



HOSPITAL SAGUNT I.C.E.

SERVICIO DE URGENCIAS

Año | **2012**

Memoria de Actividad

Servicio de Urgencias Generales

Hospital de Sagunto

Índice

Urgencias atendidas	3
Características de los pacientes	8
Clasificación de pacientes	11
Salas de destino de los pacientes	14
Estancia de los pacientes	15
Ingresos en la Sala de Observación	17
Informes de alta	19
Ingresos en Sala de Hospitalización	23
Farmacia hospitalaria	26
Satisfacción del usuario	30
Protocolos, Docencia e Investigación	31
Medidas de mejora	36

Urgencias atendidas

Durante el año 2012 se han atendido en Urgencias 63289 pacientes (46005 generales, 11589 pediátricas y 5695 en Maternidad). Esta cifra supone un descenso de las urgencias generales y pediátricas del 5.1% respecto a 2011, manteniendo la tendencia de los últimos años (Ilustración 1). La media diaria de pacientes atendidos en Urgencias Generales se sitúa en 157: 126 adultos, 32 pediátricos (Ilustraciones 2 y 3).

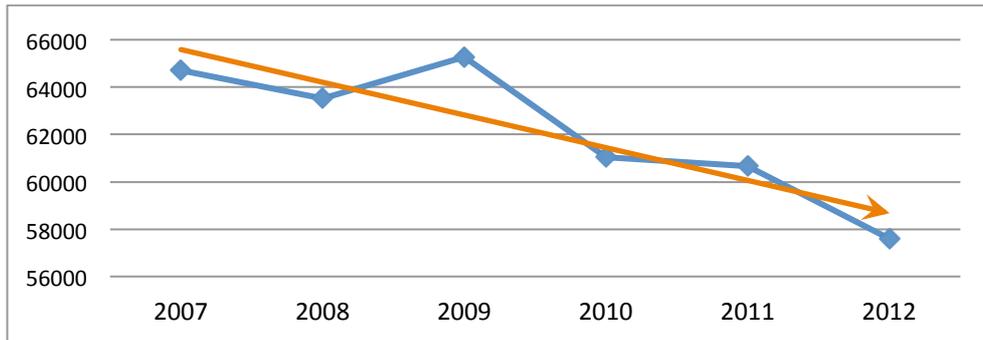


Ilustración 1. Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Generales

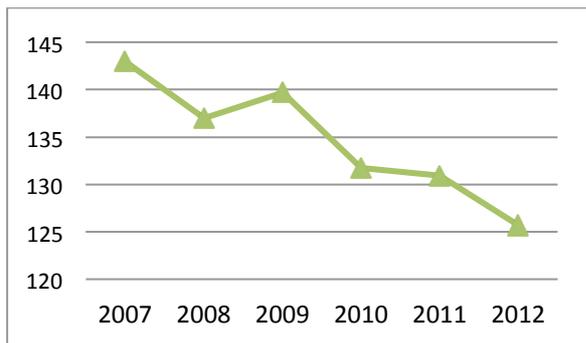


Ilustración 2. Pacientes adultos diarios

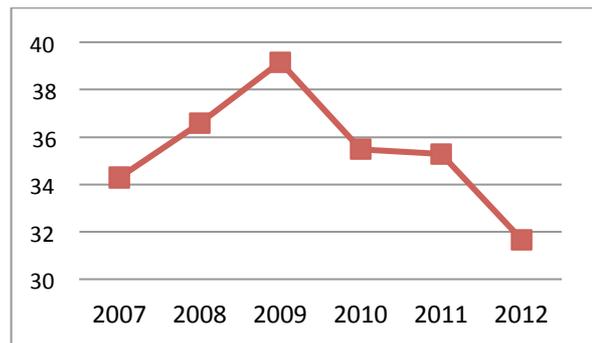


Ilustración 3. Pacientes pediátricos diarios

La evolución mensual de las Urgencias desde 2007 muestra que se repite cíclicamente el mismo patrón, con un gran pico de afluencia durante los meses de julio y agosto de 6000-6500 urgencias mensuales (Ilustración 4). Se aprecia también el pico asistencial producido en otoño de 2009 por la epidemia gripal (Ilustración 5). Se observa un descenso mantenido de las urgencias desde octubre de 2011 hasta diciembre de 2012.

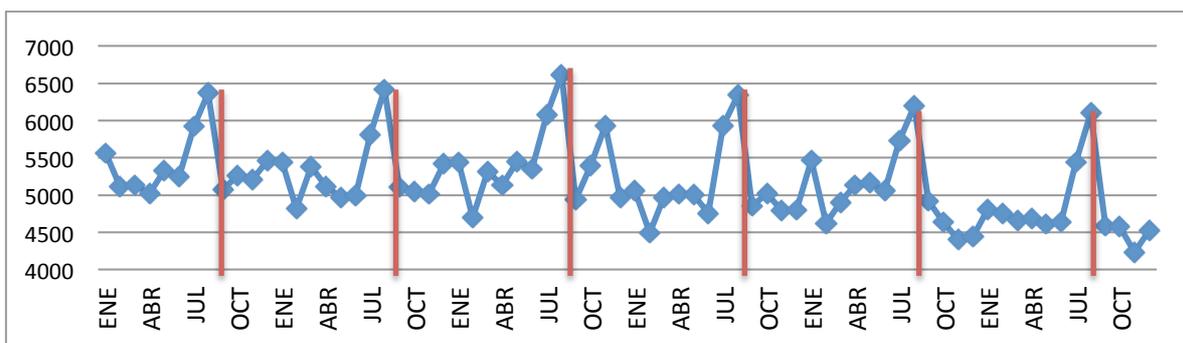


Ilustración 4. Tendencia de las urgencias

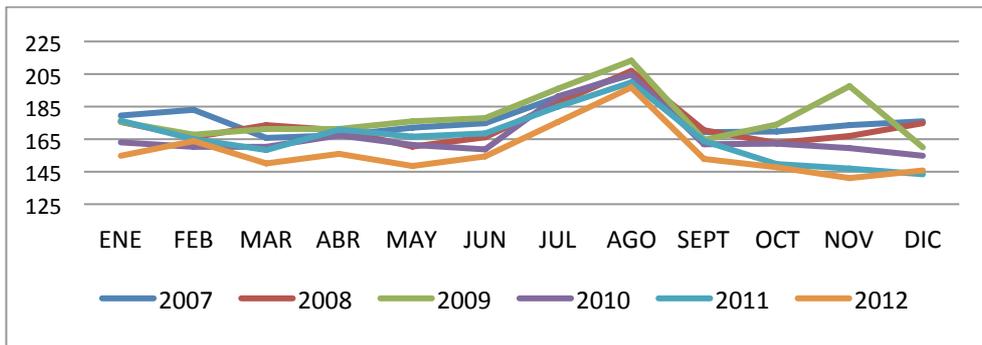


Ilustración 5. Urgencias diarias por mes y año

En adultos se observa un incremento del 30% respecto a la media en los meses de verano (Ilustración 6), mientras que en la población pediátrica se producen dos picos, uno estival y otro invernal, de proporciones similares (Ilustración 7). Destacar el aumento de urgencias durante los meses de octubre y noviembre de 2009, por la epidemia de gripe A.

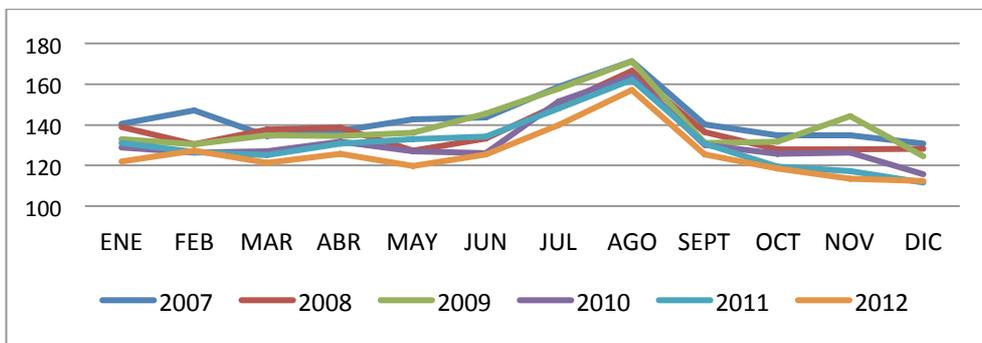


Ilustración 6. Pacientes adultos diarios

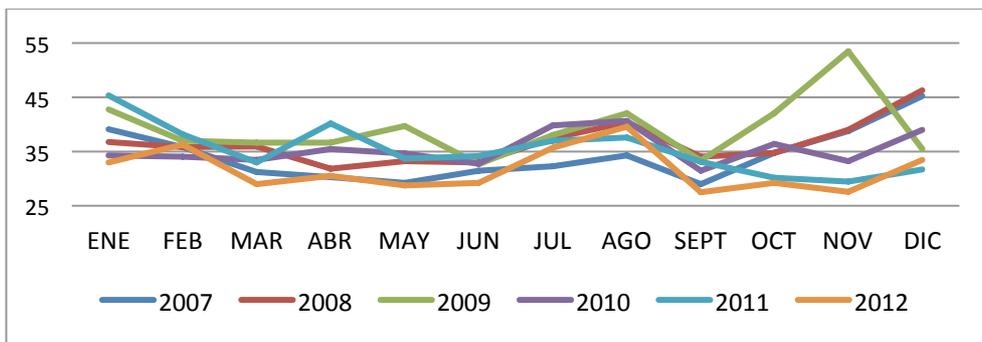


Ilustración 7. Pacientes pediátricos diarios

Se comprueba que en los últimos 4 años se mantiene un número similar de pacientes atendidos en cada tramo horario (Ilustración 8), el 43% en horario de mañana (68 pacientes), el 41% de tarde (64 pacientes) y el 16% en horario nocturno (25 pacientes).

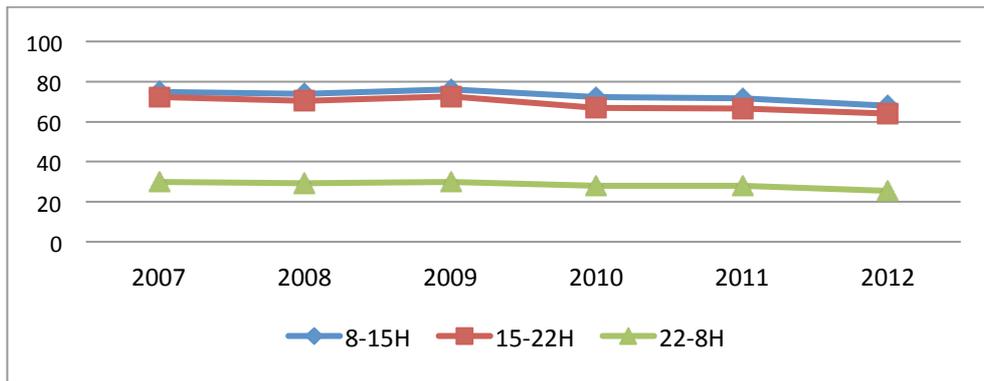


Ilustración 8. Urgencias diarias anuales

En 2012 si atendemos a los meses estivales se aprecia un aumento de las urgencias, un 17% durante el día (22 pacientes más) y un 54% por la noche (13 pacientes más) (Ilustración 9). En adultos se observa mayor demanda asistencial en el tramo de mañanas con respecto a las tardes (Ilustración 10). Sin embargo en niños se invierte este dato, produciéndose mayor afluencia en horario de tardes (Ilustración 11).

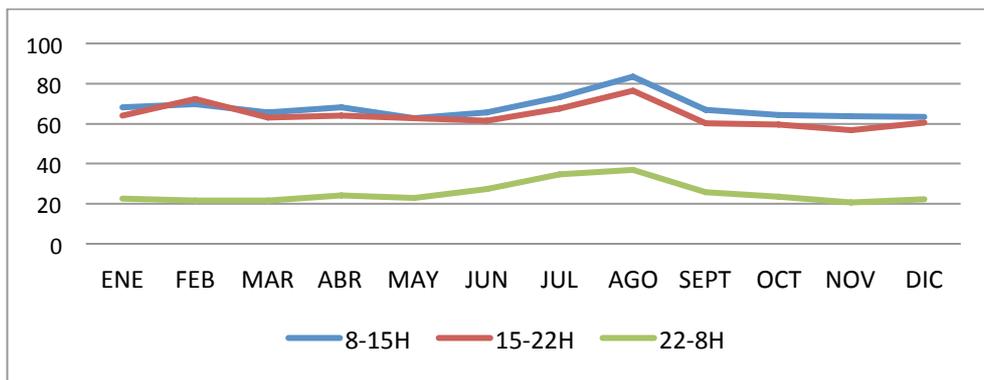


Ilustración 9. Urgencias diarias mensuales 2012

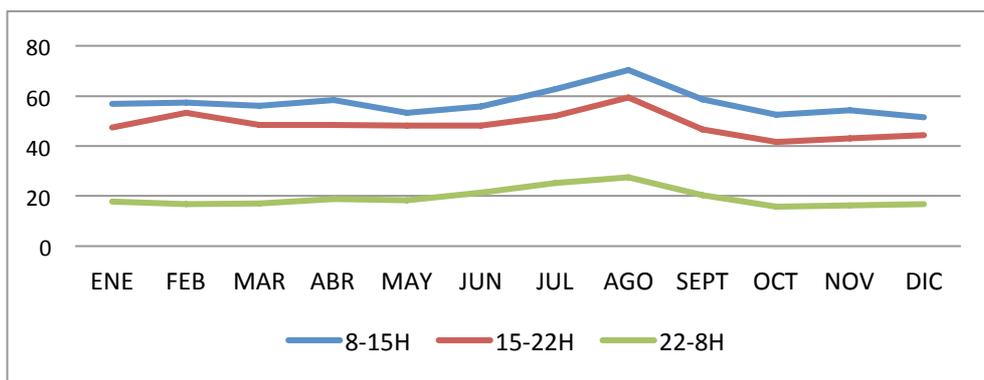


Ilustración 10. Urgencias diarias de adultos 2012

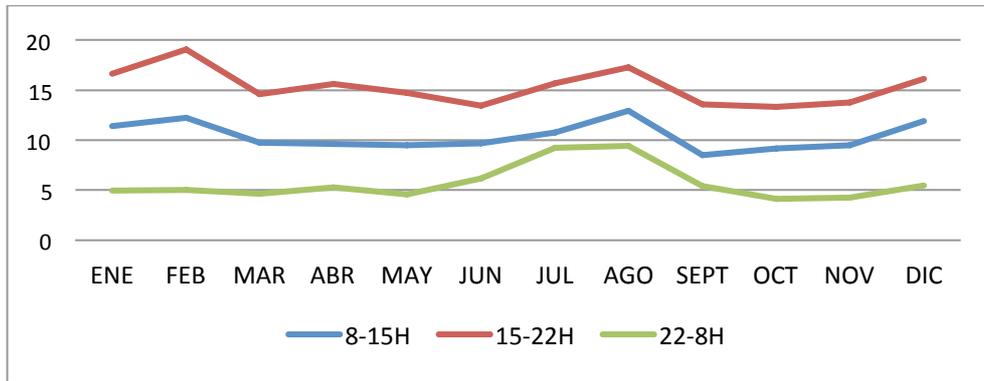


Ilustración 11. Urgencias diarias pediátricas 2012

Desmentimos la afirmación de que la población acude a los Servicios de Urgencias según sus necesidades a cualquier hora, siendo esta última impredecible. Comprobamos en la siguiente gráfica (Ilustración 12), que podemos encontrar un patrón de visitas según el horario en el que acuden los pacientes a Urgencias.

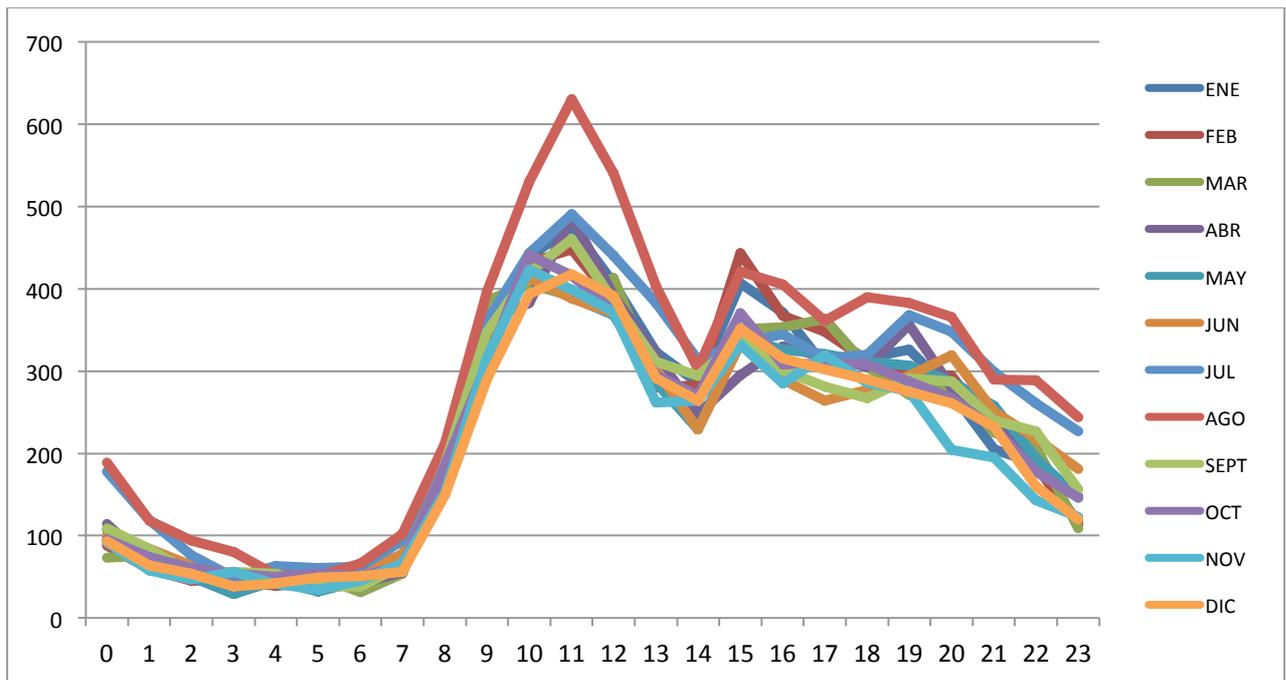


Ilustración 12. Urgencias mensuales atendidas en 2012 según hora de registro

Observamos del mismo modo en la ilustración 13, que incluso en 2011 y en 2012 el número de pacientes es superponible en cada tramo, incrementándose el ritmo de afluencia al Servicio de Urgencias desde las 9 horas, produciéndose descensos a las horas de la comida (13-14 horas) y a partir de la cena (21-22 horas).

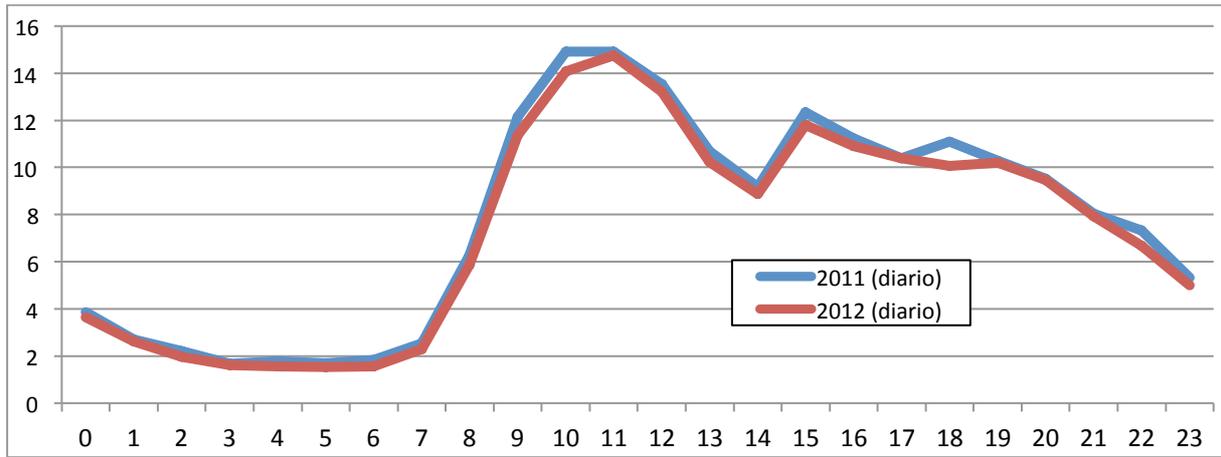


Ilustración 13. Urgencias diarias atendidas en 2011 y 2012 según hora de registro

Si comparamos el número de registros de urgencias en 2012 y el número de altas efectuadas en cada tramo horario observamos como las dos líneas permanecen casi paralelas con un decaje medio de 2-3 horas (Ilustración 14). Sin embargo, apreciamos nadires demasiado profundos de 13 a 15 horas, coincidiendo con el inminente cambio de turno de trabajo médico, al igual que de 20 a 22 horas, coincidiendo con la marcha de los refuerzos médicos de tarde y el cambio de turno de trabajo de enfermería.

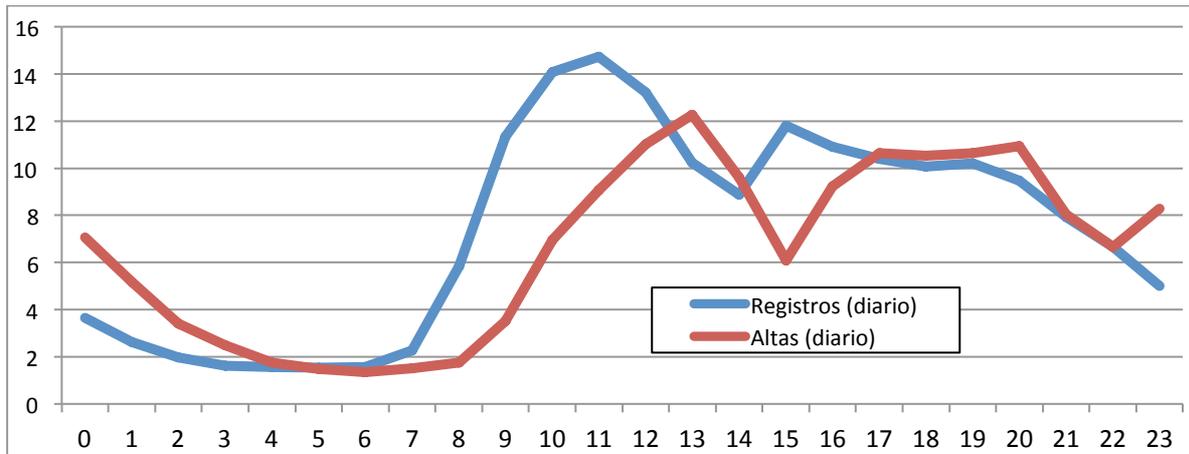


Ilustración 14. Número de urgencias y de altas diarias en 2012 según hora de registro

Características de los pacientes

Si atendemos al sexo de nuestros pacientes observamos que durante 2012 acudieron al Servicio de Urgencias 27966 hombres y 33368 mujeres, es decir, un 19% más de personas del sexo femenino. En la ilustración 15 se aprecia la distribución de éstos por grupos de edad, destacando los pacientes menores de 2 años que constituyen el 5.6% del total y los mayores de 75 años el 11.3%.

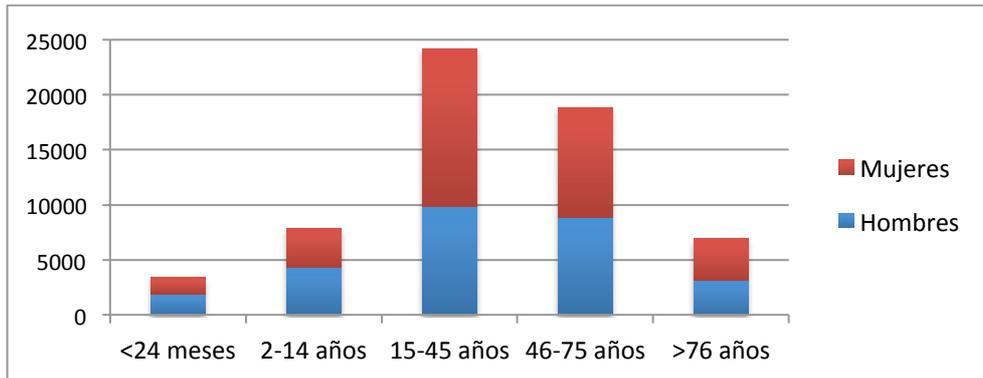


Ilustración 15. Distribución de pacientes por edad y sexo

Se incrementa de modo preocupante el porcentaje de urgencias de personas mayores de 65 años respecto al total de enfermos (Ilustración 16). Se aprecian porcentajes mensuales en 2012 superiores al 27%, salvo en los meses de julio y agosto; con picos máximos alarmantes del 31% en los meses de febrero y noviembre (Ilustración 17).

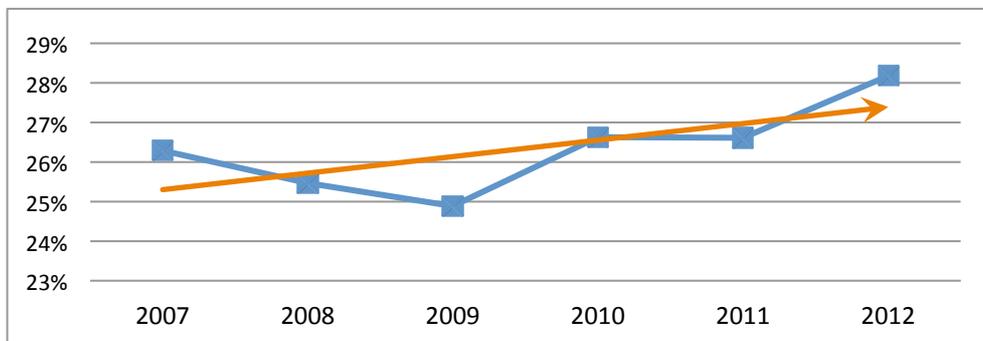


Ilustración 16. Porcentaje de mayores de 65 años respecto al total de atendidos

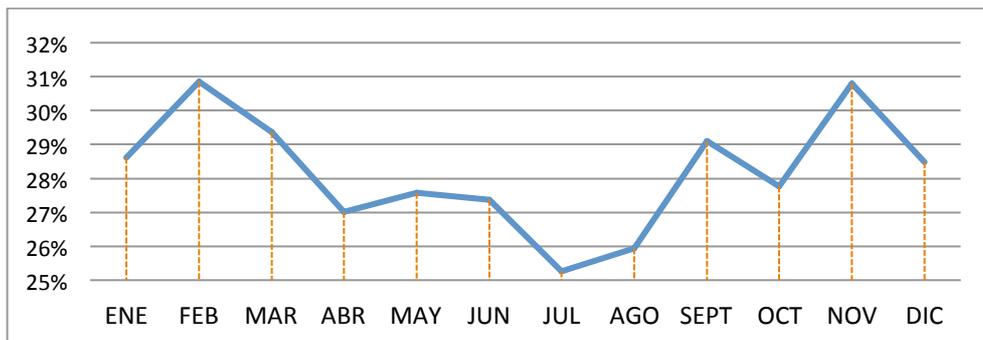


Ilustración 17. Porcentaje de pacientes mayores de 65 años en 2012

El 89.51% de los pacientes atendidos corresponden a personas domiciliadas en el Departamento 4 de Sagunto, mientras que un 10.49% son personas de fuera de él. Llama la atención el elevado índice de frecuentación de la población ya que en 2012 el número de urgencias atendidas se corresponde con el 36% de la población total del Departamento. Si analizamos la relación entre el número de urgencias atendidas y la población de cada Zona Básica de Salud (ZBS), llama la atención el elevado número de pacientes atendidos en Urgencias procedentes de Puerto de Sagunto, Sagunto y Faura-Almenara (Ilustración 18). Del mismo modo se detectan altos porcentajes de consulta en Segorbe-Soneja-Viver, si tenemos en cuenta la existencia de un Centro Hospitalario en el Alto Palancia.

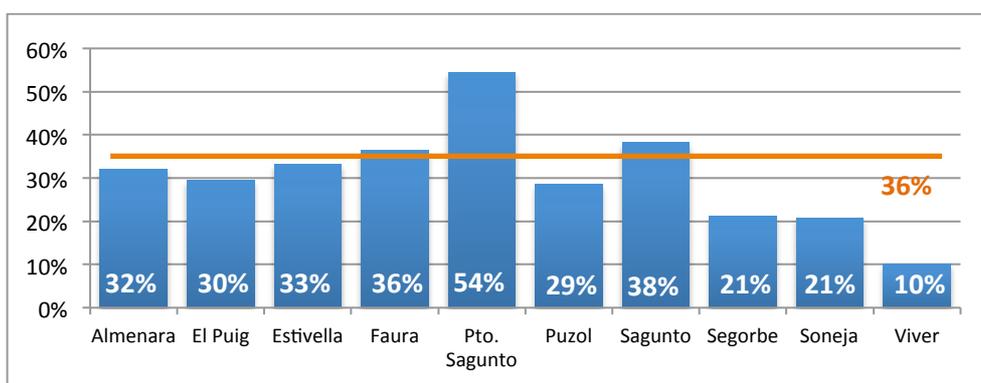


Ilustración 18. Relación entre urgencias y población atendida

La ilustración 19 muestra la población de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) en porcentaje respecto al total del Departamento, así como el porcentaje de urgencias de cada ZBS respecto al total de urgencias.

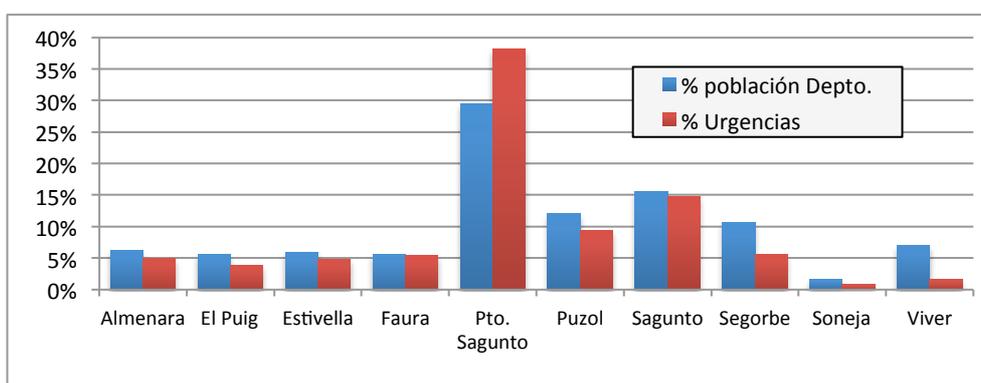


Ilustración 19. Porcentaje de población del Depto. de cada ZBS y porcentaje de urgencias de cada una

Los pacientes acuden al Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto generalmente sin acudir a su médico de cabecera o a un Punto de Atención Continuada, ya que tan sólo el 24,17% de ellos utilizan esta vía.

Durante 2012 se han derivado a Urgencias para valoración a 1024 pacientes institucionalizados en alguna de las Residencias para la Tercera Edad de nuestro Departamento, lo que supone una media diaria de 2.80 pacientes, cifra similar al año 2011.

Han permanecido de media 265 minutos en nuestro Servicio, requiriendo ingreso en Observación el 43.36% e ingreso en sala de hospitalización el 34.18%, es decir un paciente diario, y falleciendo en Urgencias el 2.93‰ de ellos. La tasa de retorno a las 72 horas ha sido del 4.79%. Es importante destacar que más de la mitad de estos pacientes superan los 85 años (Ilustración 20), consumiendo importantes recursos del sistema, por lo que son necesarias medidas específicas a tomar en este grupo (tales como cobertura de la UHD a los pacientes residentes, creación de Unidad de Corta Estancia, etc.).

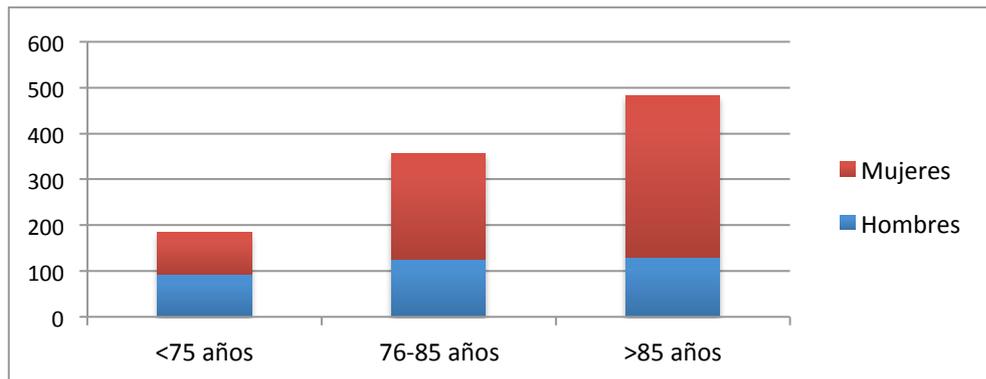


Ilustración 20. Porcentaje de población del Depto. de cada ZBS y porcentaje de urgencias de cada una

Clasificación de pacientes

Durante el año 2012 se ha continuado trabajando en la mejora del proceso de clasificación de los pacientes, que ha llevado al triaje del 73.49% de los pacientes (Ilustración 21). El inconveniente principal a la hora de mejorar este dato nos lo encontramos en la falta de clasificación de las pacientes que acuden a las Urgencias de Maternidad (suponen el 8.7% del total), las Urgencias Hospitalarias de Segorbe (2.8% del total) y todas los pacientes que consultan en horario nocturno (16%).

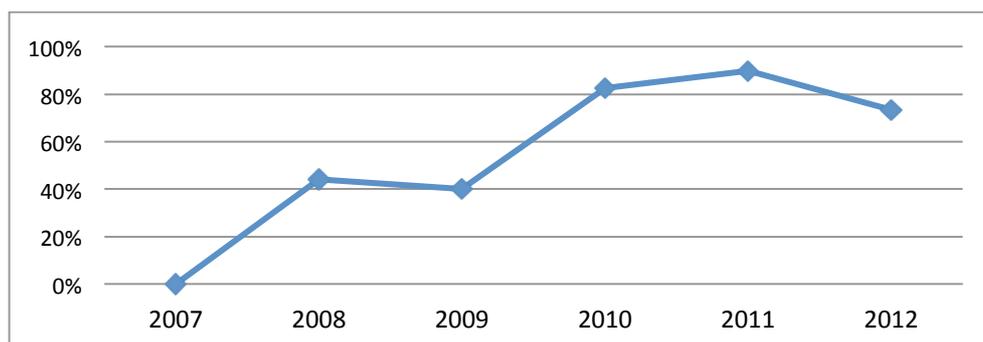


Ilustración 21. Porcentaje de pacientes clasificados

Los motivos de consulta de los pacientes han sido los siguientes:

	MOTIVO	Nº	%
1º	Lesiones en tronco y problemas en extremidades	10264	21.13
2º	Mal estado general y comportamiento extraño	6693	13.76
3º	Dolor abdominal, vómitos y diarrea	5814	11.96
4º	Problemas oculares, de cavidad oral y O.R.L.	4599	9.45
5º	Caídas, traumatismos y agresiones	3388	6.97
6º	Disnea	3262	6.71
7º	Dolor de cuello o espalda	2687	5.53
8º	Problemas genitourinarios	2136	4.39
9º	Dolor torácico	1922	3.95
10º	Infecciones locales y abscesos	1717	3.53
11º	Heridas	1245	2.56
12º	Síncope y convulsiones	1112	2.29
13º	Exantemas, quemaduras, mordeduras y picaduras	912	1.87
14º	Cefalea	844	1.74
15º	Intoxicaciones, intentos autolisis y enfermedades mentales	565	1.16
16º	Traumatismo craneoencefálico	394	0.81
17º	Hemorragia gastrointestinal	354	0.73
18º	Padres preocupados y niños irritables	300	0.61
19º	Anemia y otras enfermedades hematológicas	218	0.45
20º	Diabetes	185	0.38

La duración media del proceso se sitúa en 1 minuto (el porcentaje de pacientes con un tiempo de triaje superior a 3 minutos se ha reducido hasta el 2.88%). El porcentaje de pacientes clasificados durante los 15 minutos siguientes al registro respecto a todos los pacientes clasificados se sitúa en el 88.44% y en el 68.98% durante los primeros diez minutos (Ilustración 22).

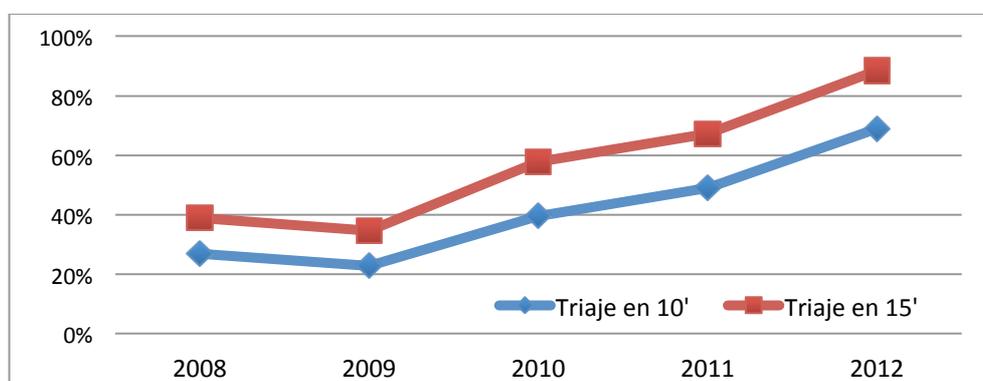


Ilustración 22. Evolución anual de la respuesta fráctil y marginal del triaje

El promedio diario de urgencias según el nivel de prioridad clasificado durante 2012 (Ilustración 23) es el siguiente:

- Nivel 1= 0.2 pacientes
- Nivel 2= 7.1 pacientes
- Nivel 3= 27.71 pacientes
- Nivel 4= 76.17 pacientes
- Nivel 5= 19.11 pacientes

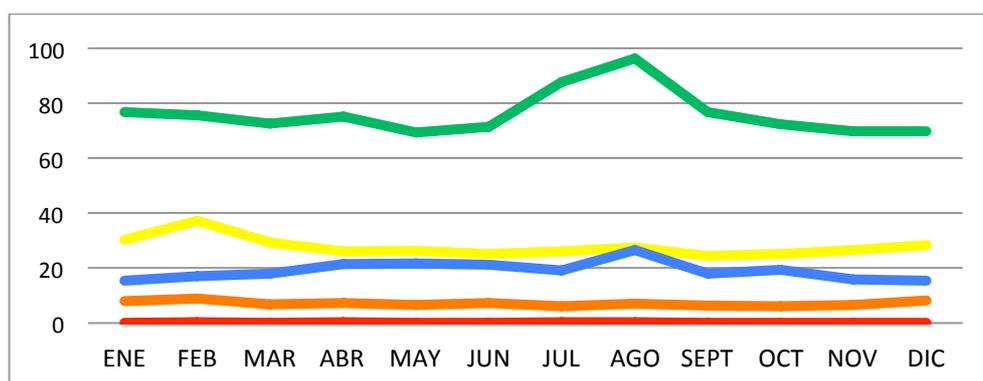


Ilustración 23. Número de pacientes diarios según nivel de prioridad asignado

Según el nivel de urgencia clasificado observamos mejora en el proceso con reducción progresiva de las urgencias de nivel 3 y aumento de las de nivel 4 y 5 (Ilustración 24), lo que indica mayor confianza y seguridad en el proceso de triaje:

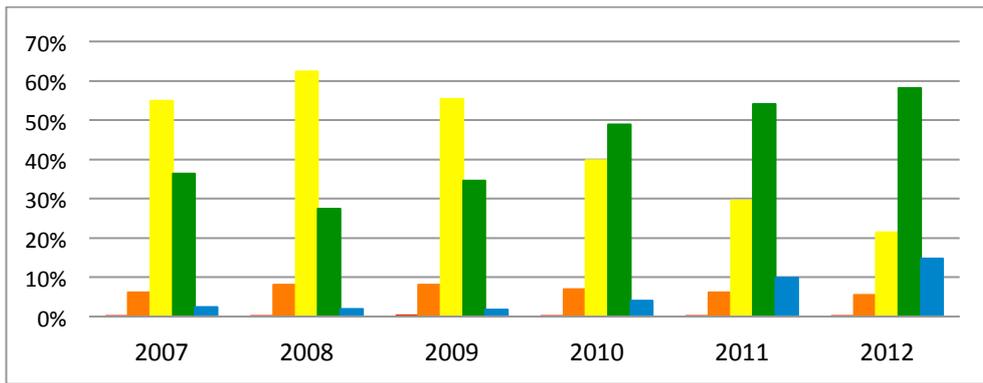


Ilustración 24. Evolución anual de las urgencias según nivel de urgencia

Si relacionamos el nivel de urgencia clasificado y el turno de trabajo, comprobamos que en el turno de mañana consultan más pacientes de nivel 5 que en el de tarde (15.71% frente a 9.61%).

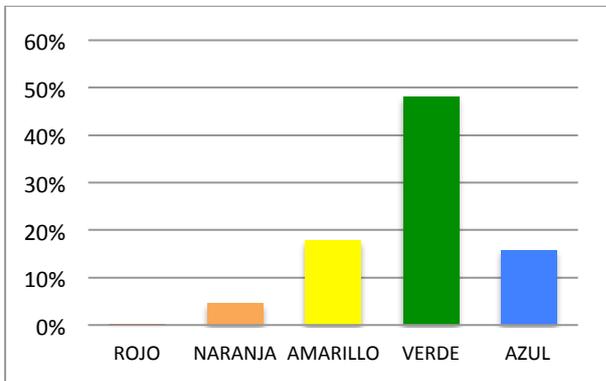


Ilustración 25. Clasificación en turno de mañana

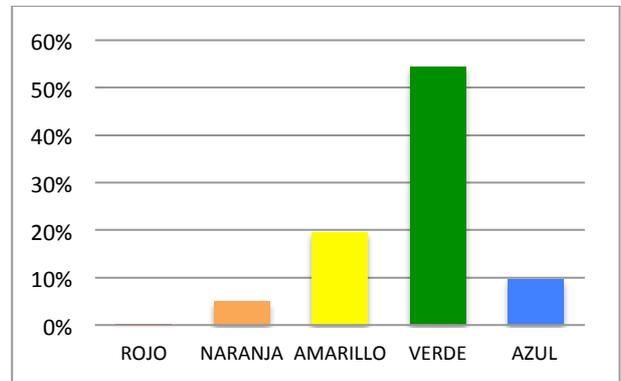


Ilustración 26. Clasificación en turno de tarde

Salas de destino de los pacientes

En 2012 se ha creado la sala de destino O.R.L. para aquellos pacientes que precisen valoración especializada urgente por O.R.L., tal y como ya ocurría con la sala de destino Oftalmología. Además se ha dividido la Sala de Curas en dos destinos diferenciados, Curas y Heridas, para alcanzar mayor equilibrio en los puestos de trabajo. Tras los cambios de organización efectuados se observa un mejor aprovechamiento de los recursos físicos y humanos disponibles en nuestro Servicio, con un consolidamiento de la función de la Consulta de Alta Rápida (Ilustraciones 27-28). Seguimos sin poder mostrar datos nocturnos.

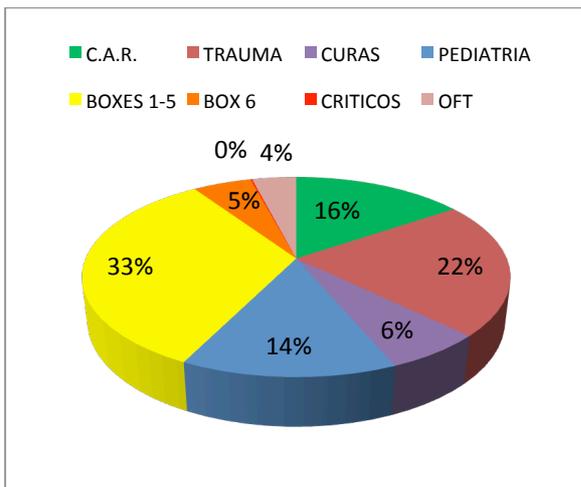


Ilustración 27. Destinos 2011

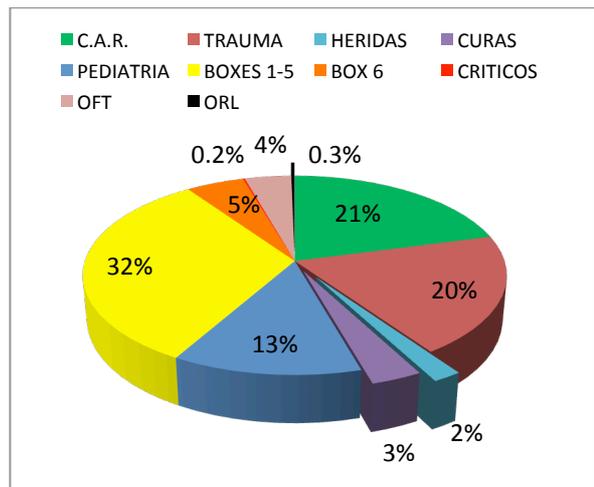


Ilustración 28. Destinos 2012

Si relacionamos el nivel de urgencia clasificado y el turno de trabajo, comprobamos que en el turno de tarde se clasifican menos pacientes a la Consulta de Alta Rápida, es decir la patología banal (18% frente a 23%) y más a los boxes de Trauma (23% frente a 17%). Se mantienen cifras preocupantes de atención a la población pediátrica en horario vespertino (16% frente a 10%).

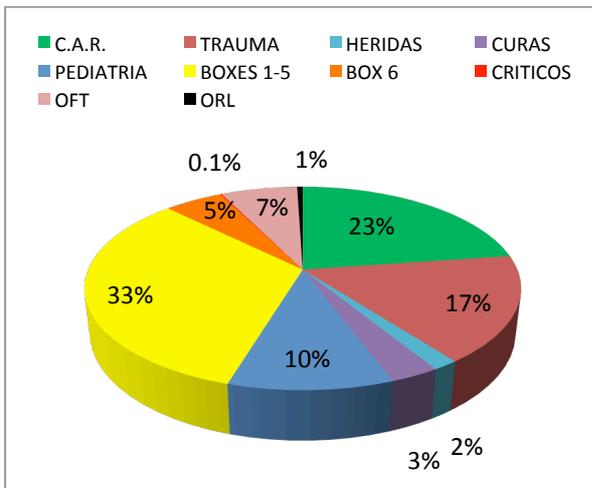


Ilustración 29. Destinos 8-15h

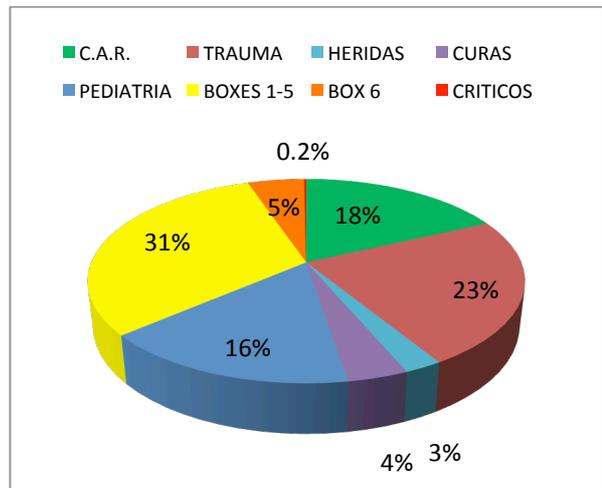


Ilustración 30. Destinos 15-22h

Estancia de los pacientes

El porcentaje de pacientes atendidos en tiempo durante el año 2012 se sitúa en el 90,41% (91.02% por las mañanas, 89.56% durante las tardes y 84.13% por las noches).

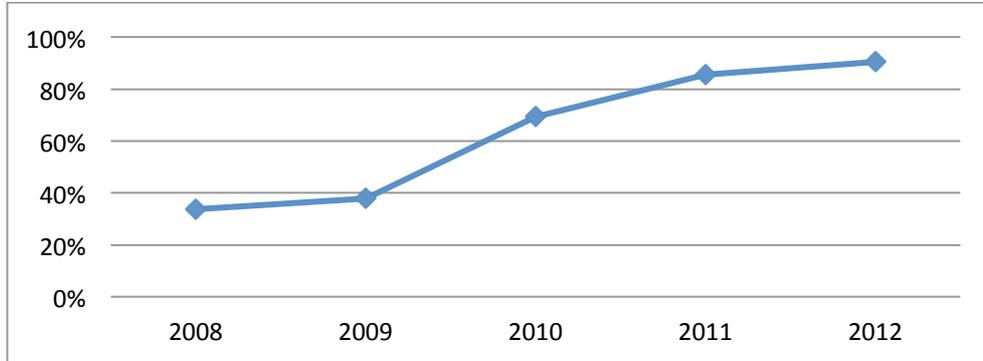


Ilustración 31. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo

Si atendemos a la prioridad clasificada para cada urgencia y al porcentaje de atención médica en tiempo observamos la tendencia positiva de los últimos años (Ilustración 32):

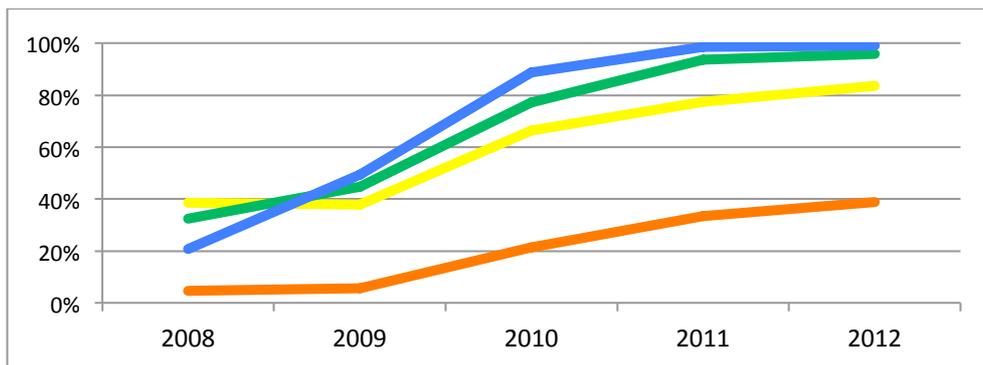


Ilustración 32. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo según prioridad

El tiempo medio de permanencia en el Servicio de Urgencias es de 171 minutos, apreciando una progresiva mejoría de este indicador en los últimos cinco años (Ilustración 33). El porcentaje de pacientes con estancias mayores de 2 horas se sitúa en el 54.5 %, de 4 horas en el 20.5% y de 6 horas en el 8.0%.

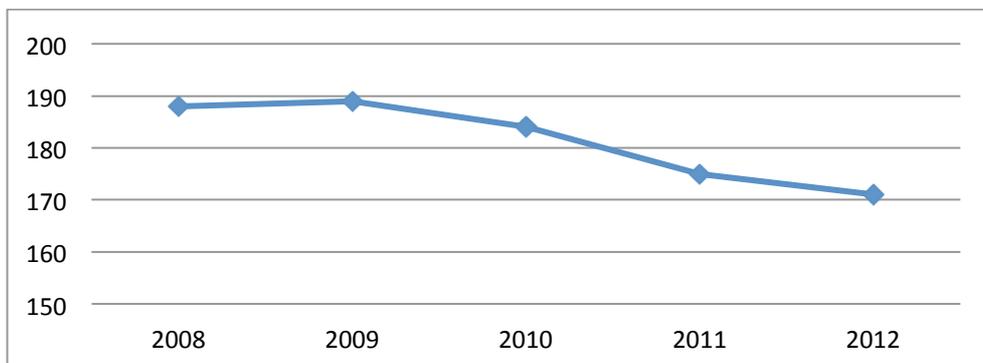


Ilustración 33. Tiempo medio de permanencia en minutos

Al relacionar el tiempo de permanencia en 2012 con la prioridad asignada desde la Consulta de Clasificación, observamos como de manera lógica son las prioridades más graves las que tienen estancias mayores en el Servicio, lo que proporciona un valor añadido al proceso de triaje actual (Ilustración 34).

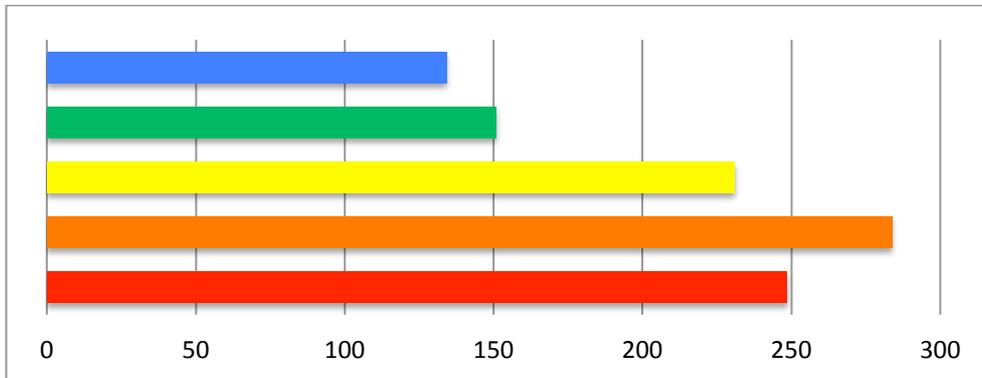


Ilustración 34. Tiempo medio de permanencia en minutos según prioridad de urgencia

Si atendemos al tiempo medio de permanencia según el especialista responsable del alta de Urgencias, comprobamos que la especialidad de Psiquiatría, con 6 horas de estancia, se aleja claramente de la media (Ilustración 35), debido a la no asistencia presencial nocturna de los pacientes.

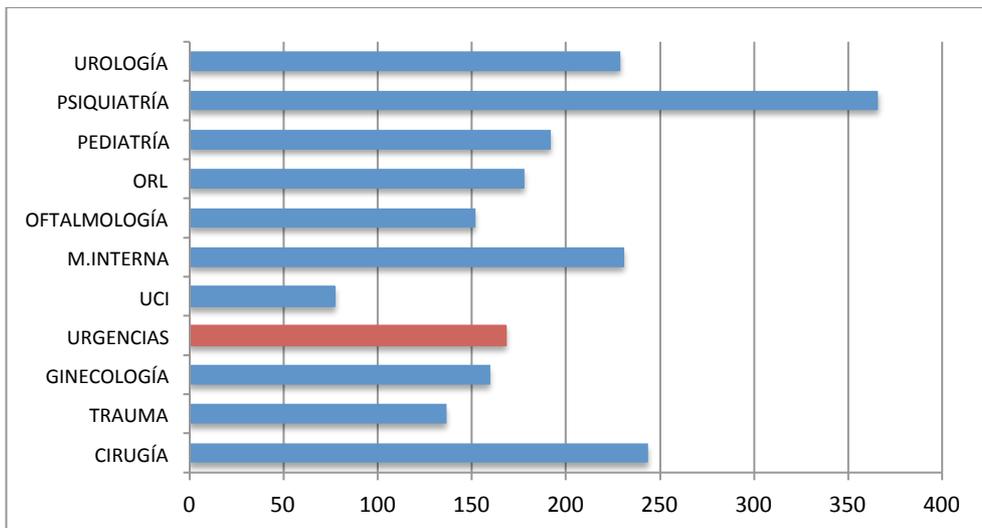


Ilustración 35. Tiempo medio de permanencia en minutos según especialistas

Ingresos en la Sala de Observación

El porcentaje de pacientes ingresados en Observación se sitúa en el 19.75% (Ilustración 36). Se hace necesario valorar la ampliación de la sala, ya que 1 de cada 5 pacientes pasan por ella, convirtiéndose en el centro neurálgico de la urgencia.

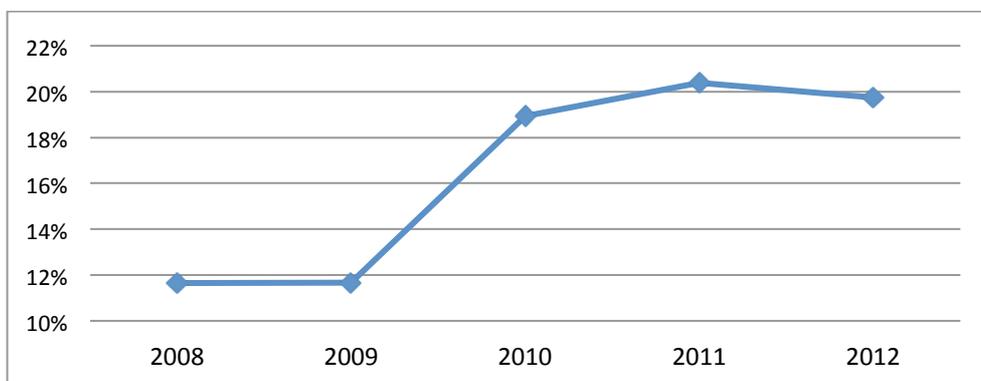


Ilustración 36. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación

En horario nocturno ingresan en Observación el 36.68% de los pacientes que acuden. También se refleja la tendencia mensual de ocupación, donde destaca la elevada ocupación durante los meses de otoño e invierno (Ilustración 37).

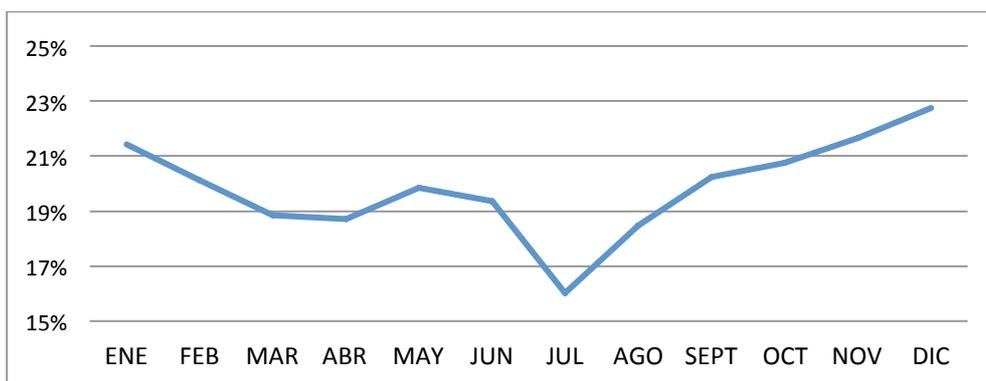


Ilustración 37. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación en 2012

En términos diarios apreciamos estabilidad en la ocupación de estas salas, ya que en la sala de adultos ingresan 17-21 pacientes al día y en la pediátrica 4-6 (Ilustración 38).

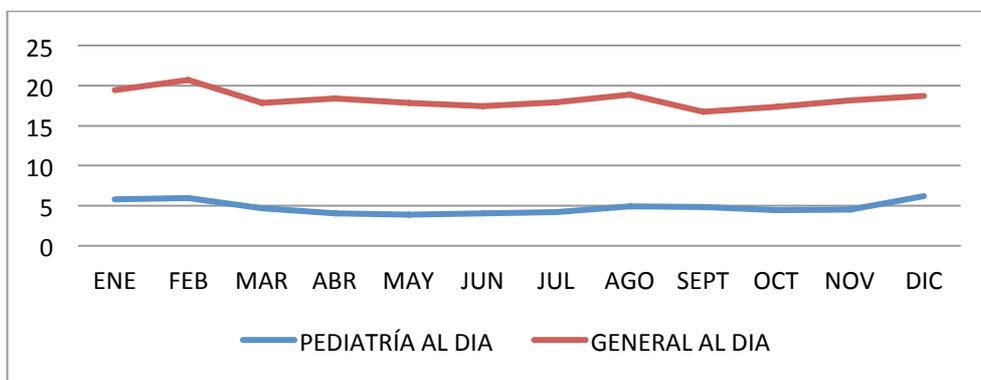


Ilustración 38. Pacientes diarios ingresados en Observación en 2012

Si analizamos el nivel de urgencia clasificado y la posibilidad de ingreso en Observación, comprobamos que el asignar prioridades de nivel 1 y 2 indica una alta probabilidad de ingreso en esta sala (entran el 76.54% del total de pacientes de nivel 2).

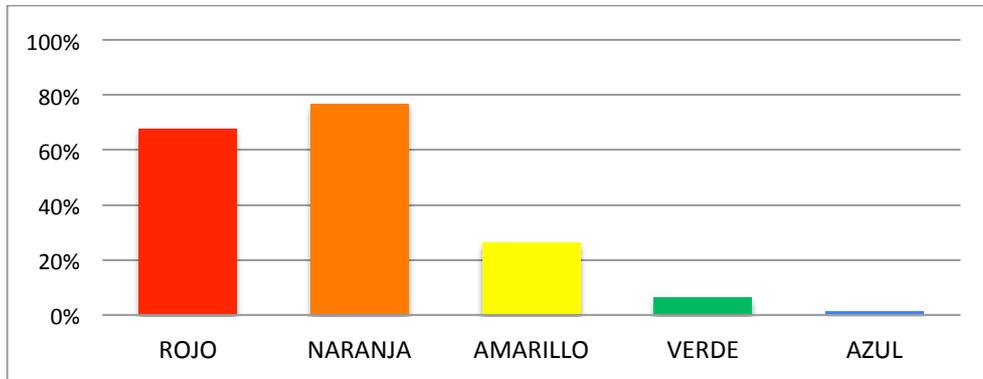


Ilustración 39. Porcentaje de pacientes de cada nivel de urgencia que ingresan en Observación

Informes de alta

Según la especialidad del médico firmante del alta podemos afirmar que el 74% de ellas corresponden a los médicos de urgencias y sus médicos internos residentes, mientras que tan solo el 26% al resto de especialistas (Ilustración 40). Señalar que el porcentaje de altas emitidas por el Servicio de Medicina Interna es en realidad menor que el reflejado, ya que en éste se suman las altas emitidas por los residentes de primer año, incluidos en el staff de Urgencias.

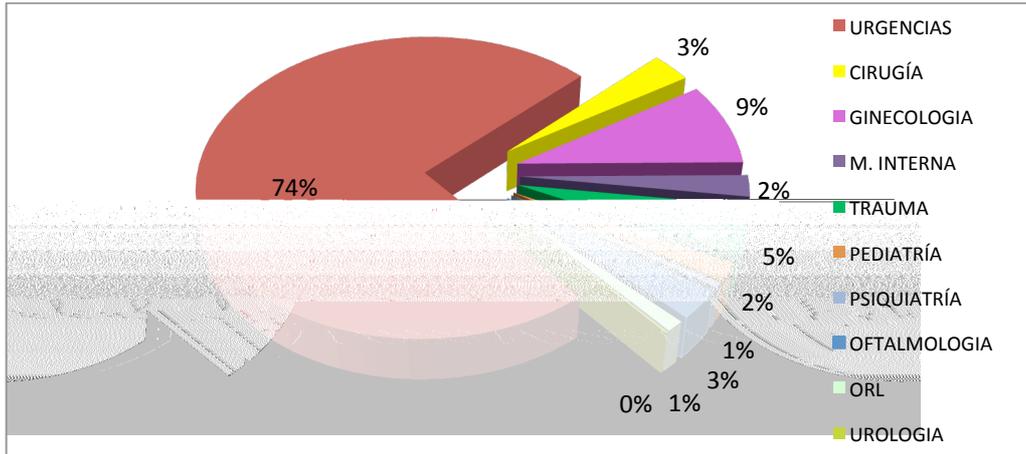


Ilustración 40. Porcentaje de altas según especialistas

Se constata que el número de altas proporcionadas por los médicos de Urgencias ha ascendido del 69% en 2008 al 74% en la actualidad. Al mismo tiempo las altas emitidas por el resto de especialistas médicos ha ido progresivamente disminuyendo, siendo su implicación en nuestro Servicio cada vez menor (Ilustración 41).

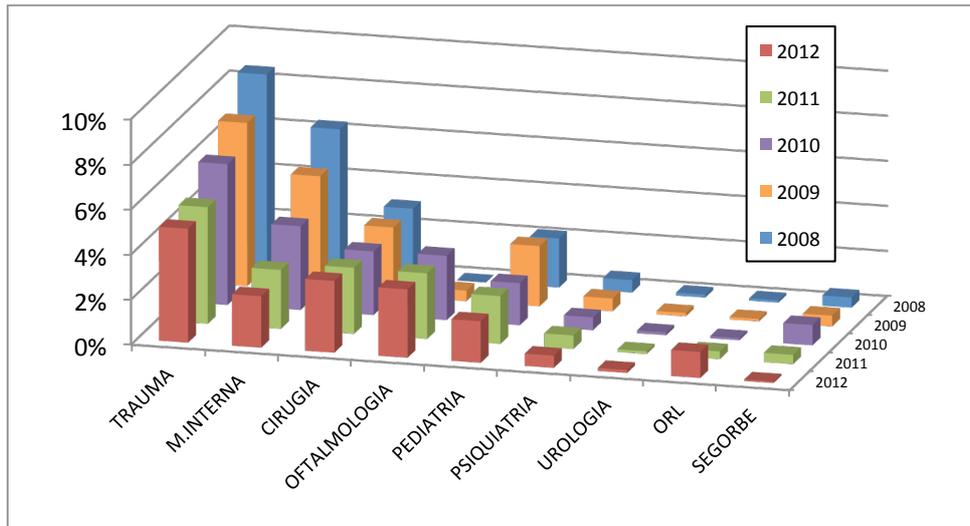


Ilustración 41. Porcentaje de altas de urgencias según especialista durante 2008-2012

El promedio diario de altas emitidas por los distintos especialistas de guardia de nuestro centro (médicos adjuntos e internos residentes) es el que se muestra en la siguiente ilustración 42. Destacar también que tan solo el 56.53% de las altas emitidas por los pediatras son proporcionadas en Observación.

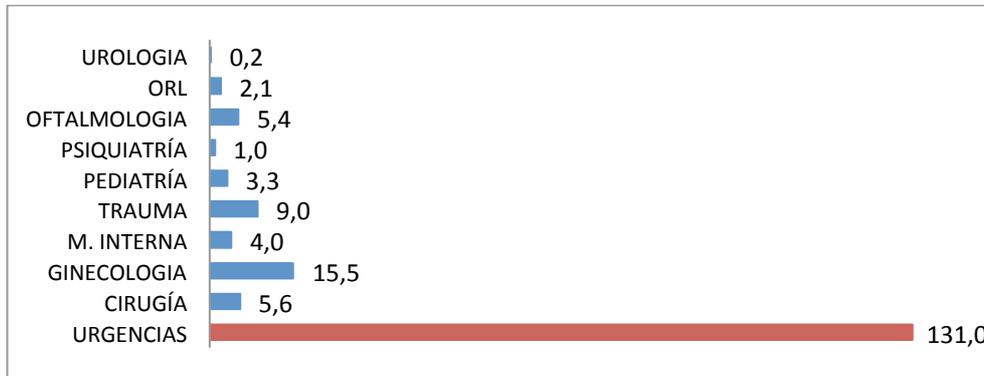


Ilustración 42. Altas de urgencias diarias según especialista de guardia

El porcentaje de codificación de los informes de alta en 2012 ha sido del 64%, cuatro puntos por encima de la cifra del año pasado (Ilustración 43).

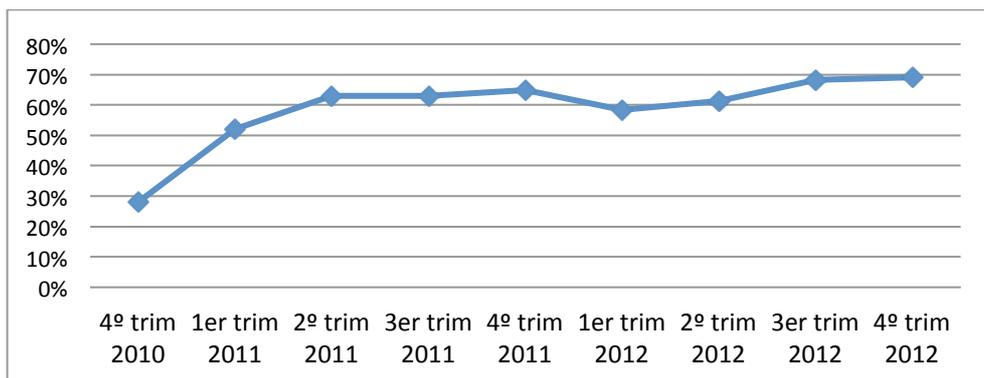


Ilustración 43. Porcentaje de diagnósticos codificados

Este año se ha iniciado la prescripción electrónica en Urgencias, teniendo una tendencia claramente positiva desde su implantación en mayo de 2012 (Ilustración 44).

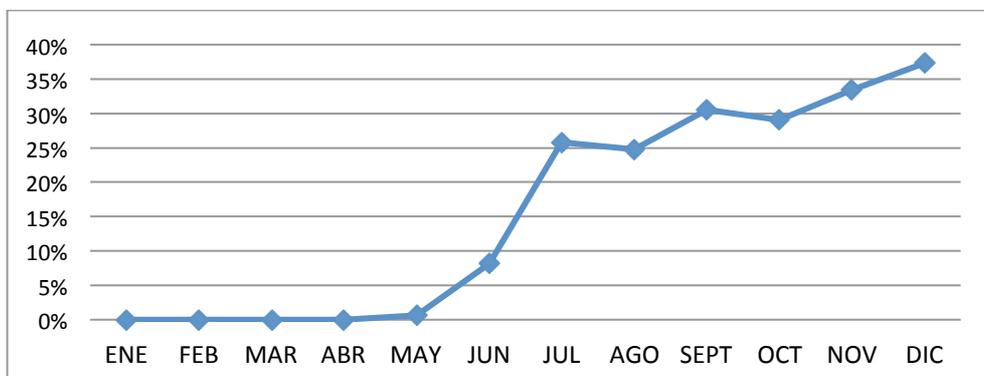


Ilustración 44. Porcentaje de recetas electrónicas en 2012

La tasa de retorno a las 72 horas se sitúa en 2012 en el 5.63% (7.20% a las 48 horas). Se penaliza a nuestro Servicio con los traslados entre el centro de Segorbe y el Hospital de Sagunto, los traslados entre Urgencias de Maternidad y Generales, y con los “retornos programados” por distintas especialidades externas al Servicio (Psiquiatría, ORL, Oftalmología, Cirugía, etc.). Además hay que destacar la tasa de retorno excesiva en los pacientes pediátricos y urológicos (Ilustración 45).

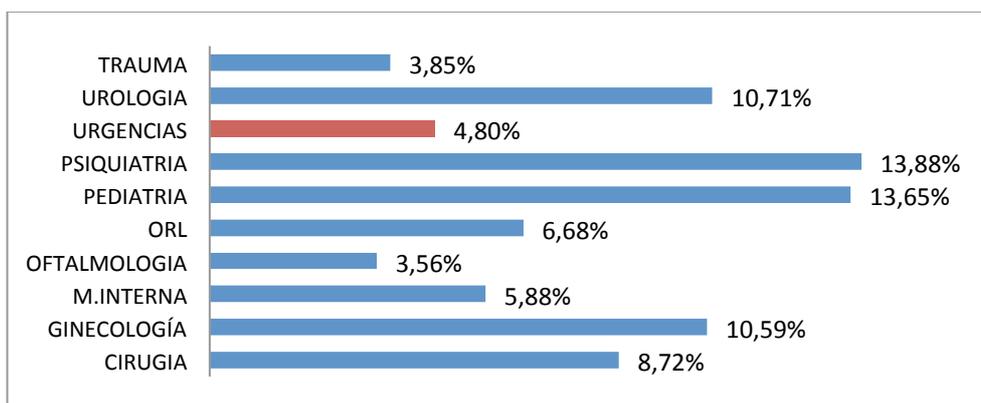


Ilustración 45. Tasa de retorno a las 72 horas por especialidades

La evolución de los destinos al alta en estos dos últimos años se mantiene estable, siendo la distribución la que reflejan las ilustraciones siguientes 46 y 47.

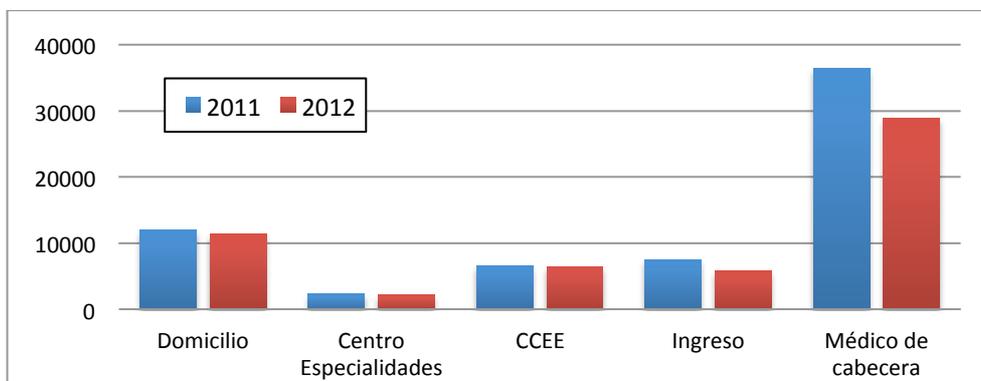


Ilustración 46. Destinos frecuentes de alta (número de pacientes)

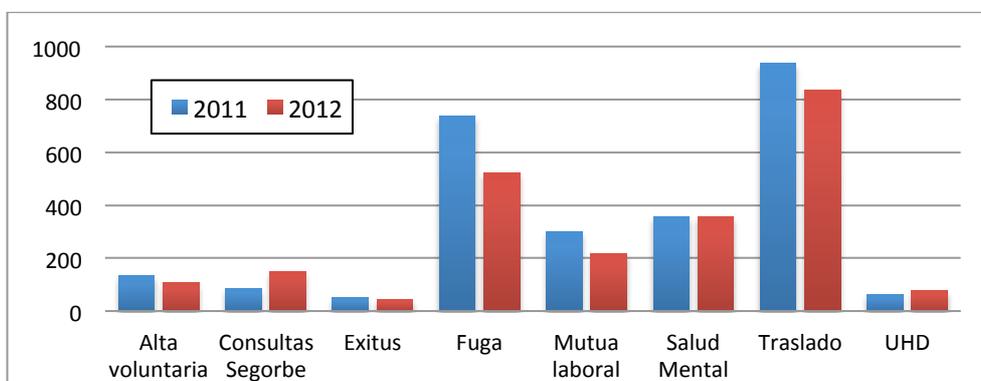


Ilustración 47. Destinos poco frecuentes de alta (número de pacientes)

El porcentaje de pacientes fugados se situó en el 0.85%, observando también una disminución progresiva respecto al total de pacientes registrados en Urgencias (Ilustración 48). Destacar febrero de 2012 con un pico máximo de 1.17% y los meses de verano por la mayor afluencia (1.09% en julio y 1.07% en agosto).

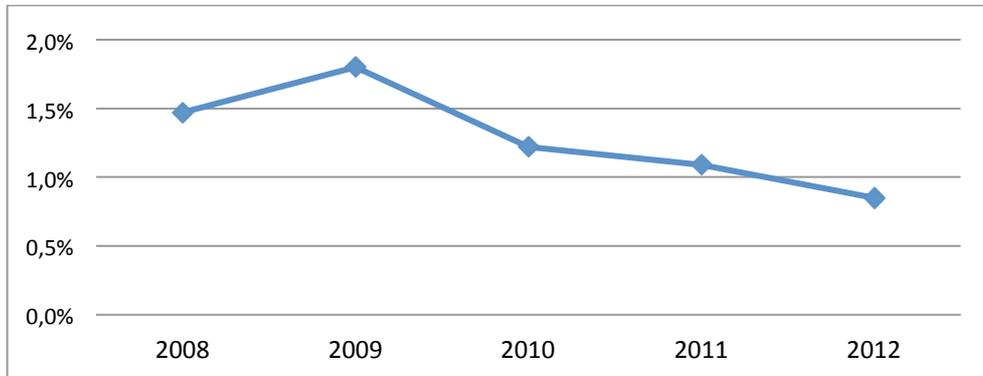


Ilustración 48. Porcentaje de pacientes fugados

La tasa de mortalidad del Servicio se sitúa en el 0.71‰ (Ilustración 49). Destacar del mismo modo los índices de mortalidad durante los meses de enero (1,11‰), febrero (1,32‰), mayo (1,35‰) y diciembre (0,98‰).

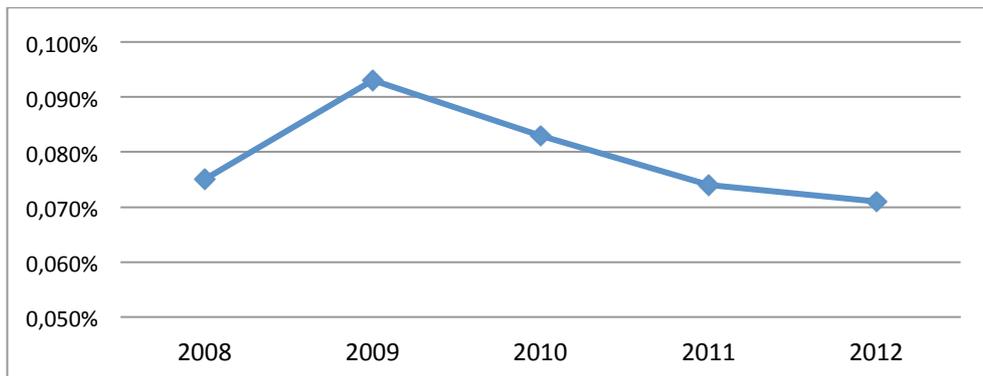


Ilustración 49. Mortalidad en el Servicio de Urgencias

Ingresos en Sala de Hospitalización

El porcentaje de urgencias generales ingresadas en 2012 se sitúa en el 11.64%, lo que supone estabilizarse en las cifras de los últimos dos años (Ilustración 50). Sin embargo, es destacable que la tasa de ingresos en pacientes mayores de 65 años ha crecido en el último año, manteniendo la tendencia al alza, situándose en el 54.74% (Ilustración 51). El porcentaje de ingresos pediátricos es del 4.37%, es decir 507 niños anuales y 1.39 diarios.

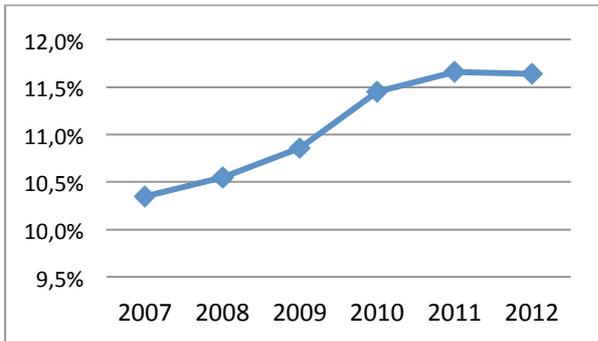


Ilustración 50. Ingresos por año

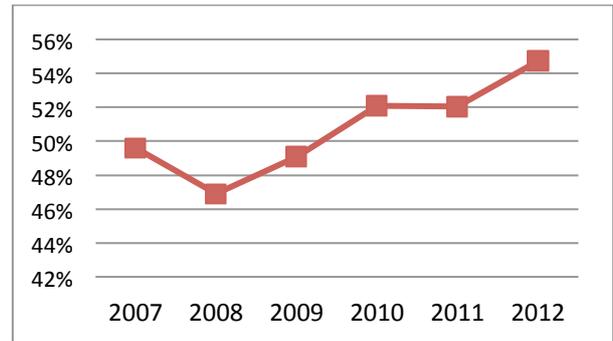


Ilustración 51. Ingresos >65 años por año

Sin embargo, si valoramos el número de ingresos por número de pacientes comprobamos como ha habido un descenso de más de 1600 ingresos en el último año, es decir, el 21.84% menos (Ilustración 52), con una media de 16 ingresos totales diarios.

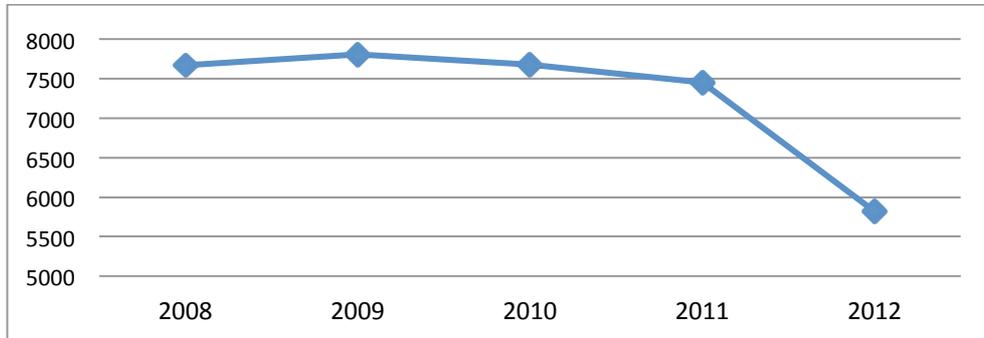


Ilustración 52. Número absoluto de ingresos anuales

La evolución mensual de la tasa de ingresos en el Servicio de Urgencias Generales queda reflejada en las Ilustraciones 53 y 54, manteniéndose similar a años anteriores.

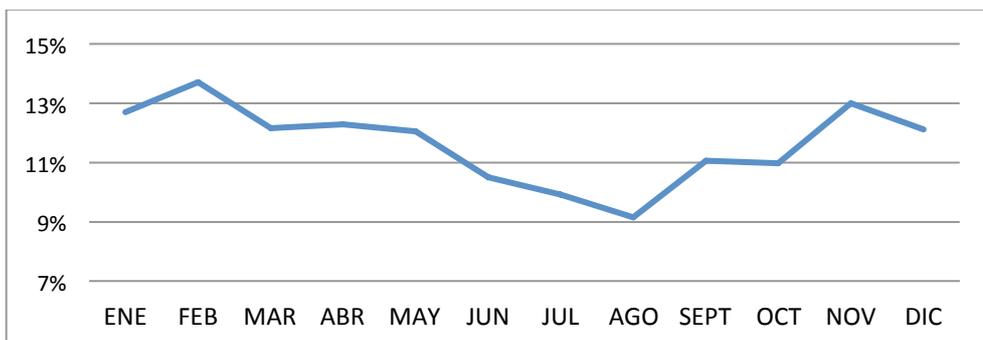


Ilustración 53. Ingresos por mes en 2012



Ilustración 54. Ingresos >65 años por mes en 2012

Si atendemos al horario en el que se realizan los ingresos hospitalarios desde Urgencias Generales observamos cómo en 2012 el 44.79% se realizaron en horario matutino, el 36.38% en el vespertino y el 18.53% en el nocturno (Ilustración 55), proporciones prácticamente similares a las de pacientes atendidos en cada tramo horario (43%, 41% y 16% respectivamente).

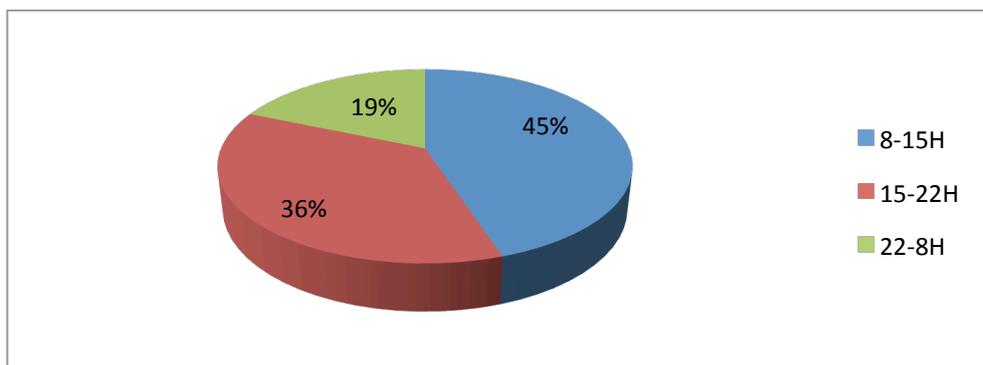


Ilustración 55. Ingresos en 2011 según horario

Si analizamos los ingresos de cada tramo horario respecto del total de pacientes asistidos en él, observamos como en horario matutino se ingresaron el 11.60% de los pacientes, en el vespertino el 10.85% y en el nocturno el 13.92%. La distribución mensual de los ingresos queda reflejada en la Ilustración 56, destacando el aumento en el porcentaje del tramo nocturno durante la primera mitad del año.

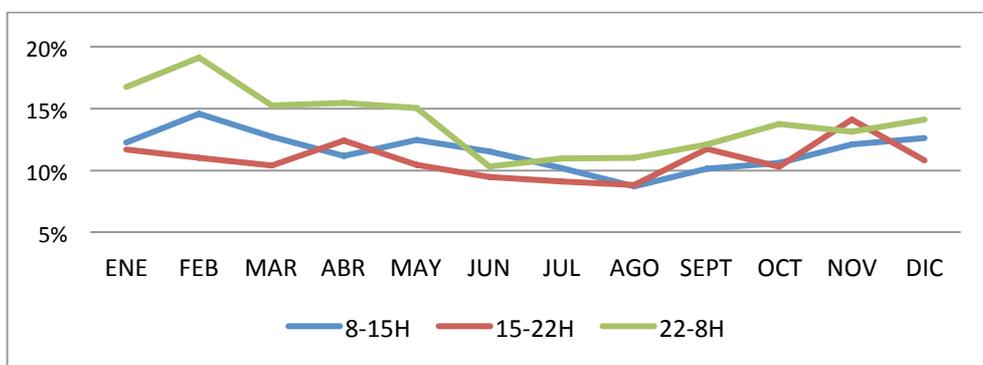


Ilustración 56. Porcentaje de ingresos en cada horario respecto del total de pacientes asistidos

El porcentaje de ingresos urgentes realizados por cada Servicio en 2012, respecto del total, es el siguiente:

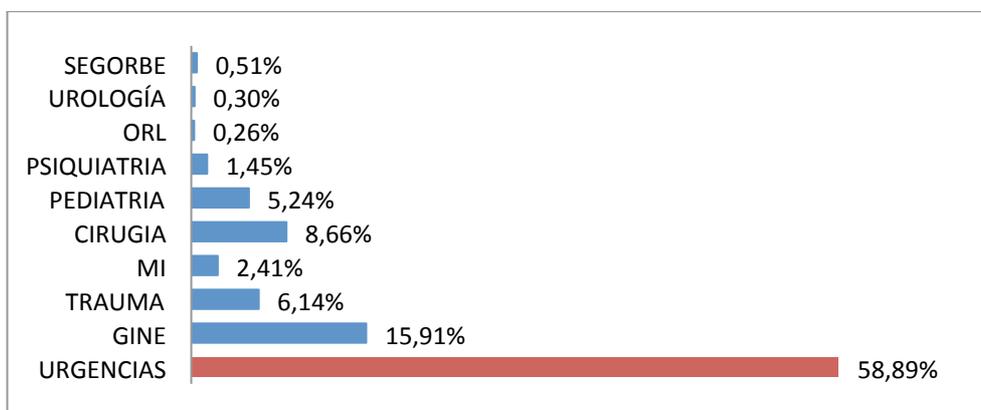


Ilustración 57. Porcentaje de ingresos realizados por cada Servicio respecto del total

Si atendemos a los realizados por cada médico especialista de guardia, respecto del total de altas firmadas por cada uno, destacamos además de Segorbe el elevado porcentaje de pediatría, cirugía y psiquiatría (Ilustración 58).

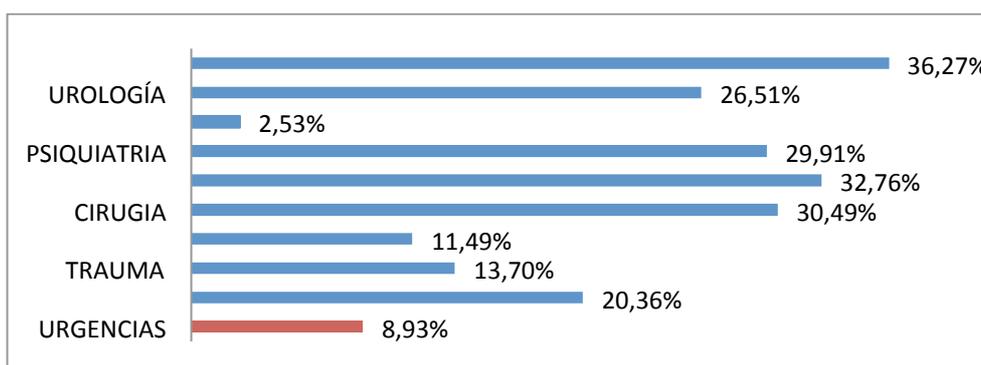


Ilustración 58. Porcentaje de ingresos realizados por cada Servicio respecto de sus altas

Farmacia hospitalaria

Durante el año 2012 se ha reducido el gasto por consumo de fármacos un 28.84% respecto a 2011 (de 229646€ a 163415€) (Ilustración 59). Los motivos que justifican este ahorro son la colocación de una puerta con código de acceso en el botiquín de Urgencias, la implementación de la receta electrónica en el Servicio, el 5% menos de urgencias y el descenso en el precio de algunos medicamentos.

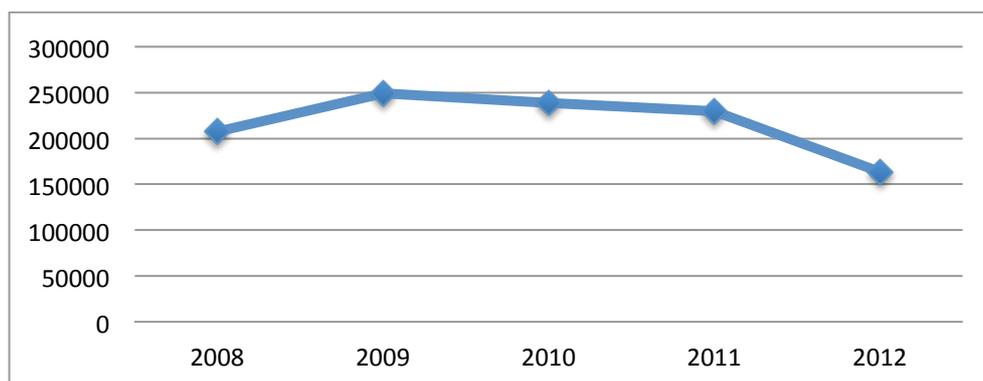


Ilustración 59. Gasto intrahospitalario

Los 25 fármacos más consumidos en el Servicio de Urgencias en 2012 vienen reflejados en la siguiente tabla, destacando el descenso en el consumo de la medicación oral, el aumento de la menalmina y la incorporación del salbuair:

	FÁRMACO	UNIDADES 2012	UNIDADES 2011	DIFERENCIA
1º	Nolotil 2g amp	6930	7425	-6,67%
2º	Ibuprofeno comp/Espidifen 600mg sob	5725	9895	-42,14%
3º	Paracetamol 650mg comp	5615	7970	-29,55%
4º	Paracetamol/Perfalgan 1g vial	5208	5736	-9,21%
5º	Diazepam 5mg comp	5150	6250	-17,60%
6º	Menalmina 1% 40ml	4282	2285	88,05%
7º	Omeprazol 20mg caps	4278	8052	-46,87%
8º	Enantyum 50mg amp	3670	4398	-16,55%
9º	Efferalgan 1g comp	3520	5736	-40,94%
10º	Primperan 10mg amp	3348	3624	-7,62%
11º	Brom. Ipratropio 500mcg amp	3300	3280	0,61%
12º	Naproxeno 500mg comp	3096	3805	-18,63%
13º	Anagasta 40mg iv	2978	3011	-1,10%
14º	Flumil 200mg sobres	2670	4800	-44,38%
15º	Amox-clav 875mg comp	2419	3349	-27,77%
16º	Salbuair 2,5mg/2,5ml amp nebul	2220		
17º	Clisteran rectal	2020	2780	-27,34%

18º	Urbason 40mg vial	1929	2012	-4,13%
19º	Mepivacaína 2% amp 10ml	1848	2285	-19,12%
20º	Seguril 20mg amp	1720	1720	-0,58%
21º	Adiro 100mg comp	1610	3415	-52,86%
22º	Denvar 200mg caps	1452	2455	-40,86%
23º	Amox-clav 500mg comp	1372	2094	-34,48%
24º	Ciprofloxacino 500mg comp	939	1460	-35,68%
25º	Voltaren 50mg comp	925	2340	-60,47%

Reflejamos los fármacos de mayor gasto en el Servicio de Urgencias Generales durante el año 2012. Se incluyen nuevos fármacos incorporados este año (Kalinox y Brinavess). Se aprecia un aumento relevante en la utilización de Linezolid y Menalmina 1%. Tras la nota interna de la Comisión de Farmacia y Terapéutica se ha sustituido el uso del Ferinject por el Venofer, de mucho menor coste. Se reduce el gasto en medicamentos orales (Denvar 200mg caps, Zomig flas, etc).

	FÁRMACO	PRECIO UNIDAD	IMPORTE 2012	IMPORTE 2011	DIF.
1º	Octaplex vial	202,02	36565,64	32732,16	11,71%
2º	Metalyse 8000U	933,63	15871,71	14940,26	6,23%
3º	Metalyse 10000U	960,79	8647,15	9622,06	-10,13%
4º	Paracetamol/Perfalgan 1g iv	0,88/1,13	5134,60	7139,85	-28,09%
5º	Anagasta 40mg iv	1,15	3422,04	3473,26	-1,47%
6º	Enantyum 50mg amp	0,92	3367,99	4035,89	-16,55%
7º	Symbicort Forte TH	34,5	3242,83	3208,49	1,07%
8º	Zyvoxid 600mg b/300ml	57,35	2867,59	0	100%
9º	Albúmina 20%	21,23	2675,30	2675,3	16,32%
10º	Flebogamma iv 5%	362,97	2540,82	2806,92	-9,48%
11º	Ferinject 500mg vial	96,20	2398,88	481	-79,95%
12º	Kalinox 170 b/5L	142,48	2279,68	0	100%
13º	Meronem 1g vial	5,07/7,40	560,64	2066,39	-72,87%
14º	Menalmina 1% 40ml	0,48	2052,04	979,11	109,58%
15º	Brinavess 500mg vial 25ml	375,18	1875,90	0	100%
16º	Levofloxacino 500mg vial	2,03	1472,30	3039,31	-51,56%
17º	Pulmicort TH 400	15,70	1114,47	1413,41	-21,15%
18º	Urbason 40mg vial	0,6	1151,20	1205,10	-4,47%
19º	Arixtra 2.5mg	8,51	1106,04	1276,95	-13,38%
20º	Cathejell lido. Gel acordeón	1,16	1001,57	1145,17	-12,54%
21º	Denvar 200mg caps	0,66	962,93	1759,84	-45,28%

22º	Actilyse 50mg vial	449,39	898,78	0	100%
23º	Mepivacaína 2% amp 10ml	0,48	891,55	1111,89	-19,82%
24º	Clisteran rectal	0,41	828,86	1150,81	-27,98%
25º	Ceftriaxona sódica 2g iv	1,09	634,50	707,66	-10,34%
26º	Carbón ultra adsorbente 50g	7,06	628,27	833,85	-24,65%
27º	Pulmicort susp nebul	0,96	621,48	1045,73	-40,57%
28º	Urbason 20mg amp	0,65	593,21	665,10	-10,81%
29º	Zomig flas 5mg	5,46	589,98	1389,56	-57,54%
30º	Keppra 500mg vial	10,79	539,42	519,48	3,84%

Respecto a los tratamientos tópicos, señalamos el descenso lógico en el gasto de antiinflamatorios:

	FÁRMACO	PRECIO UNIDAD	IMPORTE 2012	IMPORTE 2011	DIF.
1º	Menaven gel t/60g	4,26	750,29	967,00	-22,41%
2º	Lubricante urológico pda 25g	1,39	633,91	689,45	-8,06%
3º	Bactroban pomada T/30g	4,94	607,19	543,38	11,74%
4º	Calmiox 0.5% crema t/30g	4,06	519,32	509,71	1,89%
5º	Voltaren emulgel t/60g	1,57	385,76	605,89	-36,33%
6º	Calmatel crema t/60g	2,49	89,61	255,13	-64,88%

Tras la realización del protocolo de vacunación antitetánica en Urgencias y el acceso al registro informático por el personal de enfermería se aprecia un descenso relevante en el consumo de vacunas:

	VACUNAS	UNIDADES 2012	UNIDADES 2011	DIFERENCIA
1º	Vacuna Dif-Tetanos	478	694	-31,12%
2º	Gamma antitetánica	4	0	100%
3º	Vacuna antirrábica	2	0	100%

Por último se muestran a continuación los sueros consumidos:

	SUERO	UNIDADES 2012	UNIDADES 2011	DIFERENCIA
1º	Cloruro Na 0.9% amp 10ml	21395	24700	-13,38%
2º	Cloruro Na 0.9% 100ml	12730	13960	-8,81%
3º	Cloruro Na 0.9% 500ml	7486	9400	-20,36%
4º	Glucosalino 500ml	1920	2300	-16,52%

5º	Ringer Lactato 500ml	620	1440	-56,94%
6º	Glucosa 5% 500ml	560	540	3,70%
7º	Glucosa 5% 100ml	240	300	-20,00%
8º	Glucosa 10% 500ml	90	102	-11,76%
9º	Glucosa 5% 250ml	90	90	0,00%
10º	Cloruro Na 0.9% 250ml	90	130	-30,77%
11º	Manitol 20% 250ml	53	52	1,92%
12º	Cloruro Na 0.45% 500ml	45	29	55,17%
13º	Bicarbonato 1/6M 250ml	36	43	-16,28%
14º	Gelafundina 500ml	35	130	-73,08%
15º	Bicarbonato 1M 250ml	21	19	10,53%
16º	Voluven 6%	20	40	-50,00%

Satisfacción del usuario

Al igual que en años anteriores, se han realizando en el Servicio de Urgencias 123 encuestas a nuestros pacientes con objeto de conocer su opinión acerca de la asistencia prestada en el Servicio y poder de este modo tener una herramienta más con la que mejorar la atención sanitaria que ofrecemos (Ilustraciones 60 y 61).

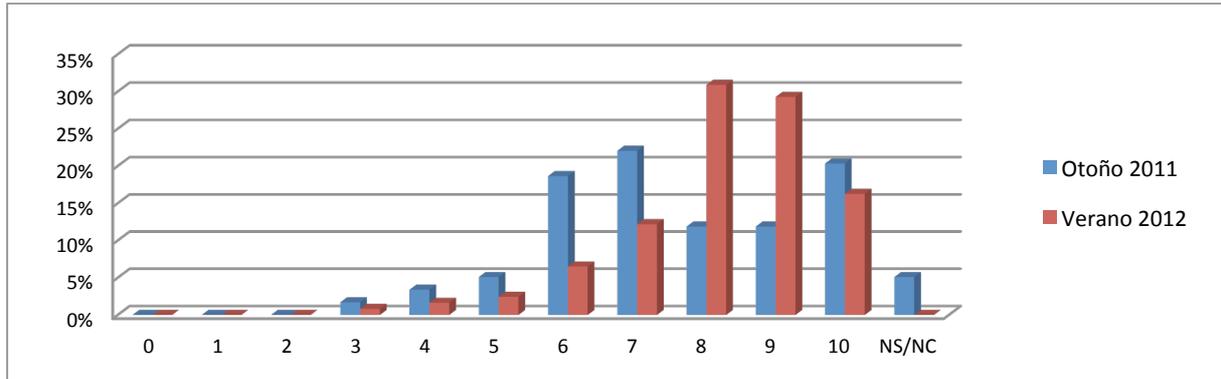


Ilustración 60. Satisfacción global del paciente

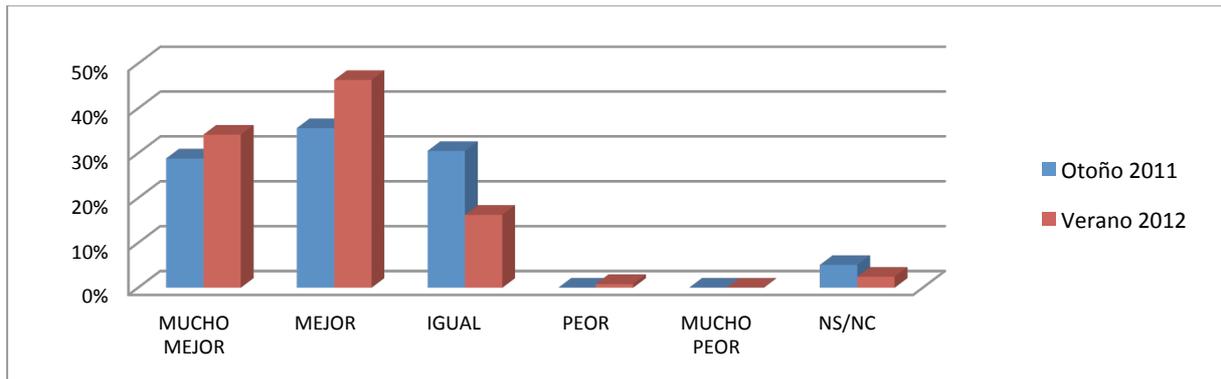


Ilustración 61. Impresión subjetiva del paciente de la atención recibida

El número de reclamaciones contestadas se ha mantenido estable, siendo en total 15 reclamaciones y 2 peticiones de informes clínicos en 2012.

Protocolos, Docencia e Investigación

Durante el año 2012 se mantuvo actualizada la página web del Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto. Además se realizaron las siguientes actividades:

PROCOLOS

- **Elaboración de Protocolos Clínicos y Guías de Actuación Internas:**
 - Neumonía Adquirida en la Comunidad. Guía de manejo en Urgencias. *Aprobado por la Comisión de Infecciones del Hospital de Sagunto en enero de 2012. Consensuado entre el Servicio de Urgencias (A. Ruiz), el Servicio de Medicina Interna (A. Belda), la Unidad de Neumología (E. Martínez), el Servicio de Medicina Intensiva (MJ. Broch) y Atención Primaria (P. Mallea).*
 - Guía para la Utilización de la Ventilación Mecánica No Invasiva en Urgencias. *Marzo 2012. A. Dolz, P. Martínez.*
 - Protocolo de actuación en Urgencias ante pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta no varicosa. *Abril 2012. Consensuado entre los Servicios de Urgencias (MA. Monsoriu) y la Sección de Patología Digestiva (JR. Molés).*
 - Fibrilación Auricular. Guía para el manejo en Urgencias. *Abril 2012. Consensuado entre el Servicio de Urgencias (JJ. Noceda), la Sección de Cardiología (E. Casabán), el Servicio de Medicina Intensiva (S. Ferrandis) y Atención Primaria (R. González).*
 - Protocolo para la utilización del Óxido Nitroso en Urgencias. *Abril 2012. M. Catalá.*
 - Código Ictus Hospital de Sagunto (Actualización 2012). *Julio 2012. Consensuado entre el Servicio de Urgencias (S. Soler, M. Alonso, JJ. Noceda), la Sección de Neurología (R. Galiano) y el Servicio de Radiodiagnóstico (I. Mugerza).*
 - Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda en Urgencias. *Octubre 2012. JJ. Noceda.*
 - Asma en pediatría (Actualización 2012). *Consensuado entre el Servicio de Pediatría y el Servicio de Urgencias.*
 - Bronquiolitis (Actualización 2012). *Consensuado entre el Servicio de Pediatría y el Servicio de Urgencias.*
 - Código Infarto Hospital de Sagunto. *Diciembre 2012. Consensuado entre el Servicio de Urgencias (F. Benlloch, JJ. Noceda, M. Alonso), el Servicio de Medicina Intensiva (R. Calvo, V. López Camps) y la Sección de Cardiología (V. Ortiz, E. Baldó).*
- **Elaboración de Protocolos Generales y de Organización:**
 - Programa para la Organización de la Atención de Pacientes Críticos en el Servicio de Urgencias (Actualización 2012). *Febrero 2012. F. Benlloch, M. Alonso, JJ. Noceda.*

- Protocolo para la prescripción de oxigenoterapia y aerosolterapia domiciliaria. Mayo 2012.
- Protocolos SaguntCronic. Mayo 2012.
- Programa Ola de Calor 2012. Julio 2012.
- Protocolo para la solicitud de pruebas de laboratorio (Actualización 2012). Noviembre 2012.
- Criterios para el ingreso de pacientes en las salas de Observación y Medicación Rápida. Noviembre 2012. *M. Catalá, J.J. Noceda.*
- Funciones de la jefatura de guardia y protocolo para el registro de incidencias de la guardia. Diciembre 2012.

SESIONES CLÍNICAS

ENERO 2012	PONENTE	TEMA
12	Dr. J. Barrios	Síndrome nefrítico
13	Dra. L. Cabo	Urgencias odontológicas pediátricas
19	Dra. J. García	Diferencial de anemias
20	Dra. M. Cava	Cetoacidosis diabética
23-24	Dr. FJ. Pérez, Dr. F. Benlloch	Atención al Trauma Grave
26	Dr. JJ. Noceda	Prasugrel. Análisis de resultados
27	MJ. García	Actualización en suturas

FEBRERO 2012	PONENTE	TEMA
2	Dr. G. Gómez	Patología prostática
6	Dra. A. Martín	Diferencial del edema
9	Dra. C. Martín	Manifestaciones ECG del IAM
13-14	Dr. J. Aliaga	Protocolo de manejo de la infección urinaria en pediatría
16	E. Calvo	Taller básico para enfermería de ECG
17	Dr. J. Barrios	Síndrome nefrítico
20	Dr. S. Martín	Protocolo de sedoanalgesia consciente en pediatría
22-24	Dr. JJ. Noceda	Dabigatrán. Aspectos prácticos en Urgencias
23	Dra. L. Serrano	Cefaleas
28	M. Alonso	Registros de enfermería en Urgencias

MARZO 2012	PONENTE	TEMA
1	Dra. L. Muñoz	Exantemas
5	Dr. R. Simón	Patología perianal
6	MJ. Narbón	Actualización del sondaje vesical en niños
8	Dra. M. Taverner	Crisis hipertensivas
9	Dra. E. Sanchis	Lepra
13	S. Murciano	Registro vacunal por enfermería
15	Dra. L. Cabo	Síndrome de la piel escaldada
21	Lab. Vigon	BiPAP Vylife
22	Dra. P. Inigo	Hiperglucemia
23	Dr. G. Gómez	Counselling
26	Dr. MA. Bernal	Jornista: 3er escalón de analgesia
27	Dr. Ruiz	Pradaxa
29-30	Dr. A. Dolz, P. Macián	Ventilación Mecánica No Invasiva

ABRIL 2012	PONENTE	TEMA
2	Dra. J. García	Patología del tiroides
5	Dra. Martín	Patología ORL
12	Dra. I. Gramuntell	TBC
13	Dra. L. Muñoz	Dolor torácico atípico. Casos clínicos.
19	Dra. S. Robles	Circuito rápido de manejo de la HDA en Urgencias
20	Dra. Martín	Enfermedades hematológicas y hemogramas
23	Dra. E. Sanchis	Fármacos psicotropos en AP
25	Dra. A. Silvestre	Vernakalant
26	Dr. R. Simón	Diferencial de Artritis
27	Dra. M. Taverner	Shock / Sepsis
30	Dr. JJ. Noceda	Presentación de la Guía de Urgencias de la Fibrilación Auricular

MAYO 2012	PONENTE	TEMA
3	Dra. S. Robles	Pericarditis aguda
4	Dr. J. Barrios	Tratamiento de la insuficiencia cardiaca
7	Dra. L. Cabo	Ataxia
8	Dr. F. Benlloch, M. Alonso	Programa Críticos 2012
15	Lab. Bayer	Rivaroxaban

JUNIO 2012	PONENTE	TEMA
12-29	Dr. F. Benlloch, M. Alonso	Programa Críticos 2012

SEPTIEMBRE 2012	PONENTE	TEMA
13	Dr. JJ Noceda	Detección inmediata de la sepsis. SEPSIS SIX

OCTUBRE 2012	PONENTE	TEMA
15-16	Respironics	BiPAP FOCUS
25	Dr. JJ. Noceda	Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETE). Bemiparina sódica

NOVIEMBRE 2012	PONENTE	TEMA
6-7	Dr. JJ. Noceda	Presentación a los MIR del proyecto Urgencias sin papeles
21	Dr. F. Benlloch	Ticagrelor

INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES

- **Estudio SEMES-ONT “Análisis del potencial de donación en los Servicios de Urgencias Hospitalarias”.** Coordinadores del estudio: Dra. Gloria de la Rosa, Dr. Julián Mozota. Investigador: Dr. F. Benlloch, Dr. MA. Monsoriu, Dr. JJ. Noceda.
- **Estudio DELPHI 2012 "Selección de Indicadores de Calidad y Seguridad para hospitales de la AVS".** Investigador: Dr. JJ. Noceda.
- **Pérez-Lahiguera FJ, Rodilla E, Costa JA, Gonzalez C, Martín J, Pascual JM. Relationship of central and peripheral blood pressure to left ventricular mass in hypertensive patients.** Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012 Dec; 65 (12): 1094-100

CURSOS Y JORNADAS

- **Realización de Cursos:**
 - Curso de Urgencias Respiratorias. Febrero 2012.
 - Curso de Introducción a la Bioética para Residentes. Abril 2012.
 - Curso de Urgencias para Médicos Internos Residentes. Mayo-junio 2012.
 - Curso básico de electrocardiografía para estudiantes de enfermería. E. Calvo.
 - Curso de Introducción al sistema de Triage Manchester.
 - Cursos de actualización en Soporte Vital Básico y Avanzado pediátrica.
 - Curso de actualización para auxiliares de enfermería.
- **Realización de Talleres:**
 - Taller de registros de enfermería en Urgencias. M. Alonso.
 - Actualización del sondaje vesical en niños. MJ. Narbón.
 - Taller básico de iniciación en el registro de vacunas. S. Murciano
 - Actualización en sujeción mecánica.
 - Taller de humanización en la recepción-acogida del paciente. M. Alonso.

- Taller de suturas. MJ. García.
- Taller de vendajes. A. Gabarda.
- **Participación como ponentes:**
 - IV Curso SECUR de Ventilación Mecánica No Invasiva. Valencia, 23-25 febrero 2012. Dr. A. Dolz.
 - Día Mundial de la Sepsis. Dr. JJ. Noceda.
 - Activación del Código Infarto en el Departamento 4. Dr. F. Benlloch.
- **Asistencia a Cursos, Congresos y Jornadas:**
 - Jornadas de Evaluación Departamental del Código Ictus. H. Clínico. Valencia, 10 febrero 2012. M. Alonso.
 - IV Jornadas de Gestión sanitaria, calidad asistencial y seguridad del paciente de la Comunidad Valenciana. H. La Fe. Valencia, 7 marzo 2012. M. Alonso.
 - Curso de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. SEMES. Barcelona, marzo 2012.
 - IV Jornada de Infecciones en Urgencias. Toledo, 20-21 abril 2012. Dr. JJ. Noceda.
 - VIII Curso de Instructores en Seguridad del Paciente para Servicios de Urgencias y Emergencias. SEMES. Madrid, 10-12 mayo 2012. Dr. J. Vela.
 - IV Curso de Formación en Patología de la Mama. Hospital de Sagunto. Sagunto, 29 mayo – 1 junio 2012. Dra. V. Pastor.
 - XXIV Congreso Nacional de SEMES. Oviedo, junio 2012. Dr. F. Benlloch, Dr. MA. Monsoriu, Dr. JJ. Noceda.
 - XLV Congreso Nacional SEPAR. Madrid, 8-11 junio 2012. Dr. JJ. Gil.
 - Curso de Formación en Pediatría. Hospital de Sagunto. Sagunto, octubre 2012. Dra. V. Pastor. Dr. A. Dolz.
 - I Jornada autonómica de la Comunidad Valenciana "La sostenibilidad del Sistema Sanitario bajo la mirada de Enfermería". Valencia, 7 noviembre 2012. H. La Fe. M. Alonso.

INTEGRACIÓN (Asistencia y participación en las comisiones clínicas del centro):

- FARMACIA Y TERAPÉUTICA, USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y COMITÉ DEPARTAMENTAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: JJ. Noceda.
- DOCENCIA: F. Martín, MA. Bernal.
- INFECCIONES: J. Vela, M. Monsoriu.
- HISTORIAS CLINICAS: JJ. Gil.
- INVESTIGACION: F. Pérez.
- BIOETICA ASISTENCIAL: F. Martín.
- TRASPLANTES: S. Soler, A. García.

Medidas de mejora

- 1. Plan de verano.** La evolución mensual de las Urgencias desde 2007 muestra que se repite cíclicamente el mismo patrón, con un gran pico de afluencia durante los meses de julio y agosto de 6000-6500 urgencias mensuales. En 2012 si atendemos a los meses estivales se aprecia un aumento de las urgencias, un 17% durante el día (22 pacientes más) y un 54% por la noche (13 pacientes más). Es por ello que es preciso planificar de forma adecuada los recursos humanos durante este periodo y potenciarlos en nuestro hospital dada la gran afluencia de turistas. Dado que cada mes de los tres de verano hay cuatro médicos adjuntos de vacaciones de los doce totales, sería recomendable disponer de 4 contratos de sustitución y 1-2 contratos de atención continuada, para ser tres adjuntos de guardia y de esta forma no variar el normal funcionamiento del servicio. De la misma forma se debería valorar el refuerzo de una enfermera y un auxiliar de enfermería en cada turno de trabajo.
- 2. Plan de mayores.** Se incrementa de modo preocupante el porcentaje de urgencias de personas mayores de 65 años respecto al total de enfermos. Se aprecian porcentajes mensuales en 2012 superiores al 27%, salvo en los meses de julio y agosto; con picos máximos alarmantes del 31% en los meses de febrero y noviembre. Además durante 2012 se han derivado a Urgencias para valoración a 1024 pacientes institucionalizados en alguna de las Residencias para la Tercera Edad de nuestro Departamento, lo que supone una media diaria de 2.8 pacientes, donde más de la mitad de estos pacientes superan los 85 años, consumiendo importantes recursos del sistema. Son necesarias medidas específicas a tomar en este grupo de población para evitar el futuro probable colapso del hospital, tales como la ampliación de la cobertura y capacidad de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, y la creación a corto-medio plazo de la Unidad de Corta Estancia para evitar ingresos en las salas de hospitalización innecesarios.
- 3. Plan de Atención Primaria (+ Segorbe).** Existe un elevado índice de frecuentación de la población ya que en 2012 el número de urgencias atendidas se corresponde con el 36% de la población total del Departamento. Destaca el elevado número de pacientes atendidos en Urgencias procedentes de Puerto de Sagunto, Sagunto y Faura-Almenara. Del mismo modo se detectan altos porcentajes de consulta en Segorbe-Soneja-Viver, si tenemos en cuenta la existencia de un Centro Hospitalario en el Alto Palancia. Es necesario la creación de circuitos adecuados que eviten

duplicidades asistenciales y la mejora del control de derivaciones desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias.

4. **Plan de Pediatría.** Se mantienen cifras preocupantes de consultas pediátricas en horario sobre todo vespertino y una elevadísima tasa de retorno a las 72 horas. El número diario de altas de urgencias por los pediatras de nuestro centro es ridículo. Es necesario un replanteamiento integral del Área de Urgencias Pediátricas y de la Atención Primaria, para reducir las asistencias, los retornos, distribuir más racionalmente la carga de trabajo de los especialistas, etc.
5. **Plan de Triage.** Durante el año 2012 se ha clasificado únicamente el 73.49% de los pacientes. El inconveniente principal a la hora de mejorar este dato nos lo encontramos en la falta de clasificación de las pacientes que acuden a las Urgencias de Maternidad (suponen el 8.7% del total), las Urgencias Hospitalarias de Segorbe (2.8% del total) y todas los pacientes que consultan en horario nocturno (16%). Es necesario que todo paciente que acuda a Urgencias sea clasificado en cualquier horario y lugar.
6. **Plan de Observación.** El porcentaje de pacientes ingresados en Observación se sitúa en el 19.75%. En términos diarios apreciamos estabilidad en la ocupación de estas salas en el número de pacientes; en la Sala de Observación de adultos ingresan 17-21 pacientes al día y en la pediátrica 4-6. Se hace necesario valorar la ampliación de la Sala de Observación de adultos, ya que 1 de cada 5 pacientes pasan por ella, convirtiéndose en el centro neurálgico de la urgencia.
7. **Plan de Retornos.** La tasa de retorno a las 72 horas se sitúa en 2012 en el 5.63% (7.20% a las 48 horas). Se penaliza a nuestro Servicio con los traslados entre el centro de Segorbe y el Hospital de Sagunto, los traslados entre Urgencias de Maternidad y Generales, y con los “retornos programados” por distintas especialidades externas al Servicio (Psiquiatría, ORL, Oftalmología, Cirugía). Además hay que destacar la tasa de retorno excesiva en los pacientes pediátricos y urológicos. Es necesario un estudio detallado del problema para plantear acciones que mejoren este dato.