornos valvulares, <18 año, con complicaciones	9	0,6	11,1
142	Síncope y colapso, sin complicaciones	6	0,4	16,7
115	Implantación de marcapasos cardíaco permanente con IAM, insuficiencia cardíaca o shock o E440 procedimiento general	5	0,3	0,0
141	Síncope y colapso, con complicaciones	5	0,3	0,0
452	Complicaciones del tratamiento, con complicaciones	4	0,3	0,0
548	Implantación o revisión marcapasos/electrodo cardíaco con complicaciones mayores	4	0,3	0,0
812	Malfunción, reacción y complicación dispositivo o proc. cardíaco o vascular	4	0,3	0,0
25 GRD más frecuentes		1.387	96,9	

Complejidad

Peso relativo: 0,9251 (7'5% inferior al benchmark)

Indicadores de funcionamiento

Índice de estancia media ajustada (IEMA):1,1088 (10'9% superior en estancias consumidas respecto al benchmark)

10 GRD con mayor impacto en estancias consumidas

GRD		Altas	EM observada	EM esperada	Impacto
143	Dolor torácico	187	5,5	3,2	430
140	Angor pectoris	211	6,2	4,8	295
122	Trastornos circulatorios con IAM sin complicación mayor, sin defunción	249	8,7	7,9	199
127	Fallo cardíaco y shock	83	8,8	6,9	158
121	Trastornos circulatorios con IAM y complicación mayor, sin defunción	174	11,1	10,6	87
139	Arritmia cardíaca y trastornos de la conducción, sin complicaciones	58	4,8	3,6	70
115	Implantación de marcapasos cardíaco permanente con IAM, insuficiencia cardíaca o shock o E440 procedimiento general	5	16,0	4,6	57
138	Arritmia cardíaca y trastornos de la conducción, con complicaciones	43	6,0	5,1	39
116	Otra implantación de marcapaso cardíaco permanente	49	5,8	5,1	34
549	Intervenciones cardiovasculares mayores con complicaciones mayores	1	50,0	18'9	31

Indicadores de calidad asistencial

Índice de mortalidad ajustada por riesgo (IMAR): 0,6296.

Nº de casos observados: 15. Nº de casos esperados: 24.

Tasa de mortalidad observada 1'13%. Tasa de mortalidad esperada 1'79%

Índice de complicaciones ajustadas por riesgo (ICAR): 0,6153.

Complicaciones observadas: 23. Complicaciones esperadas: 37

Tasa de complicaciones observadas: 1,75%. Tasa de complicaciones esperadas: 2,84%

Todos estos indicadores sensiblemente mejores que el benchmark.

A continuación, y a modo de ejemplo, se muestra la actividad asistencial correspondiente a los años 2006, 2007 y 2009.

ACTIVIDAD ANUAL 2006:

RECURSOS:	
LOCALES DE CONSULTA	2
CAMAS	32
Nº DE FACULTATIVOS	8

ACTIVIDAD EN CONSULTA:			
	AA	OBJ	REALIZ
PRIMERAS CONSULTAS	1.699		1.470
REVISIONES	4.903		4.852
RELACION S/P	2,9		3,3
ALTAS EN CONSULTAS	353		36
CONSULTAS ALTA RESOLUCION			
		Nº	% /TOTAL REALIZ.
PRIM. CONSULTAS REALIZADAS PARA AT.PRIMARIA		1.072	72,9

HOSPITALIZACION:			
	AA	OBJ	REALIZ
Nº INGRESOS TOTALES	1.513		1.704
Nº INGRESOS PROGRAMADOS	144		186
ESTANCIA MEDIA	5,7		5,9
INDICE OCUPACION	90,3		86,7

PRUEBAS DIAGNOSTICAS			
	AA	OBJ	REALIZ
ERGOMETRIAS	2.017		3.120
incluye Ergo- Spect y Spect con Adenosina			
ECOCARDIOGRAMAS TRASTORAC	5.355		5.429
ECOCARDIOGRAMAS TRASESOFA	164		82
HOLTER	1.785		1.462
ELECTROCARDIOGRAMAS	1.448		249

ACTIVIDAD ANUAL 2007

RECURSOS:

LOCALES DE CONSULTA	2
CAMAS	32

ACTIVIDAD EN CONSULTA:

	AA	OBJ	REALIZ
PRIMERAS CONSULTAS	3.075		3.488
REVISIONES	6.344		9.565
RELACION S/P	2,1		2,7
ALTAS EN CONSULTAS	177		389
CONSULTAS ALTA RESOLUCION			
		Nº	% /TOTAL REALIZ.
PRIM. CONSULTAS REALIZADAS PARA AT.PRIMARIA		2.300	65,9

	AA	OBJ	REALIZ
INTERCONSULTAS: NUEVAS	0		219
SUCESIVAS	0		4

HOSPITALIZACION:

	AA	OBJ	REALIZ
Nº INGRESOS TOTALES	1.839		1.688
Nº INGRESOS PROGRAMADOS	395		393
ESTANCIA MEDIA	5,3		4,9
INDICE OCUPACION	83,0		71,1

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

	AA	OBJ	REALIZ
ERGOMETRIAS	3.453		3.180
Incluye Ergo- Spect y Spect con Adenosina			
ECOCARDIOGRAMAS TRASTORACICO	6.330		7.284
ECOCARDIOGRAMAS TRASESOFAGICO	141		229
HOLTER	1.962		2.625
ELECTROCARDIOGRAMAS	1.152		1.888

ACTIVIDAD CARDIOLOGÍA 2009

RECURSOS:	
LOCALES DE CONSULTA	2
CAMAS	32

ACTIVIDAD EN CONSULTA:			
	AA	OBJ	REALIZ
PRIMERAS CONSULTAS	1.438		3.075
REVISIONES	5.058		6.344
RELACION S/P	3,5		2,1
ALTAS EN CONSULTAS	7		177
CONSULTAS ALTA RESOLUCION			
		Nº	% /TOTAL REALIZ.
PRIM. CONSULTAS REALIZADAS PARA AT.PRIMARIA		1.632	53,1

HOSPITALIZACION:			
	AA	OBJ	REALIZ
Nº INGRESOS TOTALES	1.939		1.839
Nº INGRESOS PROGRAMADOS	287		395
ESTANCIA MEDIA	5,2		5,3
INDICE OCUPACION	87,1		83,0

PRUEBAS DIAGNOSTICAS			
	AA	OBJ	REALIZ
ERGOMETRIAS	4.389		3.453
Incluye Ergo- Spect y Spect con Adenosina			
ECOCARDIOGRAMAS TRASTORACICO	5.860		6.330
ECOCARDIOGRAMAS TRASESOFAGICO	152		141
HOLTER	1.407		1.962
ELECTROCARDIOGRAMAS	553		1.152

Actividad docente y Sesiones Clínicas 2002-2010

- Sesiones del Servicio: Pase de guardia diario 8:30-9:00 horas
- Revisiones bibliográficas todos los lunes 8:15-8:45
- Martes sesiones clínicas , flexible y ampliable a otros días tras el pase de guardia. 8:30-9:30 horas
- Sesión Clínica General del Complejo Hospitalario de Ciudad-Real: miércoles 8:15-9:00 horas
- Sesiones Clínicas Generales del Complejo Hospitalario de Ciudad-Real impartidas por miembros del Servicio de Cardiología:
 - Disfunción Crónica de Ventrículo Izquierdo. Tratamiento. Dra. Amparo Benedicto. 28/05/03
 - Presentación del Estudio CHARM. Dra. Amparo Benedicto. 20/11/03
 - Dolor Torácico I. Dres Mingo y Ruiz-Valdepeñas 10/11/04
 - Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Dra. Mingo. 24/11/04
 - Actualización en Fibrilación auricular: Dra. Montero. Mayo de 2009
 - Sd. de la Cimitarra. Dr. Arizón. Octubre 2010.
 - Hallazgo Incidental de Masa Cardíaca. Dra Hernández. Febr 2012

Ponencias en Reuniones / Cursos

- Ponente del Curso de Doctorado de la Universidad Autónoma de Madrid “Enfermedad Tromboembólica”, dirigido por el Prof. Julio Ancochea Bermúdez, con el tema “Síndrome coronario agudo. Estratificación de riesgo mediante marcadores bioquímicos y tratamiento con inhibidores de la gP IIB IIIA”. Dra. Susana Mingo Santos. Madrid, 12-16/02/01
- Charla sobre “Desayuno Cardiosaludable”, en colaboración con la Fundación Española del Corazón. Dra. M^a-Antonia Montero. Ciudad Real, 16 /04/2002.
- Enfermedad tromboembólica, curso de doctorado. Dra. Amparo Benedicto, Hospital de la Princesa. Mayo 2002
- Prevención de Enfermedades Vasculares Aterotrombóticas. Dr. Luis Ruiz-Valdepeñas. C-Real, mayo 2002
- Director. Seminario de Fibrilación Auricular: Consenso del Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dr Luis Ruiz-Valdepeñas, C.H. de Ciudad Real, 18 y 21/06/02
- Introducción. Seminario de Fibrilación Auricular: Consenso del Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dr Luis Ruiz-Valdepeñas, C.H. de Ciudad Real, 18/06/02
- Tratamiento antitrombótico. En Seminario de Fibrilación Auricular: Consenso del Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dra. M^a-Antonia Montero, C.H. de Ciudad Real, 21/06/02.
- Stent direct dans les lésions coronaires peu sélectionnées. Étude Disco 2. Quatrième Congrès Francophone de Cardiologie Interventionnelle. Dra. Susana Mingo, Amparo Benedicto. Paris, 18/10/02. Premio a la mejor Comunicación.

- Curso de Electrocardiografía Básica para Médicos de Atención Primaria del área 2. Dra. Amparo Benedicto, Noviembre 2002
- Curso de Electrocardiografía para Médicos de Atención Primaria.. Dra. Amparo Benedicto. Valdepeñas, 24/03/03
- Curso de Electrocardiografía Aplicada, incluido en el Plan de Formación Continuada de Atención Primaria del Área de Ciudad Real. Electrocardiografía para Atención Primaria. Dra M^a-Antonia Montero. Valdepeñas, Nov de 2003.
- Manejo de la Fibrilación Auricular en Urgencias de Atención Primaria. Dra. M^a-Antonia Montero. Centro de salud de Calzada de Calatrava, Nov 2003.
- Cursos de formación continuada para Médicos de atención primaria, avaladas por la Sociedad Española de Cardiología y colaboración con Pfizer: 16 horas anuales: celebradas en Marzo-Noviembre de 2002 y 2003. Aula de Sesiones del C.H. Ciudad Real. Dres. M^a-Antonia Montero, Agustín Camacho y M^a-Ángeles Pérez.
- Curso de Urgencias Médico-Quirúrgicas para residentes del complejo Hospitalario de Ciudad Real. Manejo y Tratamiento de arritmias en urgencias (4 horas por sesión). Dra . M^a-Antonia Montero, 2003 y 2004
- Curso de Electrocardiografía Básica para Médicos de Atención Primaria del área 2. Dra. Amparo Benedicto, Diciembre 2003
- Molestia torácica. Cardiopatía isquémica aguda. Curso de Urgencias para Residentes. Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dr. Luis Ruiz-Valdepeñas. 1/11/2003
- Aspectos generales y valoración inicial del paciente con arritmias. Curso de Urgencias para Residentes. Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dra. María-Antonia Montero. 2003
- Curso de Electrocardiografía Básica para Médicos de Atención Primaria del Área 2 de Madrid. Dra Amparo Benedicto. 19/12/03
- Curso de Electrocardiografía Básica para Médicos de Atención Primaria del Área 2 de Madrid. Dra Susana Mingo 9-13/12/03
- XXII Reunión de Ecocardiografía de la Sociedad Castellana de Cardiología. Dra. Susana Mingo. Madrid, 5-8/05/03
- Curso de Electrocardiografía Básica para Médicos de Atención Primaria del área 2. Dra. Amparo Benedicto, Febrero 2004
- Molestia torácica. Cardiopatía isquémica aguda. Curso de Urgencias para Residentes. Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dr. Luis Ruiz-Valdepeñas. 22/06/2004
- Aspectos generales y valoración inicial del paciente con arritmias. Curso de Urgencias para Residentes. Complejo Hospitalario de Ciudad-Real. Dra. María-Antonia Montero. 2004
- Prevención cardiovascular: En: “Jornadas Cardiovasculares del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real”. Dra. María-Antonia Montero, 30/11/2004.
- Actualización en el manejo de Hipertensión Pulmonar. Octubre 2009. Mariam Montero. Álvaro Moreno
- Curso de cardiología básica para enfermería. Edición 1 y 2. 4 tardes. Octubre y diciembre de 2011

Actividad investigadora de integrantes del Servicio de Cardiología

Publicaciones en Revistas científicas

- Cantale CP, García-Cosío F, Montero MA, Pastor A, Núñez A, Goicolea A. Caracterización electrofisiológica y clínica de la taquicardia macrorreentrante auricular izquierda. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 45-54
- Nunez A, Alberca MT, Cosio FG, Pastor A, Montero M, Ramos M, Carbonell R. Severe mitral regurgitation with right ventricular pacing, successfully treated with left ventricular pacing. Pacing Clin Electrophysiol. 2002 Feb;25(2):226-30.
- Luis Martínez Elbal, Susana Mingo, Javier Zueco, Isabel Calvo, José Moreu, Antonio Merchán, Rafael Melgares, Felipe Fernández Vázquez. Uso amplio de stenting coronario directo. Estudio Disco2. Rev Esp Cardiol 2003;56:654-661
- Mónica Marazuela, Río Aguilar Torres, Amparo Benedicto, Antonio Gómez-Pan. Dilated cardiomyopathy as a presenting feature of Cushing's syndrome. International Journal of Cardiology 88 (2003) 331-333
- Benedicto Buendía A, Calvo García M, Montero Gaspar MA. Aneurisma de arteria pulmonar. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 465-465
- Mañas M, Montero M, Marchán E, Benedicto A. Alteración de la marcha como presentación de infarto agudo de miocardio en el anciano. Anales de Medicina Interna .Agosto 2004 ; 21 (8); 408-409
- Ortega Carnicer J, Ruiz-Lorenzo F, Benedicto A. Thrombolytic therapy for acute myocardial infarction in unsuspected infective endocarditis. International Journal of Cardiology (Aceptado y pendiente de publicación. Disponible en Internet : 8-02-2005)
- Ruiz Solís S, Montero Gaspar MA, García Vicente AM, Rodado Marina S, Poblete García VM et al. Ergometría positiva y spect de perfusión miocárdica normal. Significado clínico". Aceptado en la Revista Española de Medicina Nuclear . En prensa.
- Mañas D, Montero M, Marchán E. Alteración de la deambulación como manifestación de IAM en el anciano. Carta al director. Pendiente de completar referencia.
- Montero M. Endocarditis bacteriana complicada sobre válvula nativa. Archivos de casos clínicos e imágenes. Schering-Plough. Madrid, 2004 (en prensa)
- Mingo S, Benedicto A, Jimenez MC, Perez MA, Montero M. Dynamic left ventricular outflow tract obstruction secondary to catecholamine excess in a normal ventricle. Int J Cardiol. 2005 Nov 11; [Epub ahead of print]
- Javier Jiménez-Díaz, Juan Benezet-Peñaranda, Arantzazu González Marín. Estimulación en el tracto de salida de ventrículo derecho en pacientes con persistencia de vena cava superior izquierda, Volume 65, Issue 02, Febrero 2012, Pages 190-191, ISSN 0300-8932,

Tesis doctoral:

- Álvaro Moreno: Tesis doctoral obtenida en mayo 2010 con el título "valoración con IVUS de lesiones complejas bifurcadas tratadas percutáneamente con stent en rama principal y dilatación simultánea de ambas ramas frente a dilatación consecutiva"

Comunicaciones a congresos

- Susana Mingo Santos, Luis Martínez-Elbal, Javier Zueco, Isabel Calvo Cebollero, José Moreu Burgos, José-R. López-Mínguez, Rafael Melgares, Felipe Fernández. Stent directo en lesiones coronarias poco seleccionadas. Estudio DICO 2. XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2002;55(supl 2)149. Premio “Juan Hernández Jiménez” de la Sociedad Castellana de Cardiología.
- Susana Mingo Santos, Luis Martínez-Elbal, Javier Zueco Gil, Isabel Calvo Cebollero, José Moreu Burgos, Antonio Merchán Herrera, Rafael Melgares Moreno, Felipe Fernández Vázquez. Stent directo en vasos pequeños. Subestudio del DICO 2 (Direct Stenting of Coronary Arteries). XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2002;55(supl 2)170
- A Benedicto, L. Martínez-Elbal, J. Zueco, I. Calvo, J. Moreu, J.R. López-Mínguez, R. Melgares, F. Fernández. Stent directo en lesiones coronarias excluidas por protocolo del estudio DISCO. Comunicación oral .XXXVIII Congreso Nacional de la SEC, Octubre 2002
- Río Aguilar Torres, Patricia Mahía Casado, Amparo Benedicto Buendía, Susana Mingo Santos, Loreto Armada Arnau. Experiencia a largo plazo en una unidad hospitalaria de insuficiencia cardiaca en pacientes con disfunción sistólica severa. . XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 2002;55(supl 2)178
- F. Fernández-Vázquez. A. Pérez. C. Cuellas. A. Benedicto. J. Moreu. J. Zueco. I. Calvo. R. Melgares. L. Martínez-Elbal. Emploi du stent direct dans des lésions non sélectionnées dans des centres sans chirurgie cardiaque sur place. Póster IV Congrès Francophone de Cardiologie Interventionnelle. Paris, Octubre 2002

Líneas de investigación

- Montero Gaspar M Investigadora del Estudio “ CONTROLRISC”: Estudio epidemiológico del riesgo cardiovascular en la población hipertensa y su modificación mediante educación personalizada al paciente. Mayo 2001. Duración: 24 meses. (finalizado)
- Montero Gaspar M Investigadora del Estudio “EPROSYST”: Estudio observacional, prospectivo, en pacientes diagnosticados de hipertensión leve o moderada para valorar la seguridad de utilización de eprosartán a largo plazo. Duración: 12 meses, desde 15 de Marzo 2001. (finalizado)
- Montero Gaspar M Investigadora del Estudio “DIETRIC”: Reducción de episodios de angor, en pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con trimetazidina . Marzo 2001-Septiembre 2003. (finalizado).
- Montero Gaspar M Investigadora del Registro “ESPERANZA”: Registro y seguimiento en pacientes de alto riesgo con cardiopatía isquémica en tratamiento con IECAS. Duración: 18 meses. Enero 2003. (Finalizado).
- Montero Gaspar M Investigadora del Estudio TARVEST: Estudio observacional, prospectivo, de tratamiento y obtención de objetivos en las cifras de presión arterial en la población hipertensa. (en colaboración con servicios de Medicina Interna y atención primaria) (en curso)

- Montero Gaspar M Investigadora del Estudio “ KORAL-CARDIO”: Estudio prospectivo, observacional de la reducción de microalbuminuria en pacientes hipertensos con cardiopatía, tratados con Irbersartan durante 2 años . (en curso)
- Montero Gaspar M Investigadora del Registro “REACH”: (Reduction of atherothrombosis for continued health). Registro prospectivo observacional internacional y de seguimiento en sujetos con riesgo aterotrombótico. Duración 24 meses. (en curso).
- Ruiz-Valdedepeñas Herrero L. Investigador de los Estudios PREVESE I y II. Prevención de la cardiopatía isquémica en España (finalizados)
- Montero Gaspar M, Camacho Pedrero A, Ruiz-Valdepeñas Herrero L: Investigadores del Registro DESCARTES
- Montero Gaspar M, Ruiz-Valdepeñas Herrero L: Investigadores del Registro MASCARA
- Ruiz-Valdepeñas Herrero L: Investigador del Estudio PAMISCA.
- Montero Gaspar: Estudio Advance (estudio de adherencia al tratamiento en pacientes con cardiopatía isquémica estable)
- Ruiz-Valdepeñas Herrero L: investigador Estudio EPICOR (manejo antitrombótico en el Síndrome Coronario Agudo)

Actividad Docente

Desde el año 2008, el Hospital está acreditado por el Ministerio de Sanidad para la formación de especialistas en Cardiología, según el programa oficial de la especialidad (ORDEN SCO/1259/2007 del B.O.E. num 110, 8 de Mayo 2007). Desde entonces, contamos con 2 residentes por año, cubriéndose todos los años las plazas ofertadas.

A fecha de Marzo de 2014: contamos con 8 residentes:

- Dra Natalia Pinilla (R-5)
- Dr. Felipe Higuera Sobrino. (R-5)
- Dra. M^a Thiscal López Lluva (R-4)
- Dr. Manuel Marina Breysse (R-4)
- Dr. Jaime Manuel Benitez Peyrat (R-4, por convalidación del primer año de residencia en Septiembre de 2011)
- Dra. Andrea Moreno Arciniegas (R-3).
- Dr. Jesús Piqueras Flores (R-2)
- Dr. Ramón Maseda Uribe (R-1)

La Comisión Nacional de la Especialidad de Cardiología ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido verificado por el Consejo Nacional de Especialidades Medicas, órgano asesor en materia de formación sanitaria especializada.

No obstante lo anterior, la Comisión de Docencia de la Unidad Docente en la que se haya obtenido plaza podrá adaptar, a propuesta del responsable de la Unidad y con la conformidad del residente, los planes individuales de formación en la medida en que, a juicio de dicha Comisión, sea compatible con la organización general de la Unidad y con la situación específica de cada residente.

El notable incremento en los conocimientos de ciencias básicas y áreas clínicas de las enfermedades cardiovasculares, el gran desarrollo de nuevos fármacos y los notables avances en nuevas técnicas diagnosticas y terapéuticas, han sido determinantes a la hora de poner en marcha una puesta al día de la formación en el área de la cardiología. Por otro lado, el envejecimiento de la población ha producido un incremento en el número de pacientes con más severas y más complicadas enfermedades cardiovasculares y el cardiólogo debe tomar cada día decisiones más complejas y muy frecuentemente como cardiólogo consultor. Por todo ello, el cardiólogo debe tener una extensa y profunda formación en clínica práctica y una formación específica en las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las patologías cardiovasculares.

De forma complementaria, el médico en formación debe recibir entrenamiento en investigación cardiovascular y en gestión clínica.

Un sólido entrenamiento en cardiología clínica sigue siendo de vital importancia en la formación integral de este especialista, por lo que el médico residente ha de adquirir una amplia experiencia en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares agudas y crónicas tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario, aprendiendo a hacer una utilización apropiada de los métodos diagnósticos que integren todos los datos clínicos. Asimismo, el médico residente debe adquirir preparación en el tratamiento de pacientes con otras patologías concomitantes o con pluripatología.

Finalmente, hay que tener en cuenta que la cardiología tiene áreas de actividad muy complejas en las que el especialista debe adquirir entrenamiento adicional, una vez concluido el programa formativo.

Objetivos de la formación

La formación del médico residente tiene como objetivos fundamentales facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para:

- a) Diagnosticar y tratar las enfermedades cardiovasculares, dominando las técnicas e especiales de su tratamiento y diagnóstico.
- b) Desarrollar la prevención, la promoción de la salud y la educación sanitaria de los pacientes, de sus familiares y de la comunidad.
- c) Realizar con eficacia la asistencia a los pacientes con problemas cardiovasculares agudos y crónicos, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario a través del diagnóstico clínico y el tratamiento adecuado.
- d) Sentar las bases que aseguren su capacidad para el autoaprendizaje y la formación continuada a lo largo de su vida profesional.
- e) Desarrollar investigación clínica y, si la infraestructura del centro lo permite, investigación básica.
- f) Adquirir conocimientos en gestión clínica y un nivel de conocimientos de la lengua inglesa.

Desarrollo de la investigación

El médico residente debe recibir formación general en metodología de investigación básica y clínica que incluya la adquisición de conocimientos en aspectos básicos de gestión de datos y tratamiento estadístico de los mismos. La actividad investigadora del médico residente puede desarrollarse participando en las líneas de investigación que estén en marcha en la unidad docente en la que se este formando.

Un elemento importante para el desarrollo de la actividad investigadora es obtener recursos para la misma por lo que el médico residente debe tener una información puntual de las becas de investigación que se convoquen anualmente, a fin de aportar el soporte científico, técnico y económico necesarios para llevar a cabo esta actividad investigadora.

Como resultado del desarrollo de la línea de investigación emprendida el médico residente debería presentar los resultados de la misma en Congresos Nacionales e Internacionales, publicaciones para validar su trabajo ó finalmente podría concretarse en un proyecto de tesis doctoral.

Contenidos específicos

Conocimientos formativos de la especialidad.

El residente de cardiología debe adquirir una serie de conocimientos básicos, aplicables a todas las especialidades. Son fundamentalmente conocimientos clínicos y de forma complementaria conocimientos en investigación clínica y básica, en lengua inglesa, en gestión clínica y en bioética.

- Conocimientos generales: Son conocimientos comunes a todos los médicos del sistema MIR que deberían alcanzarse a través de cursos y seminarios en metodología de investigación, gestión clínica y bioética. Estos cursos/seminarios deben ser organizados por las Comisiones de Docencia de cada Centro. Se considera aconsejable que el curso en metodología de la investigación se imparta en el primer año, el de inglés a lo largo del ciclo formativo, el de gestión clínica en el tercer/cuarto año y el de bioética en el quinto año.
- Conocimientos teóricos: El médico residente debe adquirir, durante su período de formación, conocimientos teóricos a través de un autoaprendizaje continuado y tutorizado que le permita tomar decisiones en el tratamiento de los pacientes. Se servirá de los libros de texto básicos en medicina interna y cardiología, de cursos de formación y actualización, de revistas medicas especializadas y de la información recibida a través de la red.
- Conocimientos específicos: El médico residente de cardiología ha de adquirir los conocimientos específicos de la especialidad que le permitan desarrollar una actividad competente en:
 - Cardiología clínica, aspecto clave en las decisiones finales del proceso clínico.
 - La asistencia a pacientes en situaciones cardiovasculares agudas.
 - Medicina hospitalaria y extrahospitalaria.
 - Cuidados pre y postoperatorios.
 - Cardiología preventiva.
 - Epidemiología y rehabilitación.

Actividades vinculadas con niveles de habilidad y responsabilidad.

La capacidad o habilidad para realizar determinados actos médicos, instrumentales o quirúrgicos, guarda relación con el nivel de conocimientos, experiencia y responsabilidad progresiva del residente según los siguientes niveles:

Nivel 1. Las habilidades adquiridas permiten al médico residente llevar a cabo actuaciones de manera independiente, sin necesidad de tutorización directa. Por lo tanto, el residente ejecuta y después informa.

Nivel 2. El residente tiene un extenso conocimiento pero no alcanza la suficiente experiencia para hacer un tratamiento completo de forma independiente, por lo que estas actividades deben realizarse bajo supervisión del tutor o personal sanitario del centro/servicio.

Nivel 3. El médico residente ha visto o asistido a determinadas actuaciones de las que sólo tiene un conocimiento teórico, por lo que estas actividades son llevadas a cabo por personal sanitario del centro/servicio y observadas/asistidas en su ejecución por el médico residente.

Actitudes

El médico residente debe entender que su formación integral ha de completarse con otros aspectos de vital importancia para su futuro como especialista:

Como médico debe anteponer el bienestar físico, mental y social del paciente a cualquier otra consideración y ser especialmente sensible con los aspectos humanos y principios éticos y legales del ejercicio profesional.

Como clínico cuidará con esmero la relación interpersonal médico-enfermo así como la asistencia completa e integrada del paciente.

Como experto en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, deberá ser siempre muy objetivo en el estudio y en los resultados, informará fielmente de los beneficios y riesgos, mantendrá una actitud crítica acerca de la eficacia y coste de los procedimientos y mostrará un constante interés por el autoaprendizaje y perfeccionamiento profesional continuado.

Como epidemiólogo, apreciará el valor de la Medicina Preventiva y la importancia del seguimiento de los pacientes y prestará suma atención a la educación sanitaria.

Como científico, debe tomar decisiones sobre la base de criterios objetivos y de validez contrastada, medicina basada en evidencia y guías de práctica clínica.

Como miembro de un equipo asistencial, deberá mostrar una actitud de colaboración con otros profesionales de la salud.

Como responsable último de la aplicación de los recursos debe entender que estos deben emplearse dentro de los cauces de una buena gestión clínica.

ROTACIONES

Las rotaciones por las diversas unidades clínicas son necesarias para alcanzar una formación óptima y homogénea entre los residentes de las distintas unidades docentes acreditadas.

Las rotaciones que aquí se exponen para el 2.º, 3.º y 4.º año podrán adaptarse a las características de los servicios y hospitales para evitar, en lo posible, la coincidencia física de varios residentes en la misma Unidad.

El tiempo de rotación que se indica en este programa tiene carácter de mínimo pudiendo variar su duración de acuerdo a las características de los servicios y hospitales.

Residente 1.er año:

Medicina Interna y especialidades médicas, con especial indicación de una rotación por endocrinología de 1 mes de duración (diabetes mellitus). En el HGCR, se incluye una rotación por Nefrología con una duración de entre 2-3 meses, que incluye hospitalización, hemodiálisis y ultrafiltración

Guardias: se aconseja entre cuatro y seis al mes, al menos una será en el servicio de cardiología y el resto en el Servicio de Urgencias o especialidad médica.

Residente 2.º año:

El Residente de 2º año pasa ya a integrarse en el servicio de Cardiología, donde pasará los 4 años restantes para su formación (aunque se realicen rotaciones externas). Todos los días deberá figurar de guardia un residente de Cardiología junto con un adjunto, exceptuando a aquellos que por rotación en centros externos no puedan acudir a las guardias del Hospital de Ciudad Real.

Unidad Coronaria. Mínimo 4 meses.

Cardiología clínica (planta y consulta externa). Mínimo 6 meses.

La rotación por UVI general se realiza en el segundo año de residencia, pues la Unidad coronaria se encuentra incluida en el Servicio de M. Intensiva. Desde Enero de 2011 se ofrece la posibilidad de rotar 2 meses en la Unidad de Reanimación, dependiente del Servicio de Anestesiología, para ampliar técnicas de intubación y accesos vasculares, así como atención a pacientes post-quirúrgicos críticos.

Rotación opcional de 2 meses en una Unidad coronaria de otro centro (p. ej. Hospital 12 de Octubre, Madrid)

Guardias: Se aconseja entre cuatro y seis al mes, intercalando las guardias de Unidad Coronaria con las de Cardiología general .

Residente 3.er año.:

Ecocardiografía/doppler: Mínimo 6 meses.

Pruebas de esfuerzo, cardiología nuclear, electrocardiografía, convencional, electrocardiografía dinámica, monitorización ambulatoria de la presión arterial. Mínimo 3 meses.

Rehabilitación cardíaca: 1 mes.

Guardias: Se aconseja entre cuatro y seis al mes en cardiología/unidad coronaria.

Residente 4º año:

Hemodinámica e intervencionismo percutáneo: mínimo de 6 meses

Electrofisiología, arritmias, implantación y seguimiento de marcapasos y DAIs: mínimo 4 meses. Dado que en nuestro centro no se realizan técnicas de ablación de vías, se completará la formación con una rotación en otro centro especializado (Fundación Jiménez Díaz, H. de Getafe, H 12 de Octubre...)

Cirugía cardíaca y cuidados postoperatorios: mínimo 2 meses, en centro externo.

Guardias: Se aconseja entre cuatro y seis al mes en cardiología/unidad coronaria.

Residente 5º año:

Cardiología pediátrica: mínimo 2 meses.

Opcional: 4-6 meses (según las características e la unidad docente).

Cardiología clínica: 4-6 meses

Guardias: Se aconseja entre cuatro y seis al mes en cardiología/unidad coronaria.

Rotación opcional.—El médico residente dispone de un período de libre elección para complementar (preferentemente en el 5.º año) su formación como médico especialista en cardiología. Se recomienda emplear este período en la alguna/s siguientes opciones:

- Estancia en un centro externo de reconocido prestigio, para realizar un entrenamiento en una Subespecialidad.
- Estancia en un centro externo de reconocido prestigio, para realizar para formación en investigación biomédica.
- Entrenamiento en Urgencias extrahospitalarias y DAIs: mínimo 4 meses.
- Cirugía cardíaca y cuidados postoperatorios: mínimo 2 meses.

Guardias: Se aconseja entre cuatro y seis al mes en cardiología/unidad coronaria.

TUTORES DE FORMACIÓN DE RESIDENTES

El Acuerdo de la Comisión de RR. HH. del Sistema nacional de Salud ORDEN SCO/581/2008 de 22 de febrero), fija los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, la figura del Jefe de estudios de formación especializada y el nombramiento del tutor. Así, en el Servicio de Cardiología contamos con 2 tutores, (inicialmente, la Dra. M^a Antonia Montero Gaspar). Dado que según la normativa vigente el nº máximo de residentes tutorizados es de 5 por tutor, desde 2010 se ha incorporado el Dr. Ignacio Sánchez, de la Sección de Hemodinámica.

JEFES DE SECCIÓN:

Dra. Carmen Jiménez Meneses: responsable de área de pruebas especiales.

Dr. Agustín Camacho Pedrero: responsable de área clínica

MODOS DE CONTACTO:

Jefe de Servicio: Dr Luis Ruiz-Valdepañas Herrero: Despacho situado en torre administrativa, planta 3. Extensión 79774

Tutores Cardiología:

- Dra. Marian Montero Gaspar: extensión 77523 (planta de Cardiología 5-B) y periódicamente con entrevistas programadas con los residentes.

E-mail: mamonterog@sescam.jccc.es

- Dr. Ignacio Sánchez: Servicio de Hemodinámica (1a. planta): Extensión 78892

PLANNING DE LAS ROTACIONES DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA:

Se muestra el planning de rotaciones realizadas hasta el momento por los residentes en formación, desde el año 2008

2008	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
NUR					MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	SALA
GIOV					MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	MINT	MINT

2009	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
NUR	SALA	SALA	SALA	END	NEF	NEF	UCC	UCC	UCC	UCC	MIV	MIV
GIOV	END	END	NEF	NEF	**	**	**	**	SALA	SALA	SALA	SALA
FELIP E					MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	NEF	NEF
NATAL IA					MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR

2010	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
NUR	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO (GRND)	ECO
GIOV	SALA	SALA	UCC	UCC	UCC	UCC	MIV	ERG	RYC	RYC	ECO	ECO (VAC)
FELIP E	END	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	UCC	UCC	UCC	UCC	MIV
NATAL IA	NEF	NEF	END	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ERG	ERG	ERG
MANU EL						MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR
MARIA						MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR

2011	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
-------------	-----------	------------	------------	-----------	------------	------------	------------	-----------	------------	------------	------------	------------

<i>NUR</i>	ERG	ERG	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	ARRIT
<i>GIOV</i>	ECO	ECO	ECO	ECO	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT
<i>FELIP E</i>	UCC 12 OCT	Baja	Baja	Baja	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	PED	PED 12
<i>NATAL IA</i>	ANEST	ANEST	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	CCV 12 OCT	CCV 12 OCT	ECO	ECO
<i>MANU EL</i>	ENDO C	SALA	SALA	NEFR	NEFR	NEFR	SALA	SALA	SALA	SALA	UCC	UCC
<i>MARIA</i>	NEFR O	NEFR O	NEFR O	ENDO C	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ANEST	ANEST
<i>JAIME</i>						SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ENDO CRINO
<i>ANDR EA</i>						MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR	MIR

<i>2012</i>	<i>EN</i>	<i>FEB</i>	<i>MAR</i>	<i>AB</i>	<i>MAY</i>	<i>JUN</i>	<i>JUL</i>	<i>AG</i>	<i>SEP</i>	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>
<i>NUR</i>	ARRIT	ARRIT	ARRIT GRAN AD	ARRIT GRAN AD	CCV 12 GRAN AD	SALA	SALA	SALA	SALA/ PED MAL	PED MALA GA	PED MAL/S ALA	TRAS
<i>GIOV</i>	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	SALA	SALA	PED	PED	SALA	SALA
<i>FELIP E</i>	PED 12	CONG ADULT 12	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	CCV	CCV	TRAS	TRA
<i>NATAL IA</i>	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	HEMO	HEMO	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM
<i>MANU EL</i>	UCI GRAL	UCI GRAL	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	ANEST	ANEST	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO
<i>MARIA</i>	UCC	UCC	UCI GRAL	UCI GRAL	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	CCV HGGM	CCV HGGM	ERG	ERG	ERG	ECO
<i>JAIME</i>	ENDO CRINO	ERG	ERG	ERG	CCV	CCV	UCC	UCC	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT
<i>ANDR EA</i>	END	NEF	NEF	NEF	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ANEST	ANEST
<i>JESÚS</i>					MIN	MIN	MIN	MIN	MIN	MIN	MIN	MIN

2013	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
NUR	TRAS	TRAS	OPC	OPC								
GIOV	SALA	TRAS	TRAS	SALA								
FELIP E	TRA	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	CON	CON	OPC	OPC
NATAL IA	PED. LA PAZ	PED LA PAZ	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT CANA DA	ARRIT CANA DA	ARRIT CANA DA	TRAS 12 OCT	TRAS 12 OCT	SALA	SALA
MANU EL	ERG	ERG	ERG	PED	PED	CCV	CCV	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM
MARIA	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	PED	PED	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT
JAIME	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO
ANDR EA	UCC	UCC	UCC	UCC	UCC 12 OCT	UCC 12 OCT	CCV	CCV	ERG	ERG	ERG	ECO
JESÚS	END	NEF	NEF	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	SALA	ERGO	ERGO	ERGO

2014	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
FELIPE	SALA	SALA	OPC	OPC								
NATALI A	CON	CON	SALA	SALA								
MANUE L	HEM	HEM	ARRI T	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	CON	CON	SALA
MARÍA	ARRIT	ARRIT	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	TRAS	TRAS	TRAS
JAIME	PED LA PAZ	PED LA PAZ	TRAS	TRAS	TRAS	CON	CON	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM
ANDRE A	ECO	ECO	ECO	ECO	ECO	PED	PED	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT
JESUS	ANEST	ANEST	UCI	UCI	UCI	UCI	UCI 12OCT	UCI 12OCT	CCV	ECO	ECO	ECO

2015	EN	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC
------	----	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----

<i>MANUEL</i>	SALA	TRAS	TRAS	TRAS	OPC							
<i>MARIA</i>	CON	SALA	SALA	OPC	OPC							
<i>JAIME</i>	HEM	HEM	OPC	OPC	OPC							
<i>ANDREA</i>	ARRIT	ARRIT	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	TRAS	TRAS	TRAS
<i>JESUS</i>	ECO	ECO	ECO	ECO	PED	PED	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT	ARRIT

<i>2016</i>	<i>EN</i>	<i>FEB</i>	<i>MAR</i>	<i>AB</i>	<i>MAY</i>	<i>JUN</i>	<i>JUL</i>	<i>AG</i>	<i>SEP</i>	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>
<i>ANDREA</i>	CON	SALA	SALA	OPC	OPC							
<i>JESUS</i>	ARRIT	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	HEM	SALA	SALA	SALA	CON

<i>2017</i>	<i>EN</i>	<i>FEB</i>	<i>MAR</i>	<i>AB</i>	<i>MAY</i>	<i>JUN</i>	<i>JUL</i>	<i>AG</i>	<i>SEP</i>	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>
<i>JESUS</i>	SALA	OPC	OPC	OPC	OPC							