

Hospital de Sagunto

# memoria de actividad

Servicio de Urgencias Generales

# 2016



TELÉFONO

FAX

WEB

Avda. Ramón y Cajal s/n, Sagunto, 46520

962339300

962339301

<http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/urg.aspx>

## Índice

---

• Urgencias atendidas	3
• Características de los pacientes	7
• Clasificación de los pacientes	13
• Sala de destino de los pacientes	19
• Estancia de los pacientes	21
• Ingresos en sala de Observación	26
• Informes de alta	29
• Ingresos en sala de hospitalización	34
• Consumos	38
• Protocolos, docencia e investigación	40

## Urgencias atendidas

Según los datos disponibles por la Conselleria en el programa Alumbra (<https://alumbra.san.gva.es>), durante el año 2016 se han atendido en Urgencias 71629 pacientes. Esta cifra supone un aumento de las urgencias del 5% respecto a 2015 (Ilustración 1) y mantiene la tendencia creciente de los últimos cuatro años, cuando se han incrementado las urgencias atendidas en un 12%.

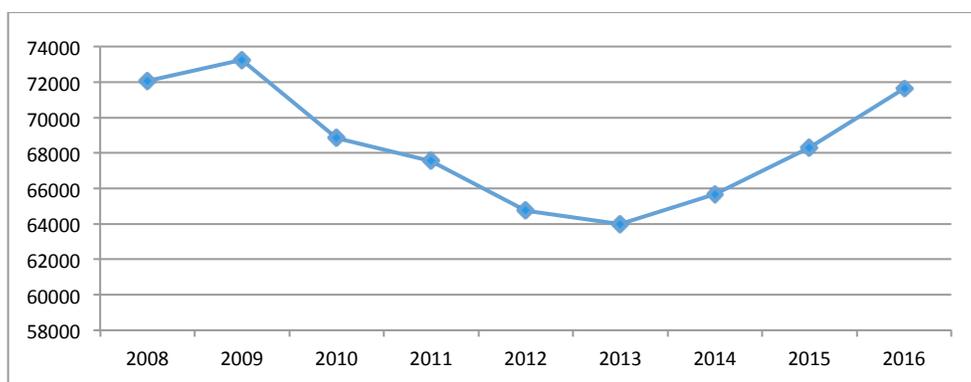


Ilustración 1. Pacientes atendidos anuales

La media diaria de pacientes atendidos en Urgencias se sitúa en 196: 160 adultos, 36 pediátricos (Ilustraciones 2, 3 y 4). Se observa como las urgencias pediátricas han permanecido estables en los últimos años, mientras que existe un claro aumento en las urgencias de adultos, hasta alcanzar niveles similares a los de la epidemia de gripe A y la alarma social generada del 2008-2009.

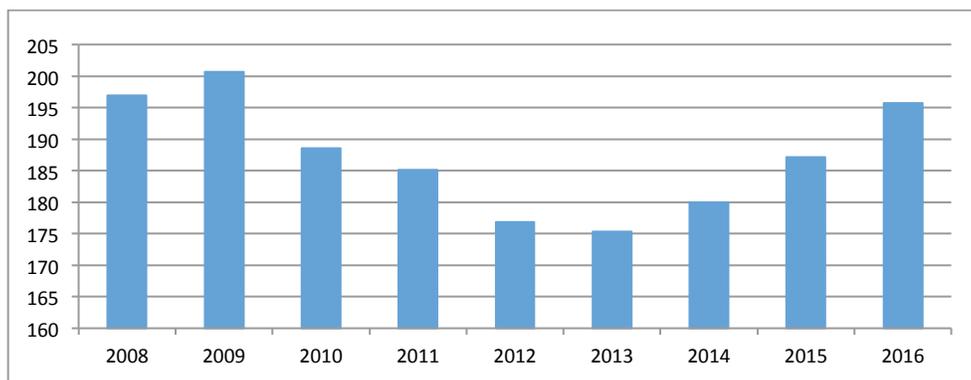


Ilustración 2. Pacientes diarios atendidos según año

# memoria de actividad 2016

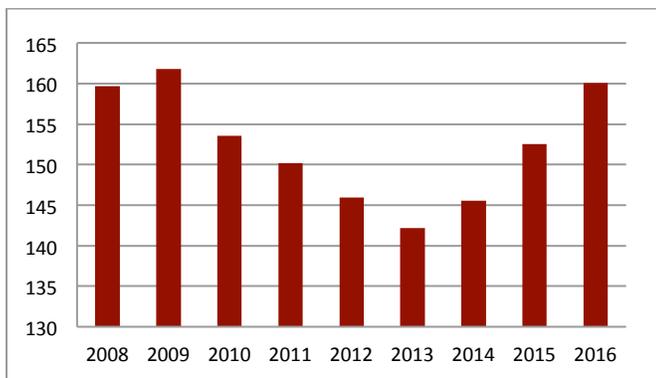


Ilustración 3. Pacientes adultos diarios

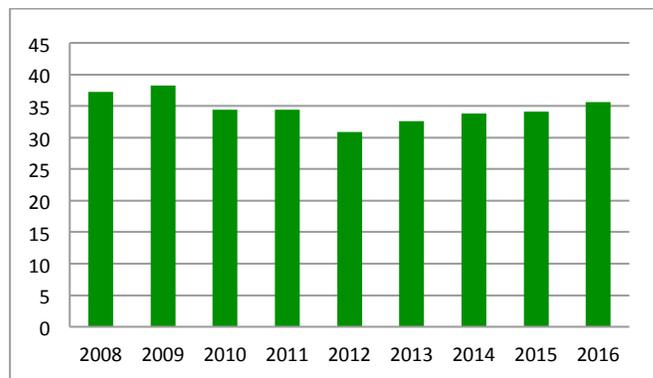


Ilustración 4. Pacientes pediátricos diarios

La evolución mensual de las Urgencias muestra un pico asistencial de más de 200 urgencias diarias en el mes de marzo (coincidente en 2016 con el periodo vacacional de fallas, Semana Santa y Pascua) y otro pico en los meses de julio y agosto (Ilustración 5).

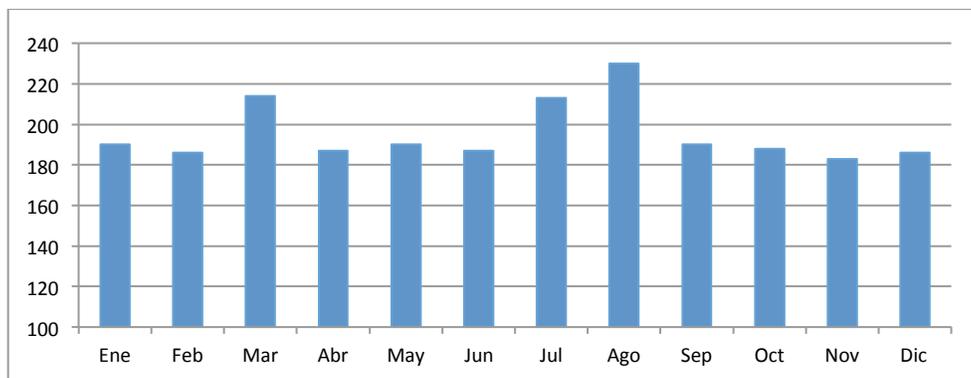


Ilustración 5. Urgencias diarias en 2016 por mes

Se comprueba que en los últimos años se mantiene un número similar de pacientes atendidos en cada tramo horario (Ilustración 6), el 44% en horario de mañana (85 pacientes), el 40% de tarde (80 pacientes) y el 16% en horario nocturno (30 pacientes).

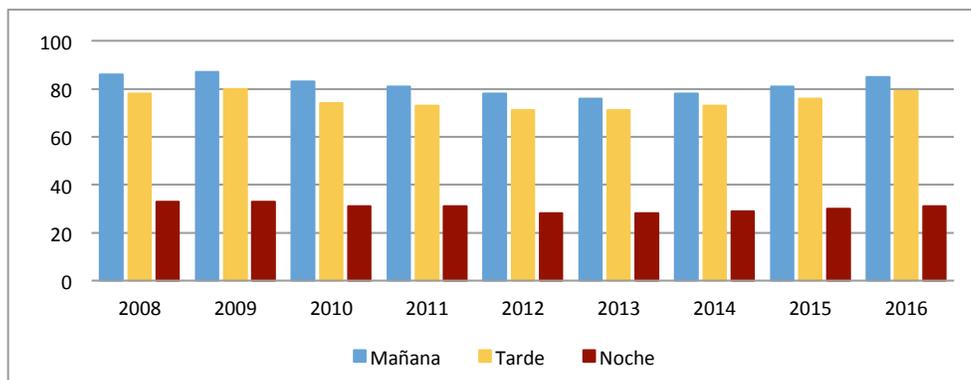


Ilustración 6. Urgencias diarias anuales por turno de trabajo

Como en años anteriores, en la población pediátrica se produce mayor afluencia en horario de tardes y en adultos a partir de 46 años se observa mayor demanda asistencial en el tramo de mañanas (Ilustración 7).

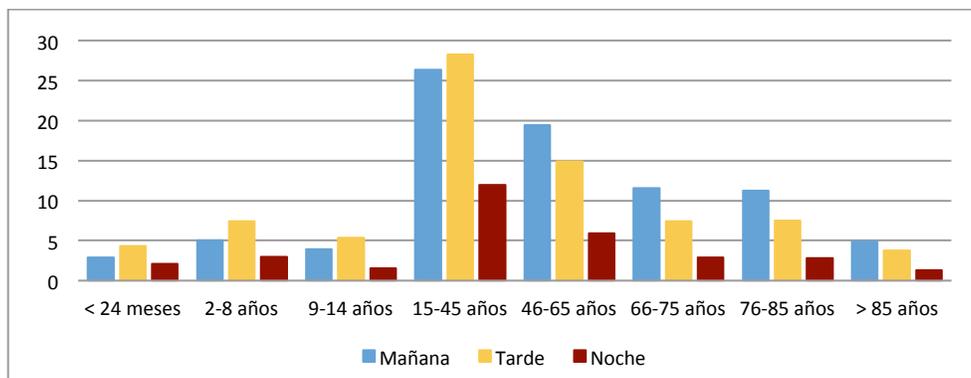


Ilustración 7. Urgencias diarias por turno de trabajo y grupos de edad

Si analizamos el número de consultas en Urgencias según el día de la semana, podemos comprobar como siguen siendo los lunes los días de más afluencia (Ilustración 8), por lo que sigue siendo necesario reforzar el Servicio los lunes o días tras puentes para mantener la misma calidad ofrecida en el resto de días de la semana.

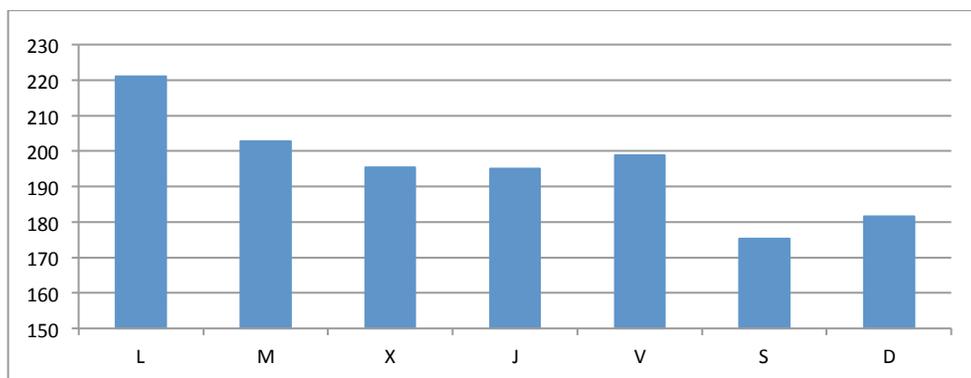


Ilustración 8. Urgencias diarias según el día de la semana

Comprobamos que podemos encontrar un patrón de visitas predecible según el horario en el que acuden los pacientes a Urgencias (Ilustración 9), con dos picos de mayor afluencia (9-13h y 15-20h), produciéndose descensos a la hora de la comida (13-14h) y a partir de la cena (21h).

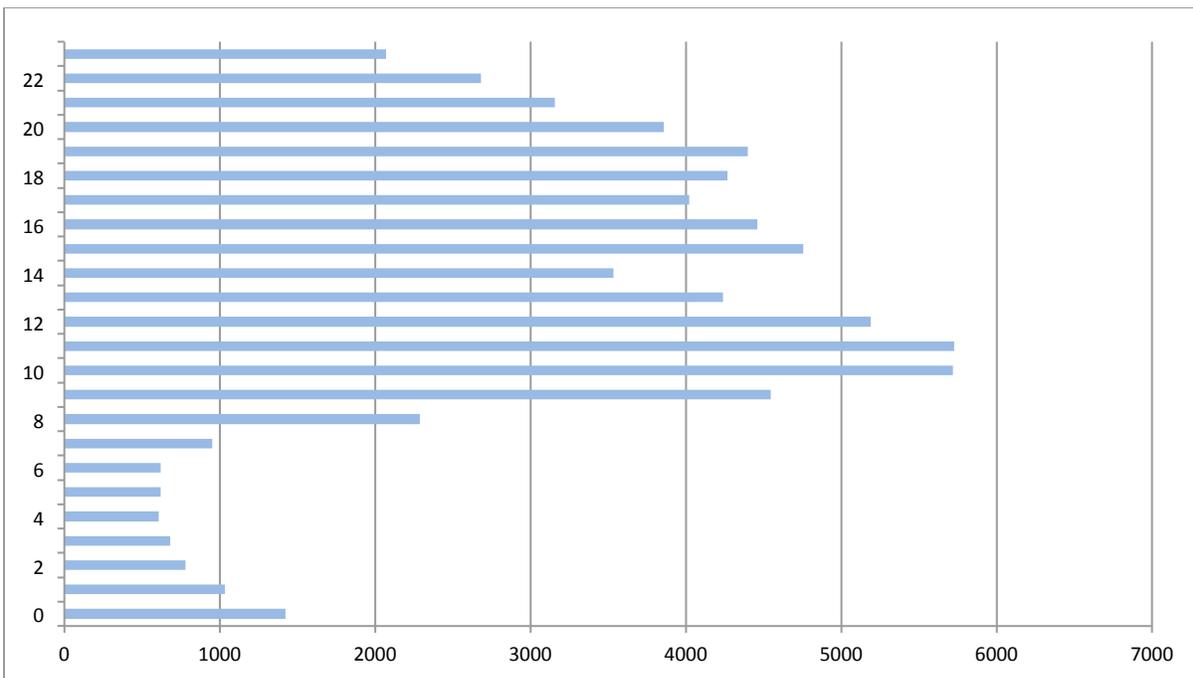


Ilustración 9. Urgencias atendidas según hora de registro

Si atendemos a los meses estivales en comparación con la media mensual, comprobamos como en los meses de julio y agosto se produce un incremento de las atenciones urgentes, más destacables en los tramos vespertinos y nocturnos (Ilustración 10), por lo que el refuerzo de una tercera guardia estos meses está totalmente justificado.

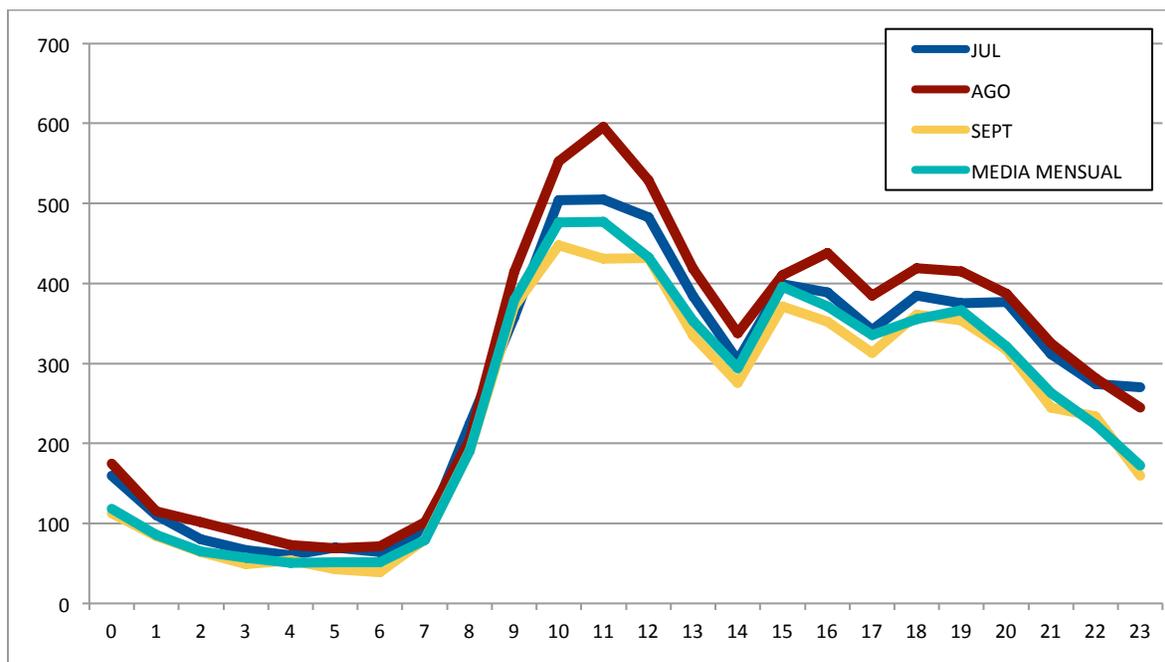


Ilustración 10. Número de urgencias mensuales según hora de registro

## Características de los pacientes

Si atendemos al sexo de nuestros pacientes observamos que durante 2016 acudieron al Servicio de Urgencias 32787 hombres y 38838 mujeres. En la ilustración 11 se aprecia la distribución de éstos por grupos de edad.

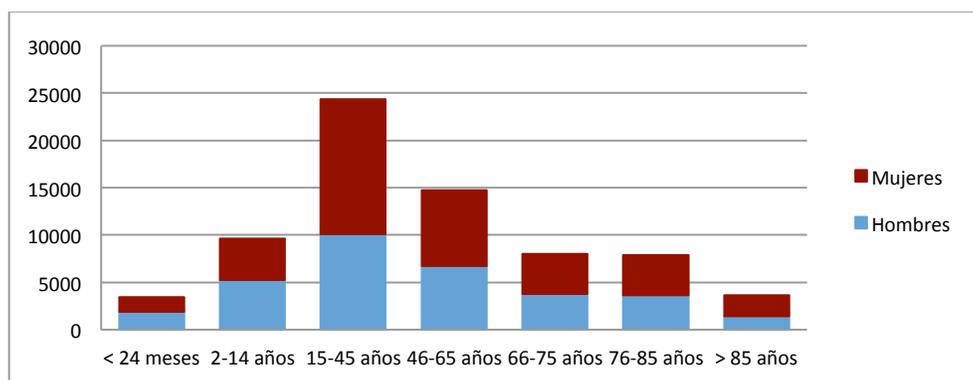


Ilustración 11. Distribución de pacientes por edad y sexo

Continúa la tendencia al alza de los últimos años en las atenciones urgentes a mayores de 65 años (Ilustración 12), por lo que son necesarias medidas organizativas urgentes, tales como la creación de una Unidad de Corta Estancia en el centro.

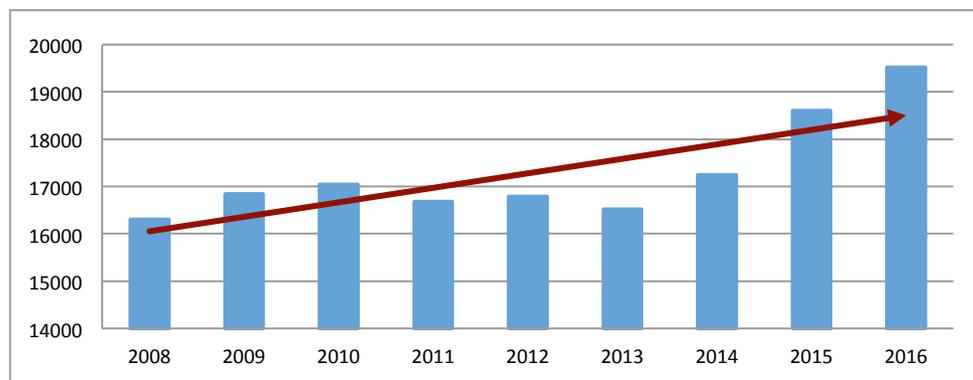


Ilustración 12. Urgencias anuales de mayores de 65 años

Además, si observamos el porcentaje de urgencias en los últimos años de personas mayores de 65 años respecto al total de enfermos (Ilustración 13), se aprecia una clara tendencia al alza, llegando a valores del 27.25% del total en el año 2016.

# memoria de actividad 2016

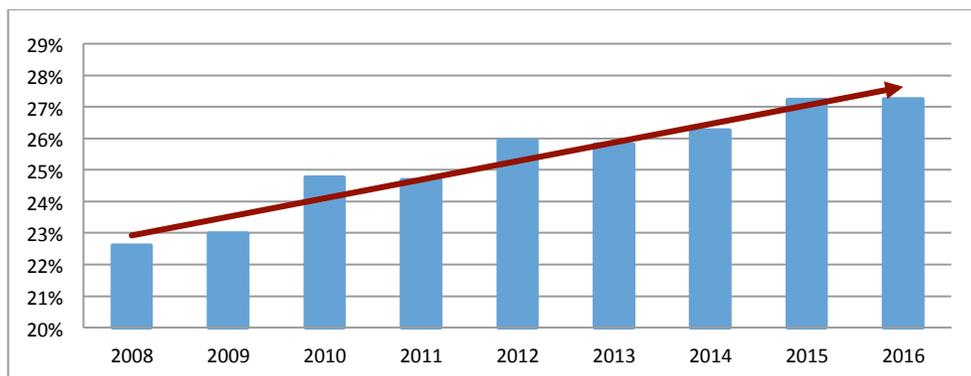


Ilustración 13. Porcentaje anual de pacientes mayores de 65 años

Se aprecian en 2016 valores mensuales cercanos al 29% en los meses de diciembre y enero (Ilustración 14), época de mayores necesidades de espacio y recursos humanos.

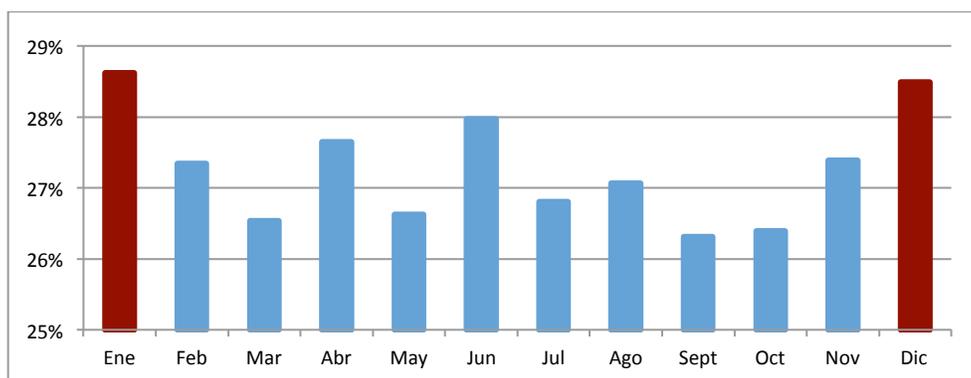


Ilustración 14. Porcentaje mensual de pacientes mayores de 65 años

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2016 (Ilustración 15), comprobamos como aproximadamente un tercio de ellos son pacientes crónicos de alta o moderada complejidad o pacientes paliativos.

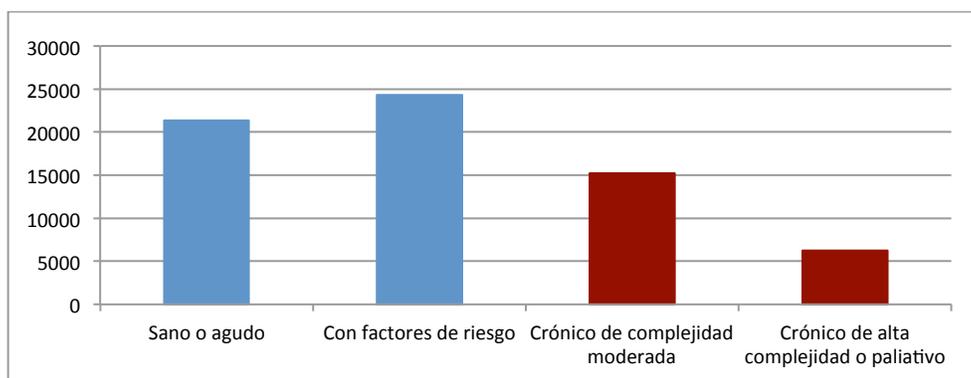


Ilustración 15. Nivel de cronicidad de los pacientes

El 90.52% de los pacientes atendidos corresponden a personas domiciliadas en el Departamento 4 de Sagunto, mientras que un 9.48% son personas de fuera de él (Ilustración 16).

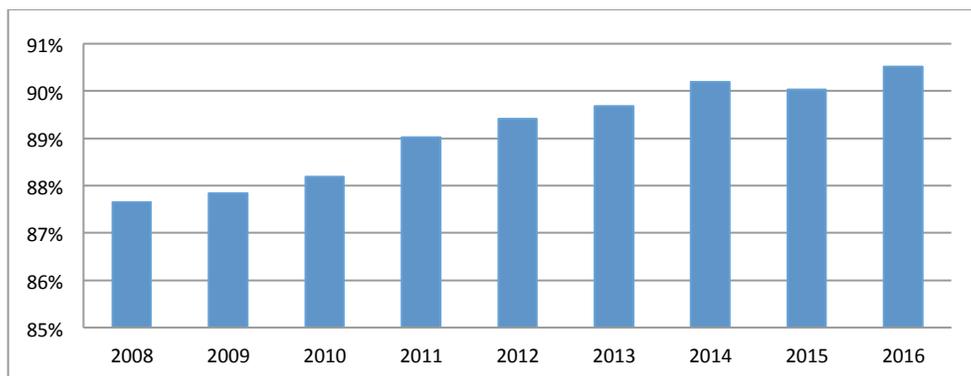


Ilustración 16. Porcentaje de pacientes atendidos procedentes de nuestro Departamento

Persiste el elevado índice de frecuentación de la población. Este hecho se hace más patente en la población del Puerto de Sagunto (Ilustración 17), seguramente debido a la proximidad al centro.

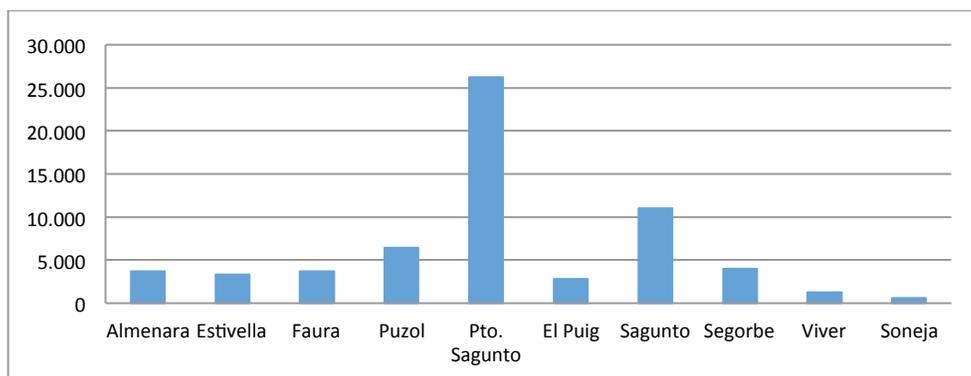


Ilustración 17. Pacientes atendidos según localidad de procedencia

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 26.65% de ellos utilizan esta vía. La evolución en el número de derivaciones procedentes de Atención Primaria ha aumentado en los últimos años tal y como se refleja en la siguiente gráfica:

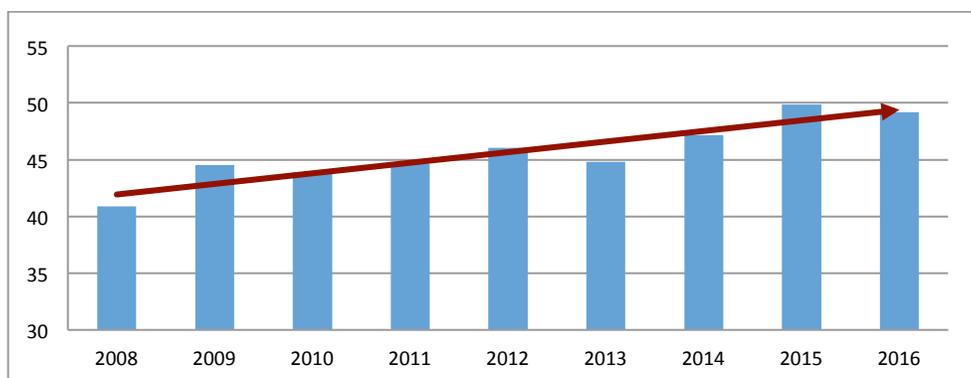


Ilustración 18. Pacientes diarios derivados desde Atención Primaria

Teniendo en cuenta el horario en el que se produce esta derivación comprobamos como en todos los tramos han aumentado las derivaciones al hospital, incluso desde los Puntos de Atención Continuada que en ocasiones no actúan realizando el filtro adecuado, por lo que es importante mejorar la formación de estos facultativos para así disminuir el número de urgencias menores remitidas impropiedades (Ilustración 19):

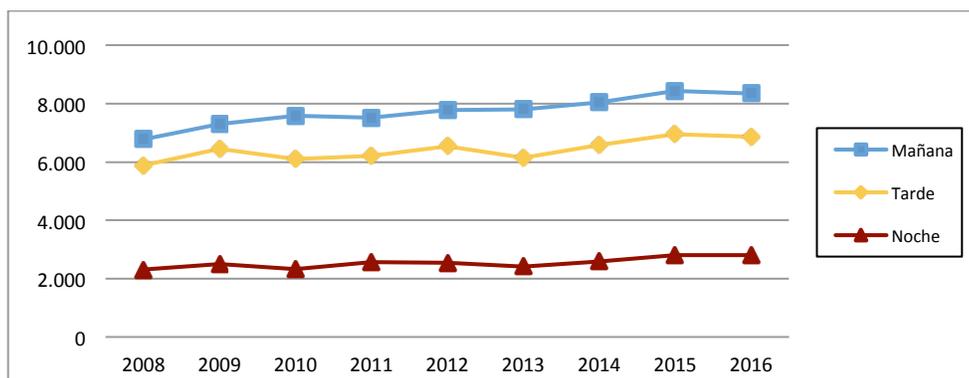


Ilustración 19. Pacientes derivados desde Atención Primaria según horario

Sin embargo existe una importante variabilidad según la localidad de procedencia y el porcentaje de derivaciones, siendo llamativas las de Almenara, Segorbe, Viver y Soneja (Ilustración 20), lo que evidencia que sus distintos Puntos de Atención Continuada no realizan el filtro sanitario adecuado para evitar la consulta en Urgencias Hospitalarias y que el Hospital del Alto Palancia se encuentra claramente infrutilizado.

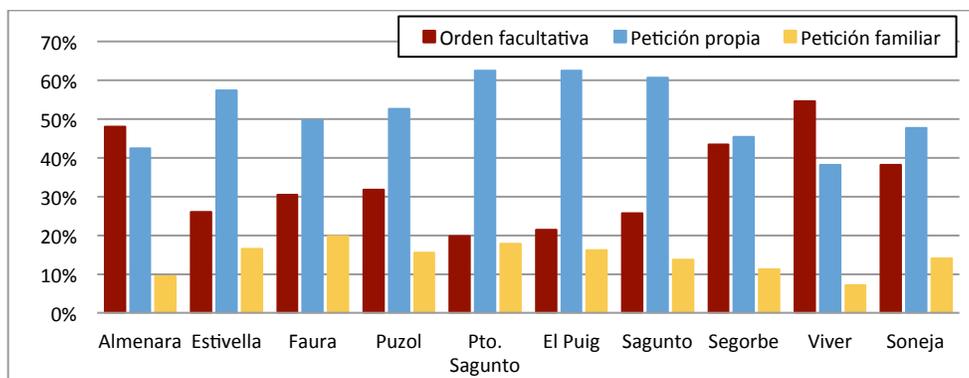


Ilustración 20. Pacientes atendidos según localidad y origen de procedencia

Durante 2016 se han derivado a Urgencias para valoración a 1333 pacientes institucionalizados en alguna de las Residencias de nuestro Departamento, lo que supone una media diaria de 3.64 pacientes y mantiene la tendencia al alza de estas asistencias (Ilustración 21).

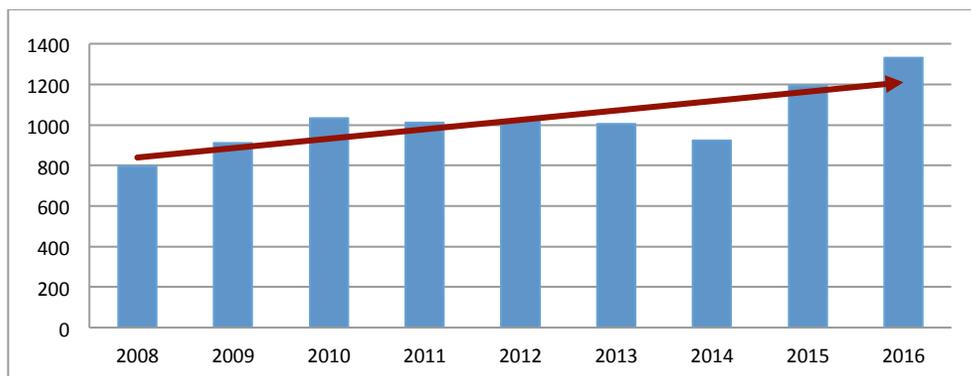


Ilustración 21. Pacientes procedentes de Residencias de la tercera edad

Si analizamos las Residencias de la tercera edad que más pacientes derivan, destacan las RSA. Savia El Puig, La Saleta El Puig y Savia Quartell.

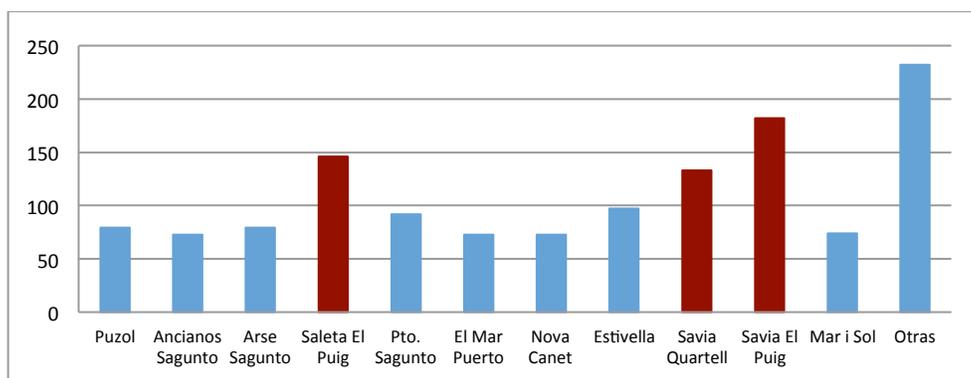


Ilustración 22. Pacientes según Residencias remitentes

Han permanecido de media 275 minutos en nuestro Servicio, requiriendo ingreso en Observación el 41.49% e ingreso en sala de hospitalización el 32.56%, y falleciendo en Urgencias el 9.75% de ellos. La tasa de retorno a las 72 horas ha sido del 4.65%. Es importante destacar la diferencia entre sexos y que casi la mitad de estos pacientes superan los 86 años (Ilustración 23), consumiendo importantes recursos del sistema, por lo que son necesarias medidas específicas a tomar en este grupo tales como una entrada-salida diferenciada y la creación de una Unidad de Corta Estancia.

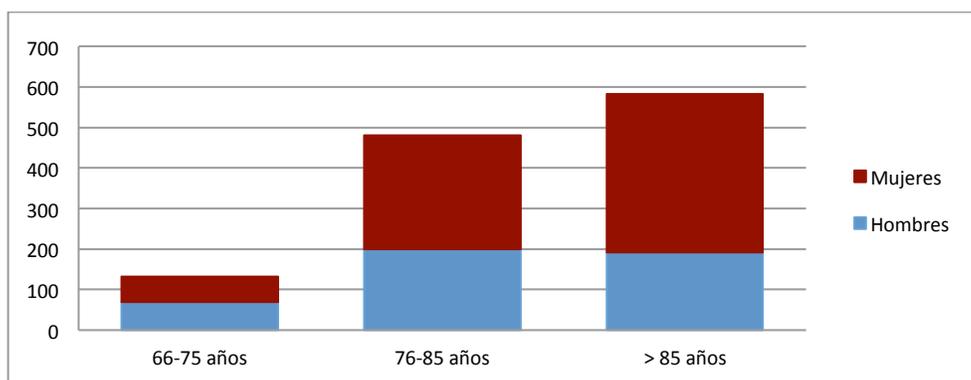


Ilustración 23. Pacientes procedentes de Residencia en 2016 según edad y sexo

Por último, es destacable el análisis de pacientes hiperfrecuentadores de urgencias, ya que 832 pacientes fueron visitados en 2016 en nuestro Servicio en más de 5 ocasiones (Ilustración 24), siendo necesario realizar una gestión más adecuada de estos casos, de forma coordinada con Atención Primaria. Asombran los 47 pacientes visitados en más de 12 ocasiones en 2016 (rango de 13 a 34 consultas anuales).

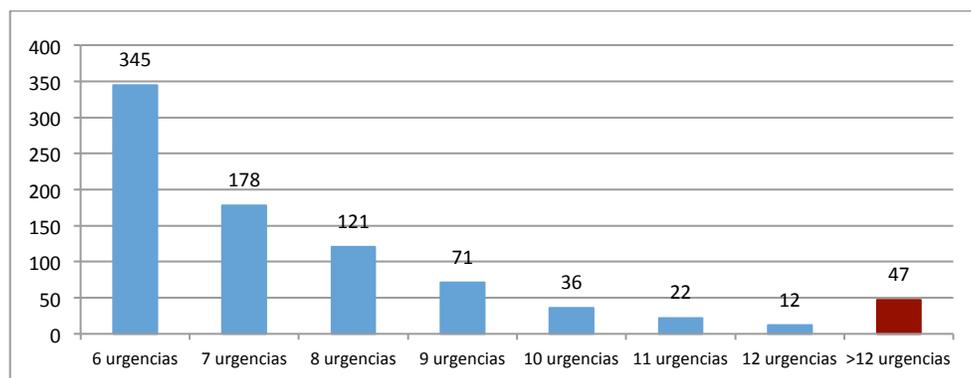


Ilustración 24. Pacientes hiperfrecuentadores en 2016 según número de episodios

## Clasificación de los pacientes

Durante el año 2016 se ha clasificado a un total de 99.74% de los pacientes que acuden a Urgencias, gracias a la implantación en 2013 del sistema de clasificación 24 horas y a la inclusión de las pacientes que acuden a las Urgencias de Maternidad (Ilustración 25).

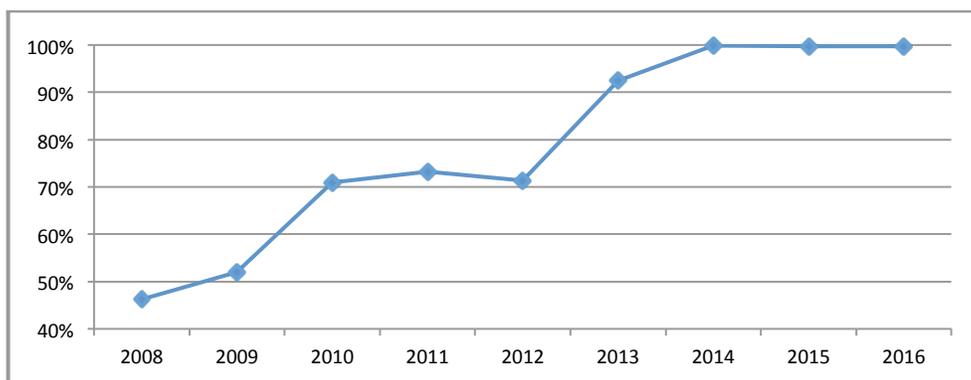


Ilustración 25. Porcentaje de pacientes clasificados

El tiempo medio hasta la clasificación se encuentra estabilizado en 8.10 minutos a pesar del incremento de pacientes de los últimos años (Ilustración 26), hecho que refuerza la labor de nuestro personal.

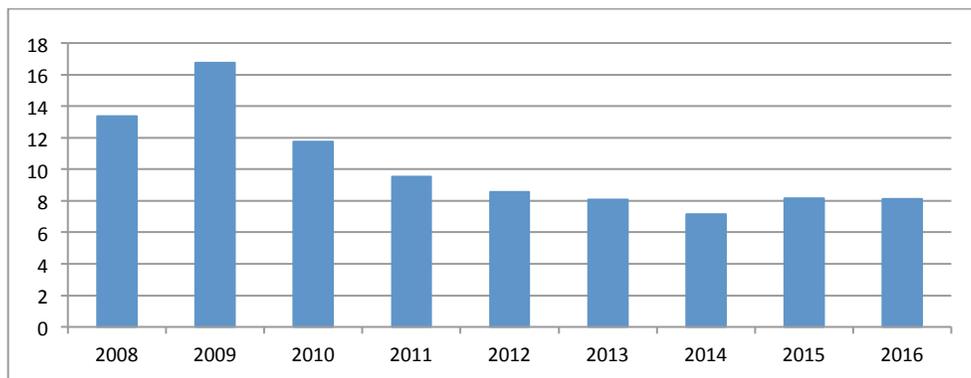


Ilustración 26. Minutos de demora media del triaje

El proceso de triaje cada vez es más estructurado y sistemático, gracias a la formación del personal de enfermería. Además se une el hecho de pacientes más ancianos y complejos, como se ha comentado anteriormente, lo que provoca una duración del proceso superior. El tiempo medio de triaje fue en 2016 de 125 segundos. En 2016 hubieron 23486 pacientes con una duración del triaje superior a 3 minutos, es decir el 32.87% del total (Ilustración 27).

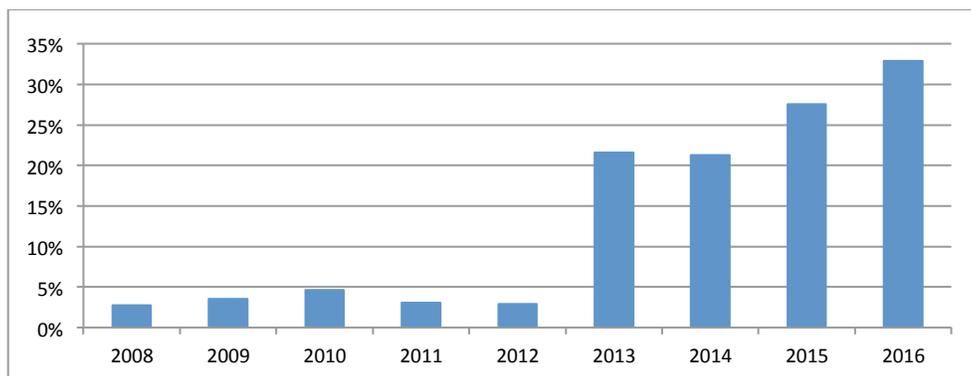


Ilustración 27. Porcentaje de pacientes triados con duración superior a 3 minutos

El porcentaje de pacientes clasificados durante los 15 minutos siguientes al registro respecto a todos los pacientes clasificados se sitúa en el 88.72% y en el 72.36% durante los primeros diez minutos (Ilustración 28).

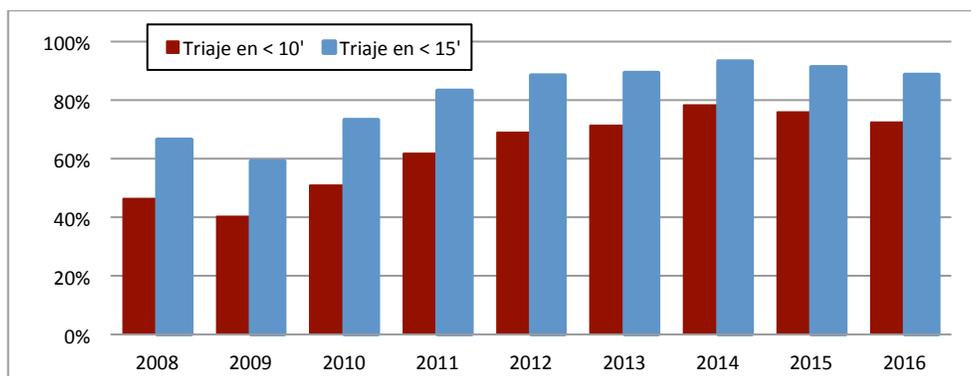


Ilustración 28. Evolución anual de la respuesta fráctil y marginal del triaje

El promedio diario de urgencias según el nivel de prioridad clasificado durante 2016 es el siguiente:

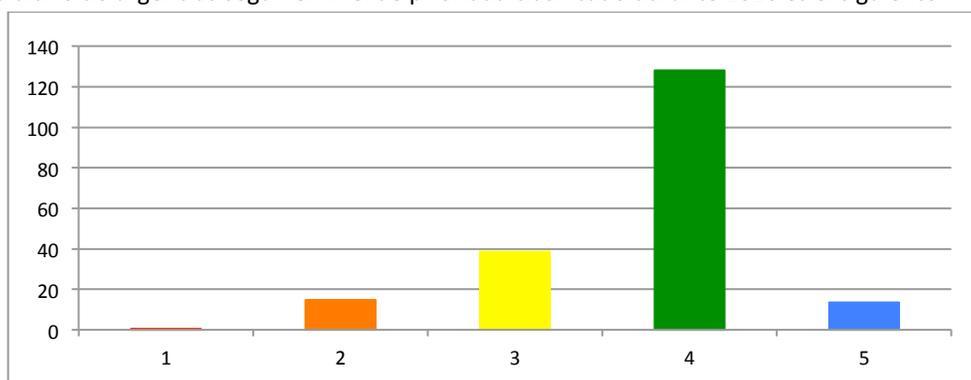


Ilustración 29. Promedio diario de urgencias en 2016 según prioridad

Según el nivel de urgencia clasificado observamos cómo el 72% de los pacientes atendidos corresponden a urgencias menores o a pacientes no urgentes (Ilustración 30). El alto índice de urgencias clasificadas como nivel 4 podría ser debido también a la falta de discriminación adecuada en las urgencias traumatológicas y pediátricas.

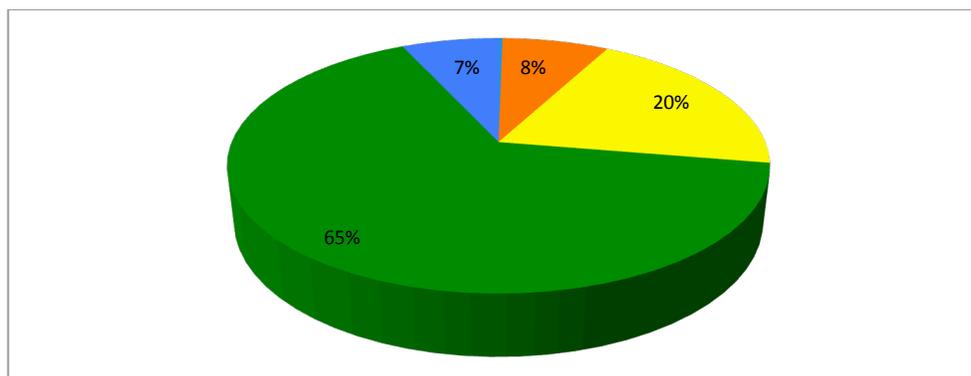


Ilustración 30. Urgencias en 2016 según nivel de prioridad

Si analizamos la evolución temporal comprobamos como el aumento de urgencias de los últimos años es sobre todo debido a urgencias de nivel 4 o menores, por lo que con educación sanitaria y mejoras en la Atención Primaria y Continuada debería reducirse esta demanda (Ilustración 31):

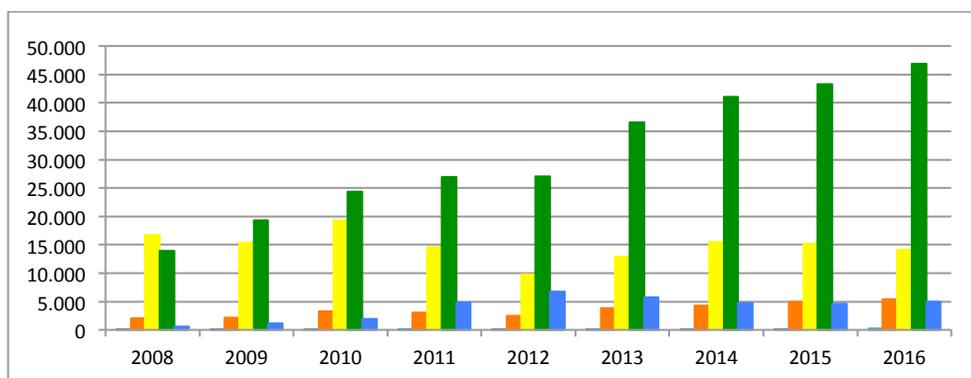


Ilustración 31. Evolución anual de las urgencias según nivel de prioridad

Si atendemos a la evolución mensual comprobamos como en el primer trimestre del año aumentan las Urgencias de nivel 3 y en los meses estivales las de nivel 4 (Ilustración 32).

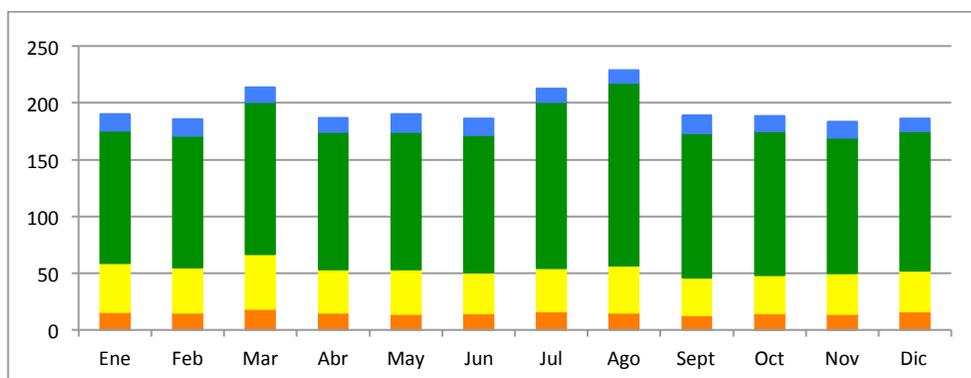


Ilustración 32. Número de pacientes diarios según nivel de prioridad asignado

Si relacionamos el nivel de urgencia clasificado y el turno de trabajo, descartando las urgencias de nivel 4, comprobamos que en el turno de noche consultan más pacientes de niveles prioritarios (Ilustración 33).

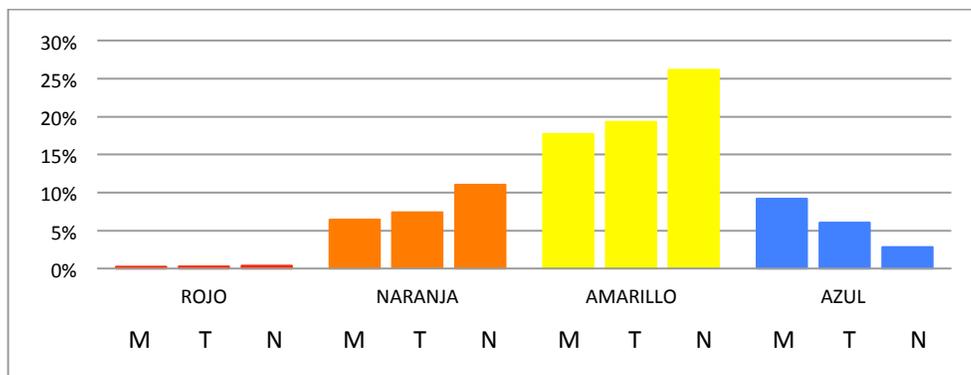


Ilustración 33. Clasificación según turno de trabajo (excepto nivel 4)

Comprobamos que si analizamos el nivel de urgencia por grupos de edad se pone de manifiesto que para pacientes de edad superior a 65 años el porcentaje de urgencias de niveles 2 y 3 es superior (Ilustración 34), lo que teniendo en cuenta el aumento exponencial de los últimos años en este grupo de edad, supone un aumento proporcional del nivel de exigencia. Con respecto a 2015 destacar además que siguen aumentando las urgencias de nivel 2 en menores de 4 años, tal vez motivado por el triaje de la fiebre en niños.

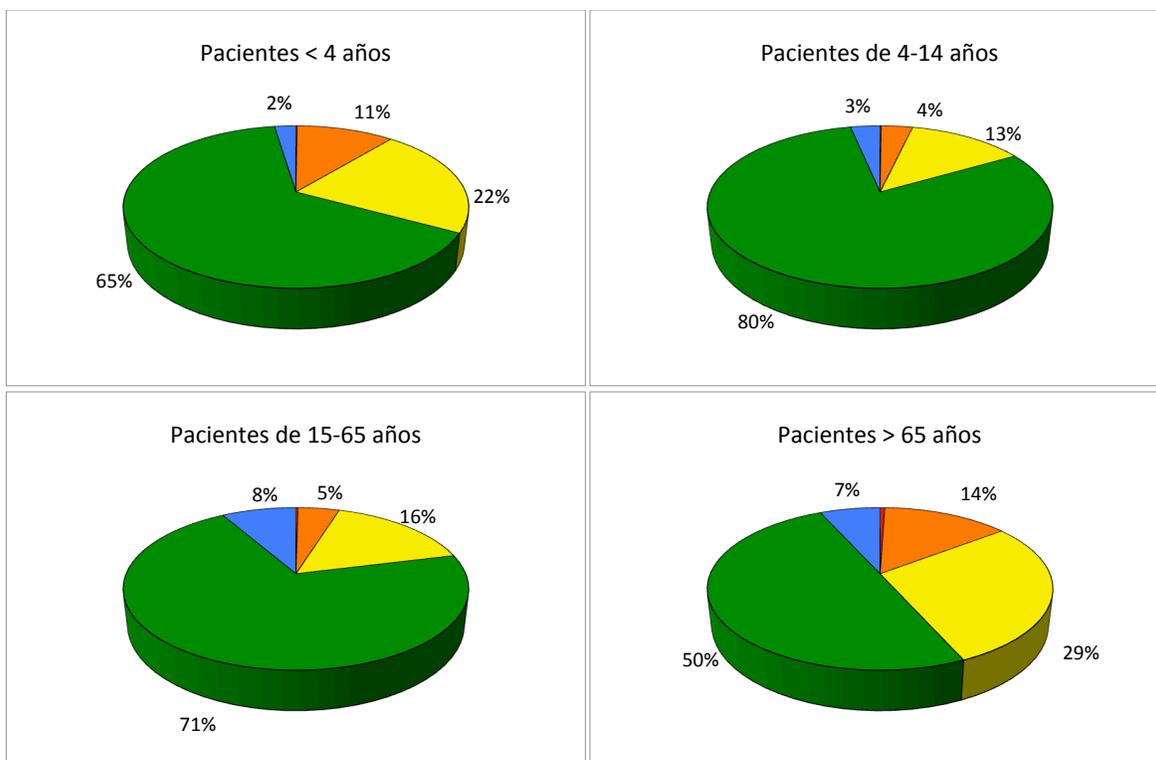


Ilustración 34. Urgencias por grupos de edad según nivel de prioridad

# memoria de actividad 2016

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

Diagramas	2016				
Problemas en extremidades	11414	Cefalea	1217	Enfermedad hematológica	244
Adulto mal estado general	6523	Dolor de cuello	1149	Comportamiento extraño	238
Dolor abdominal	5943	Síncope o lipotimia	1142	Mordeduras y picaduras	230
Caídas	5282	Exantemas	1043	Convulsiones	173
Disnea	3863	TCE	995	Autolesión (deliberada)	158
Problemas oculares	3190	Vómitos	830	Niño cojeando	135
Problemas urinarios	3031	Dolor de garganta	756	Aparentemente ebrio	131
Niño mal estado general	2877	Enfermedad mental	561	Sobredosis / envenenamiento	95
Embarazo	2874	Diarrea	538	Asma	93
Dolor torácico	2719	Lesiones en el tronco	490	Bebé/niño pequeño que llora	80
Infecciones locales y abscesos	2657	Padres Preocupados	461	Politraumatismo	72
Dolor de espalda	1955	Hemorragia gastrointestinal	435	Niño irritable	63
Problemas de oído	1464	Dolor testicular	358	Quemaduras y escaldaduras	61
Dolor abdominal en niños	1274	Problemas dentales	330	Exposición a sustancias químicas	41
Disnea en niños	1259	Problemas nasales	314	ETS	15
Hemorragia vaginal	1245	Agresión	311		
Heridas	1222	Cuerpo extraño	296		
		Diabetes	276		

Se observa con respecto a años anteriores una distribución similar en la utilización de los diagramas del Manchester. Según el nivel de prioridad asignado los cinco motivos de consulta más frecuentes han sido los siguientes:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
1º	Adulto con mal estado general	Adulto con mal estado general	Adulto con mal estado general	Problemas en extremidades	Problemas en extremidades
2º	Disnea	Disnea	Dolor abdominal	Caídas	Problemas oculares
3º	Politraumatismo	Dolor torácico	Problemas urinarios	Dolor abdominal	Dolor de espalda
4º	Diabetes	Niño con mal estado general	Disnea	Embarazo	Infecciones locales y abscesos
5º	Dolor torácico	Dolor abdominal	Dolor torácico	Adulto con mal estado general	Adulto con mal estado general

Sin embargo no se observa respecto a años anteriores una mejora en la utilización de los distintos discriminadores del programa, sobre utilizando problema reciente y dolor. Los 50 discriminadores más empleados por enfermería en el proceso de triaje han sido:

# memoria de actividad 2016

Discriminadores	2016
Problema reciente	18272
Dolor	14593
Lesión reciente	4511
Dolor moderado	4196
Tumefacción	1807
Instauración rápida	1781
Infección respiratoria	1482
Pulso anormal	975
Saturación de oxígeno baja	882
Nivel de consciencia alterado	824
Historia inapropiada	800
Vómitos	783
Saturación de oxígeno muy baja	772
Acalorado (templado)	753
Ojo rojo	719
Dolor cardíaco	675

Dolor intenso	668
Dolor pleurítico	650
Niño caliente	632
Disuria	598
Vómito persistente	588
Historia de inconsciencia	564
Menstruación anormal	561
Herida reciente	533
Dolor espasmódico	490
Dolor / picor	488
Adulto caliente	427
No se alimenta	336
Inflamación local	297
Pérdida de función focal o progresiva	292
Hematuria franca	269
Vértigos	267
Comportamiento atípico	259

Heces negras o color grosella	257
Deformidad	254
Flujo espiratorio máximo bajo	248
Hemorragia menor incontrolable	229
Retención urinaria	223
Signos ó síntomas neurológicos recientes	203
Historia significativa de asma	175
Deformidad grosera	167
Respiración sibilante o sibilancias	149
Incapacidad de decir frases	140
Signos de dolor moderado	126
Herida contaminada	118
Historia de incidente significativo	111
Pérdida aguda de audición	110
Hiper glucemia	105
Cefalea	103

Respecto a las alertas incorporadas este año 2016 de los códigos del Servicio, el personal de enfermería de la Consulta de Clasificación identificó los siguientes pacientes:

Alertas	2016				
	Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul
ICTUS	0	100	12	0	0
DOLOR TORÁCICO CARDIACO	0	259	0	0	0
SEPSIS	1	237	85	19	1

## Salas de destino de los pacientes

Comparando con el año anterior, persiste el equilibrio en los porcentajes de pacientes en cada puesto de trabajo, por lo que se ha mantenido la organización para el buen aprovechamiento de los recursos físicos y humanos disponibles en nuestro Servicio (Ilustraciones 35-36).

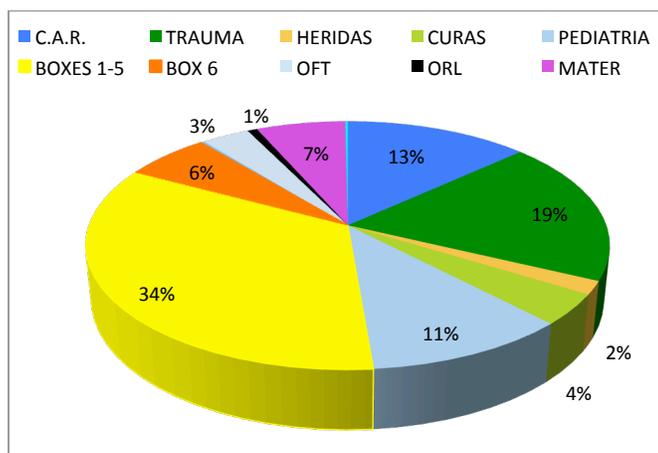


Ilustración 35. Destinos 2016

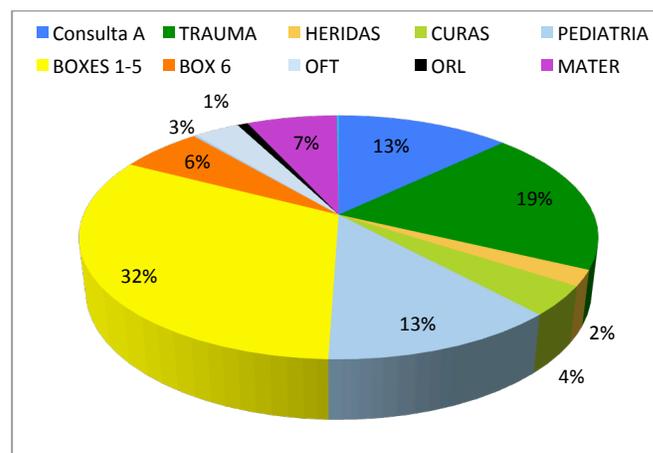


Ilustración 36. Destinos 2015

Si relacionamos el nivel de urgencia clasificado y el turno de trabajo, comprobamos que en el turno de tarde a pesar de estar cerradas las consultas de oftalmología y O.R.L., se clasifican menos pacientes a la Consulta de Alta Rápida (14% frente a 17%) y más a los boxes de Trauma (22% frente a 17%).

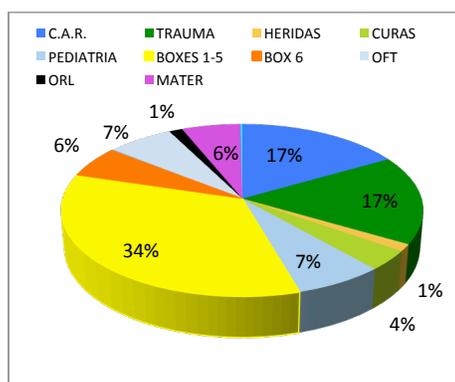


Ilustración 37. Destinos 8-15h

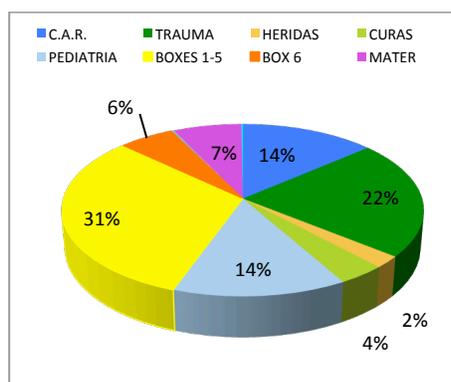


Ilustración 38. Destinos 15-22h

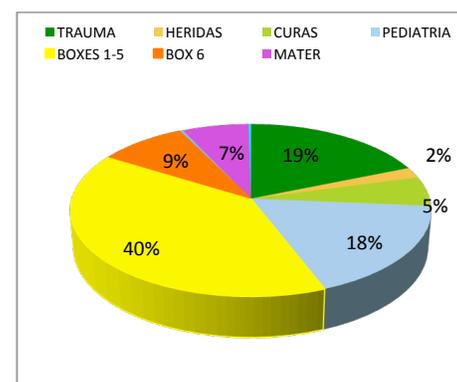


Ilustración 39. Destinos 22-8h

Se mantienen cifras preocupantes de atención a la población pediátrica en horario vespertino y nocturno (14% y 18% respectivamente frente a 7%), dato que indica la poca confianza del usuario en la atención a los niños en los Puntos de Atención Continuada. También es destacable con el cierre de la Consulta A el incremento nocturno de pacientes a boxes (40% nocturnos frente a 31% vespertinos) y el aumento de pacientes graves atendidos (9% de pacientes de Nivel 2 en horario nocturno).

Destaca el análisis realizado de la edad de los pacientes destinados al box de Trauma de Urgencias, ya que acuden 10427 pacientes adultos (77.60% del total) y 3009 niños (22.40%). Se observa en la distribución mensual como se incrementa la demanda asistencial de adultos en los meses de junio a septiembre, mientras que en la población pediátrica el incremento se adelanta a los meses de primavera de abril y mayo (Ilustración 40).

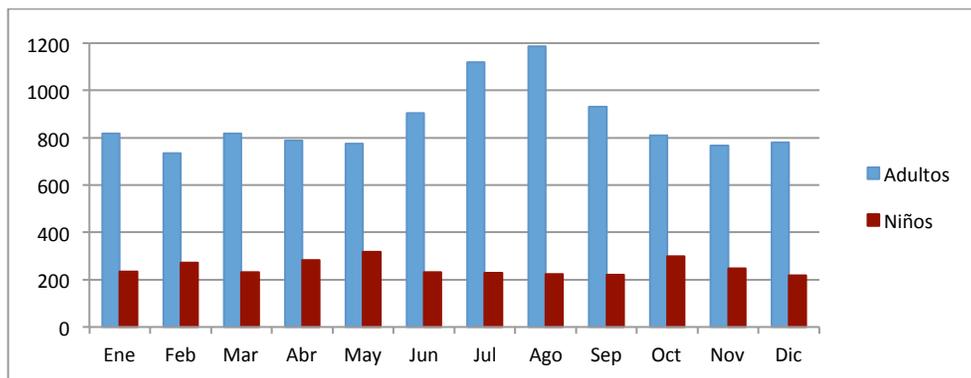


Ilustración 40. Número de pacientes destinados a Trauma según edad

## Estancia de los pacientes

El porcentaje de pacientes atendidos en tiempo durante el año 2016 se sitúa en el 96.91% (95.45% por las mañanas, 95.39% durante las tardes y 97.37% por las noches). Esto supone un aumento de más de un punto porcentual respecto a 2015, gracias al buen trabajo del personal y a los cambios organizativos planteados.

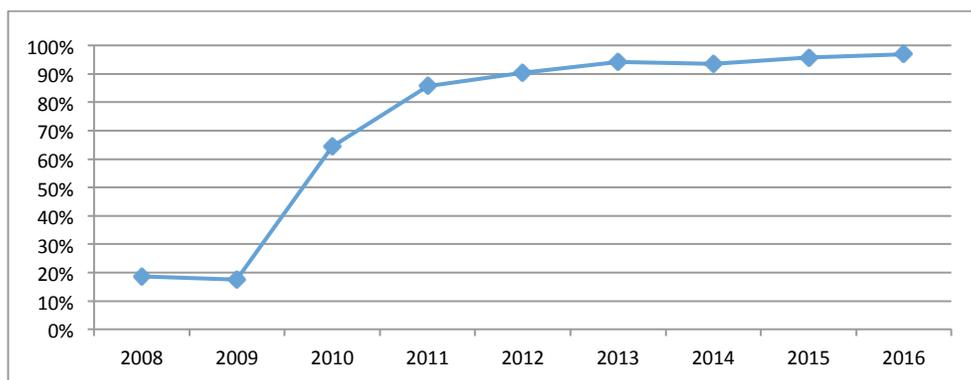


Ilustración 41. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo

El 60.02% de todos nuestros pacientes son atendidos en menos de 30 minutos y el 85.83% en menos de 60 minutos. Si atendemos a la prioridad clasificada para cada urgencia y al porcentaje de atención médica en tiempo observamos el buen nivel del Servicio, que ha conseguido este año alcanzar el objetivo propuesto de atender en tiempo a más del 90% de los pacientes de nivel 3 (Ilustración 42), gracias a la inclusión del médico de la Sala de Terapia Rápida de camas, que libera la presión de los boxes:

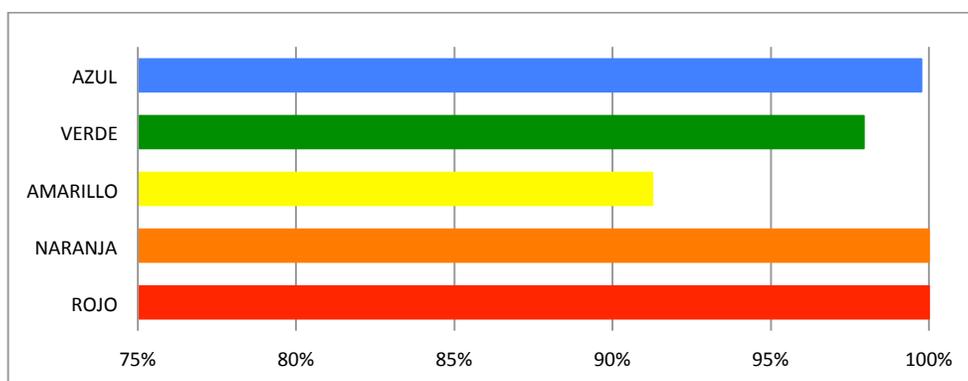


Ilustración 42. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo según prioridad

Si estudiamos los pacientes de nivel 3 atendidos en Urgencias en menos de una hora respecto del total de ese nivel, observamos como en 2016 fueron 12856 respecto a los 14087 pacientes de nivel 3. La evolución temporal de los últimos años se refleja en la Ilustración 43:

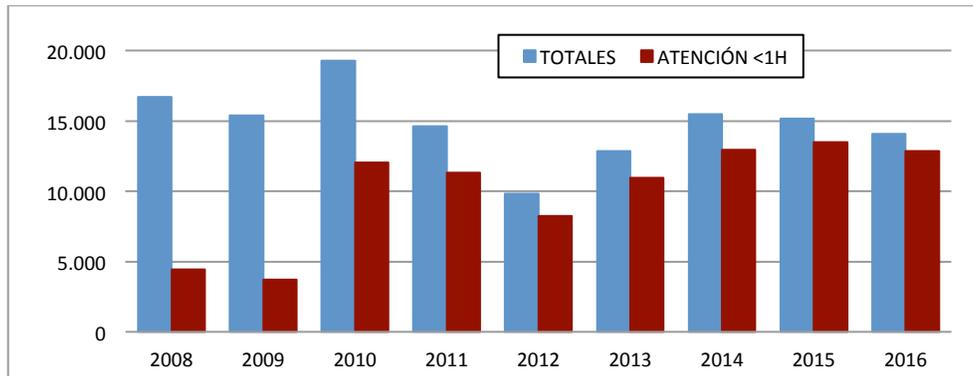


Ilustración 43. Número de pacientes de Nivel 3 y con atención en <1 hora

El tiempo medio de permanencia en el Servicio de Urgencias es de 157.5 minutos (135 minutos los pacientes no observados), apreciando una significativa mejora de más de 15 minutos respecto a 2015 y consiguiendo una vez más el objetivo del Servicio de estancias menores a tres horas (Ilustración 44).

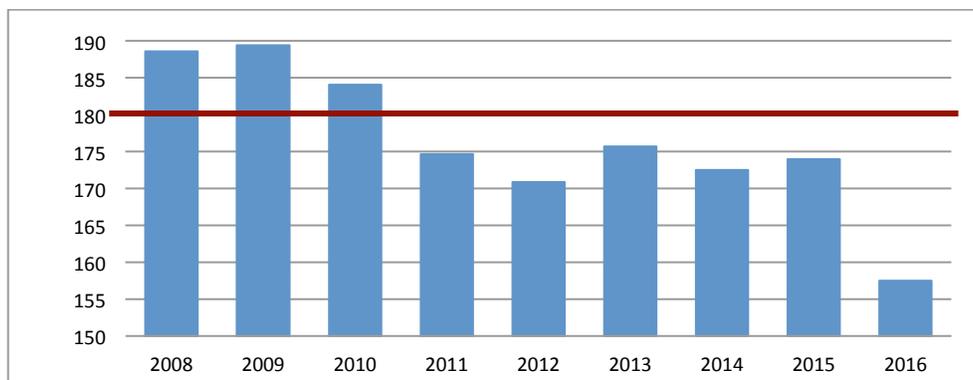


Ilustración 44. Tiempo medio de permanencia en minutos

El porcentaje de pacientes con estancias mayores de 2 horas se sitúa en el 49.83 %, de 4 horas en el 17.65% y de 6 horas en el 6.79%. Al relacionar el tiempo de permanencia en 2016 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 45).

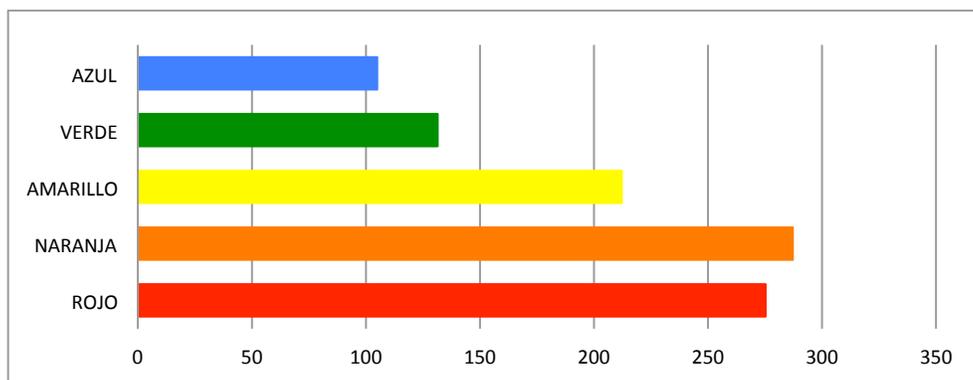


Ilustración 45. Tiempo medio de permanencia en minutos según prioridad de urgencia

# memoria de actividad 2016

Si atendemos al tiempo medio de permanencia según el horario en el que acuden los pacientes a Urgencias, comprobamos que el turno de menor tiempo de estancia es el vespertino y el mayor el matutino (Ilustración 46). Tras la incorporación este año del refuerzo de guardia durante los meses de julio y agosto, y el mantenimiento del puesto médico R para agilizar las altas de la Sala de Camas, se comprueba como el tiempo de estancia nocturno ha disminuido en 2016.

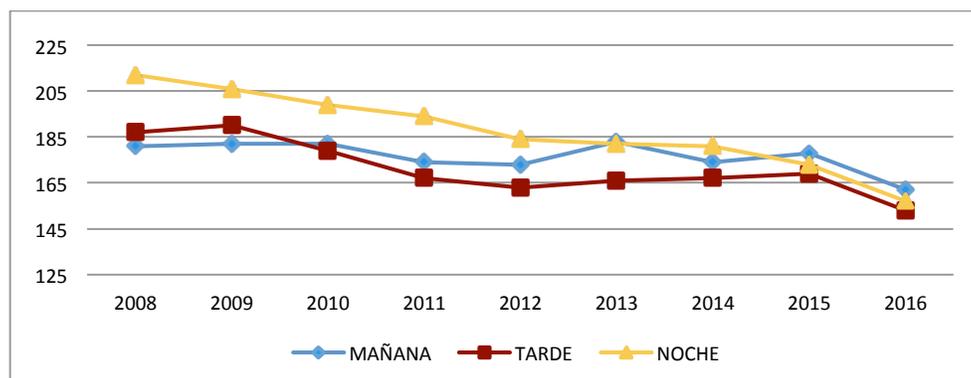


Ilustración 46. Tiempo medio de permanencia en minutos según turno

En lo referente a la utilización de la Sala de Terapia Rápida comprobamos que en 2016 la han usado 11606 pacientes, lo que representa el 16.20% de las urgencias (Ilustración 47). En términos diarios supone una ocupación de 11 pacientes en cada una de las dos salas de adultos y 3 niños en la pediátrica. Debemos tener en cuenta que esta cifra está sesgada por los olvidos del personal a la hora de ubicar a los pacientes (al menos 6 pacientes diarios), que dificultan estimar correctamente el trabajo realizado y los recursos humanos o estructurales necesarios para mantener una asistencia de calidad.

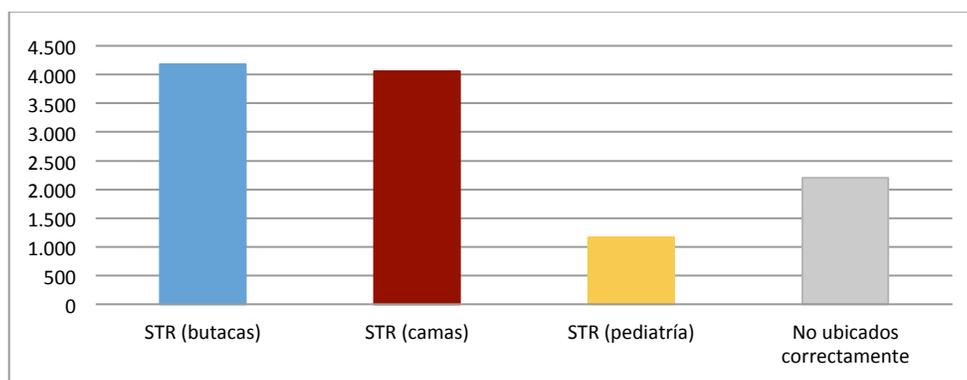


Ilustración 47. Ocupación anual de las salas de terapia rápida

El índice de ocupación de estas salas de terapia rápida varía en función de la época del año (Ilustración 48), comprobando como en la sala pediátrica aumenta en los meses de diciembre a marzo (110-140 pacientes mensuales), en butacas alcanza cifras de más de 375-425 pacientes mensuales en el segundo semestre del año y en camas se alcanzan picos de ocupación de 370-410 pacientes coincidiendo con los meses de mayor presión asistencial (marzo, julio, agosto).

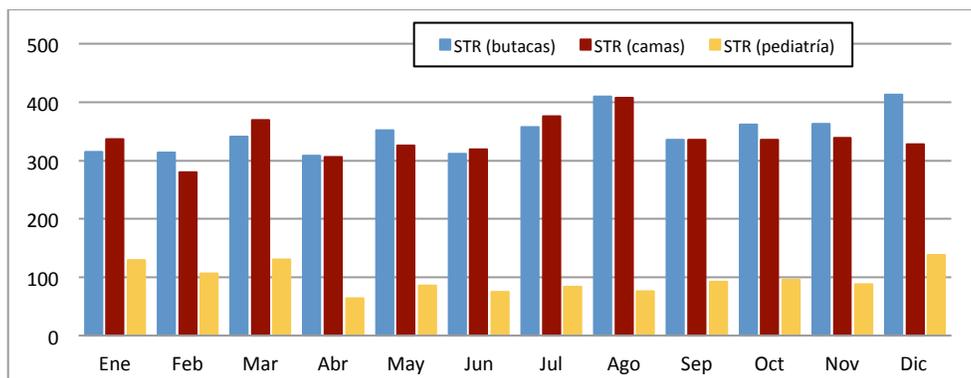


Ilustración 48. Ocupación mensual de las salas de terapia rápida

Si atendemos a la solicitud de pruebas complementarias de laboratorio en estos últimos seis años observamos un incremento en la petición de las mismas (envases), congruente con el aumento del número de pacientes (Ilustración 49):

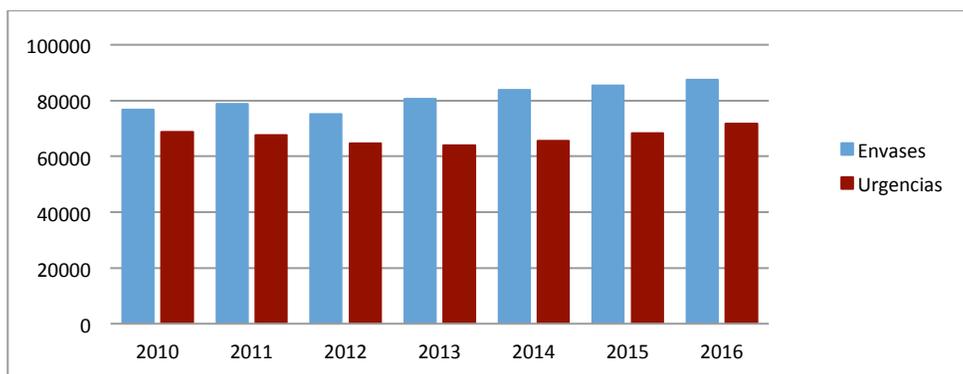


Ilustración 49. Pruebas de laboratorio solicitadas en 2010-2016

Analizando los tipos de pruebas de laboratorio solicitadas en 2016, observamos como siguen aumentando las dos principales (Ilustración 50).

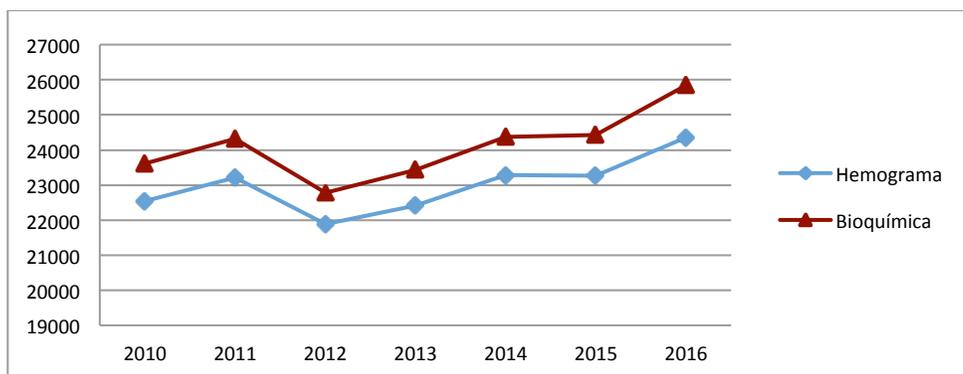


Ilustración 50. Pruebas de laboratorio principales solicitadas en 2010-2016

Respecto a las pruebas secundarias solicitadas en 2016 sigue reduciéndose la tendencia positiva de los últimos años en la solicitud de hemostasias, prueba de escaso rendimiento diagnóstico, gracias a la labor de información realizada a los profesionales; pero sin embargo sigue incrementándose el análisis de anormales y sedimento (Ilustración 51):

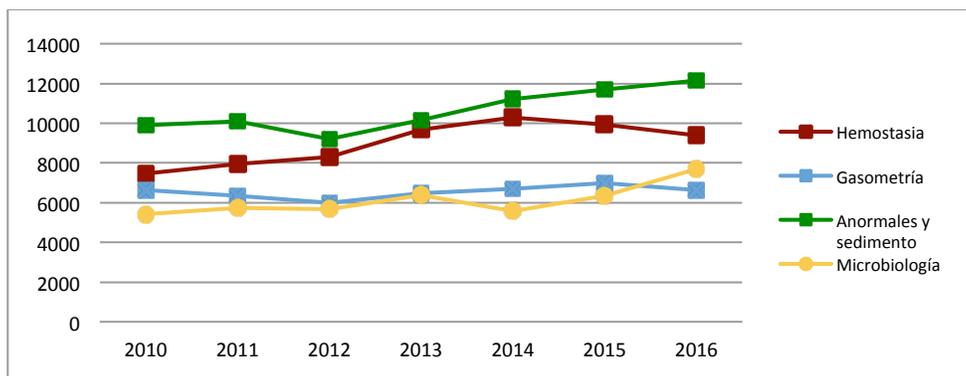


Ilustración 51. Pruebas de laboratorio secundarias solicitadas en 2010-2016

Respecto a las peticiones urgentes al Servicio de Radiodiagnóstico, observamos un ligero repunte en el último año (Ilustración 52). Sigue pendiente el desarrollo de la petición electrónica de pruebas radiológicas, dentro del proyecto actual.

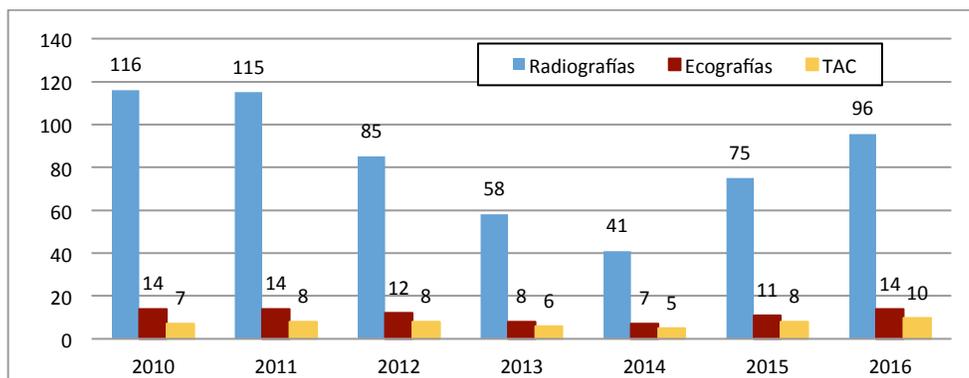


Ilustración 52. Pruebas de laboratorio secundarias solicitadas en 2010-2016

## Ingresos en la sala de Observación

El porcentaje de pacientes ingresados en Observación se sitúa en el 13.84%, es decir, 9917 pacientes durante 2016 (Ilustración 53), cifra ligeramente inferior a la de 2015. En el año 2016 los niños ingresados en el área de Observación pediátrica han sido 759 (694 en 2015).

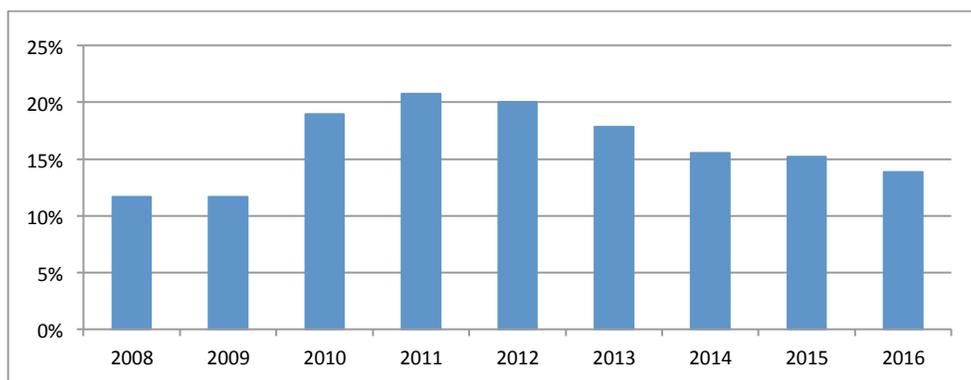


Ilustración 53. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación

En términos absolutos diarios apreciamos que en la sala de Observación ingresan 27 pacientes al día, lo que supone mantener la cifra estable de los últimos años tras la creación de la Sala de Terapia Rápida de camas (Ilustración 54). Sin embargo, se requieren mejoras estructurales para ampliar el número de camas de esta sala, dados los picos asistenciales que se producen, así como el espacio físico entre camas y la monitorización.

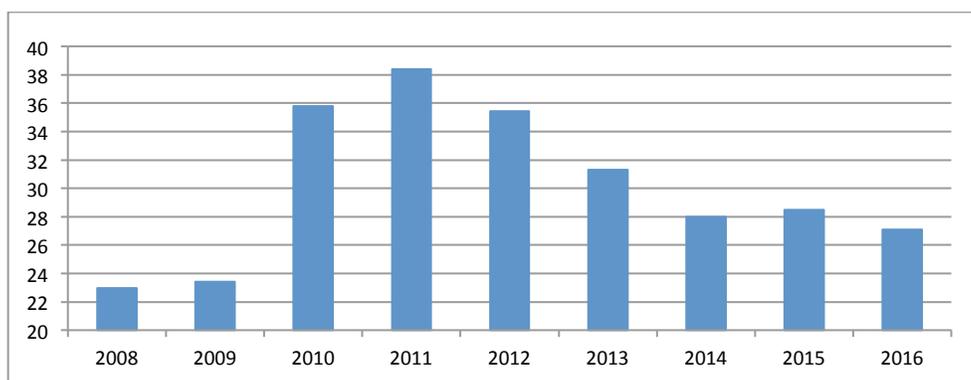


Ilustración 54. Media de pacientes diarios ingresados en Observación

Según el horario de asistencia observamos:

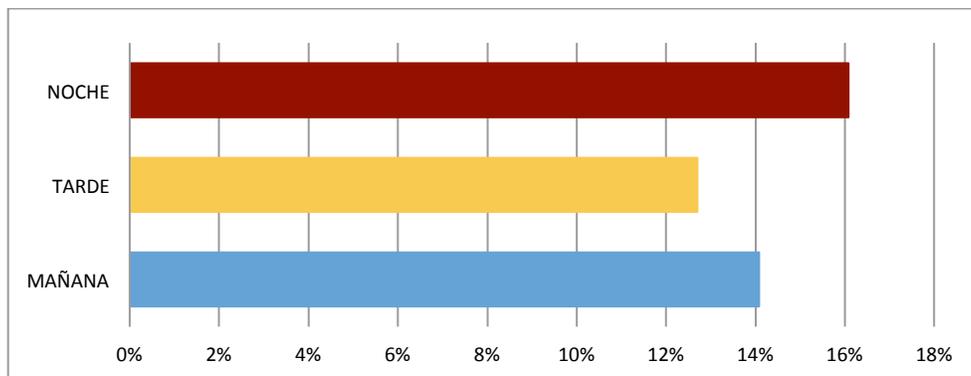


Ilustración 55. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación según turno

También se refleja la tendencia mensual de ocupación, donde destaca la elevada ocupación durante el primer trimestre del año, coincidiendo con la epidemia de patología respiratoria; y en los meses de agosto y septiembre (Ilustración 56).

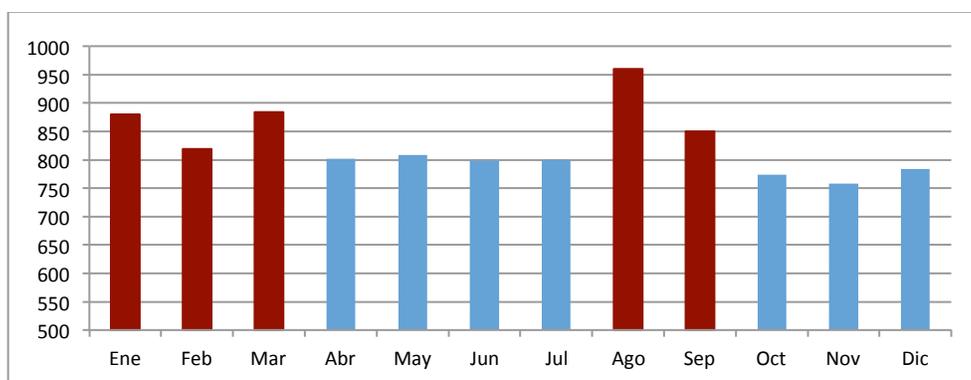


Ilustración 56. Número de pacientes ingresados en Observación en 2016

Por grupos de edad encontramos gran que son sobre todo los pacientes mayores de 65 años aquellos que precisan mayores cuidados e ingresos en esta sala (Ilustración 57).

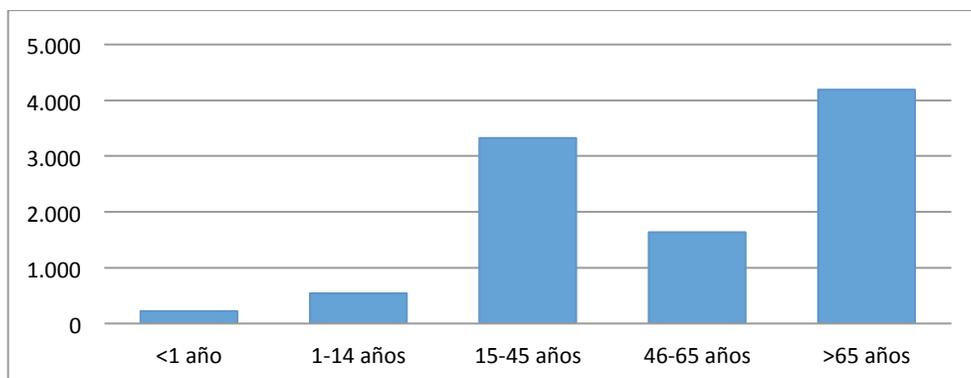


Ilustración 57. Número de pacientes ingresados en Observación por grupos de edad

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 66.45% del total de pacientes de nivel 2).

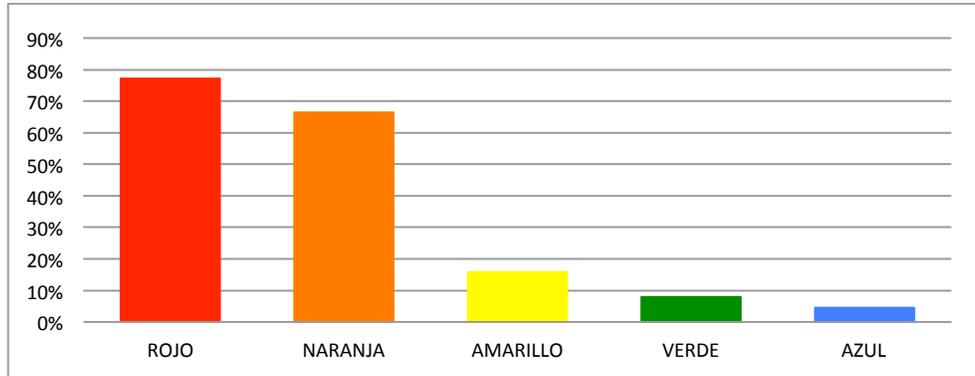


Ilustración 58. Porcentaje de pacientes por nivel de urgencia que ingresan en Observación

El tiempo de estancia en la sala de Observación se sitúa en 298 minutos en 2016, lo que mantiene la media de 300 minutos de los últimos años (Ilustración 59).

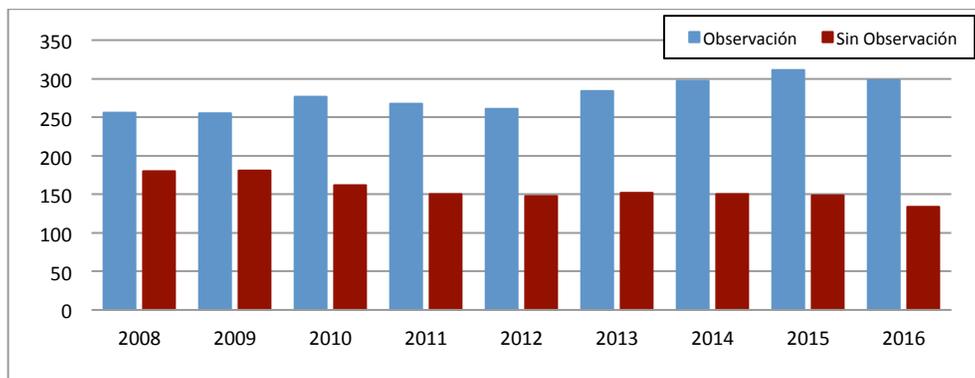


Ilustración 59. Tiempo de estancia en Observación y en pacientes no observados

El ingreso de esos pacientes es del 39.47%, lo que mantiene la tendencia creciente, justificando este hecho la necesidad de potenciación de otras unidades vinculadas al Servicio de Urgencias, tales como la UHD y la Unidad de Corta Estancia (Ilustración 60).

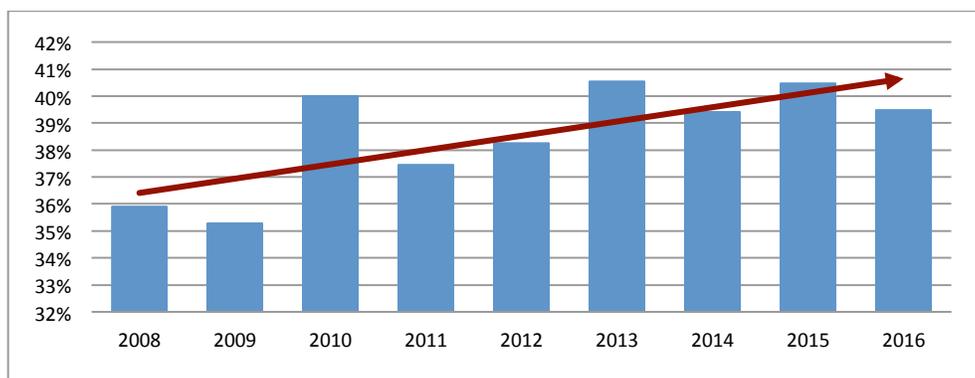


Ilustración 60. Porcentaje de pacientes de Observación que precisan ingreso

## Informes de alta

El porcentaje de codificación de los informes de alta en 2016 ha sido del 99.69%, dato que mantiene su tendencia positiva tras el desarrollo del nuevo sistema de trabajo (Ilustración 61).

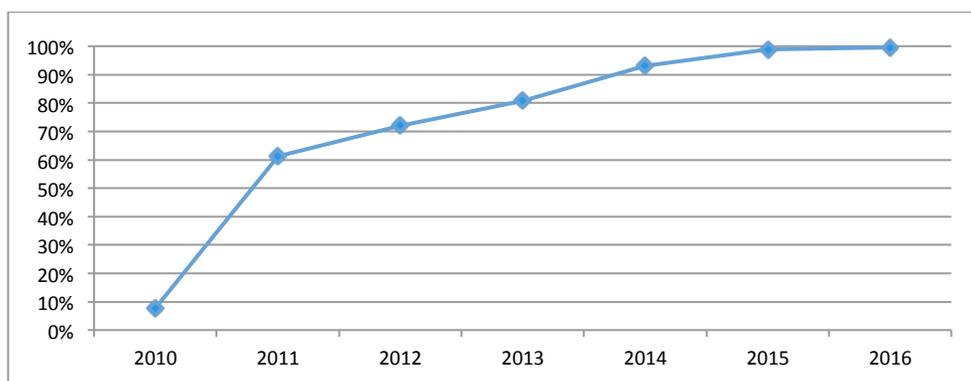


Ilustración 61. Porcentaje de diagnósticos codificados

Este año la prescripción electrónica en Urgencias se sitúa en el 46.32%, manteniendo la tendencia positiva desde su implantación en mayo de 2012 y alcanzando el objetivo inicial propuesto (Ilustración 62).

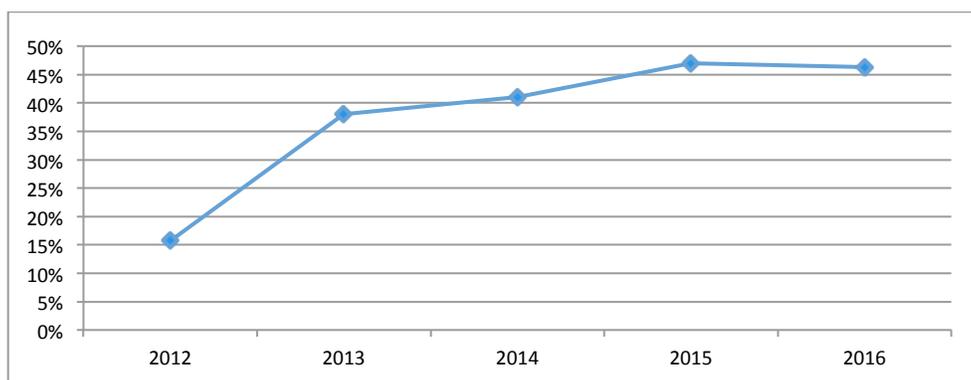


Ilustración 62. Porcentaje de recetas electrónicas desde 2012

La tasa de retorno a las 72 horas se sitúa en 2016 en el 5,16% (Ilustración 63), que aunque mantiene la tendencia decreciente sigue siendo necesario adoptar medidas correctoras integrales para alcanzar el objetivo propuesto por nuestro Servicio de tasas inferiores al 4%.

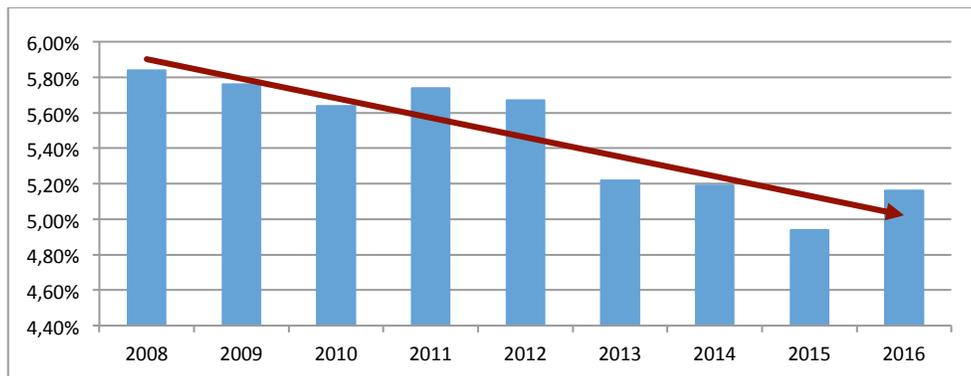


Ilustración 63. Tasa de retorno de pacientes en menos de 72h

Si atendemos a los grupos de edad comprobamos como influye la elevada tasa de retorno a las 72 horas en los pacientes pediátricos, con un 6,10% en total (Ilustración 64).

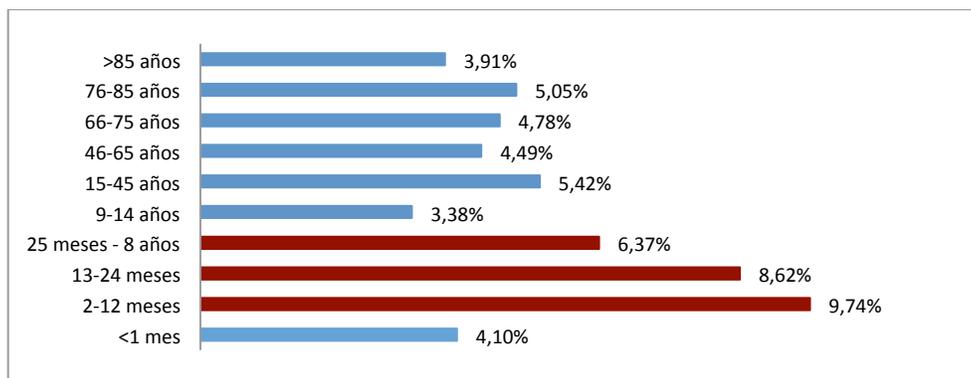


Ilustración 64. Tasa de retorno a las 72 horas por grupos de edad

Valorando la tasa de retornos según el turno de trabajo comprobamos como son los pacientes nocturnos aquellos con más posibilidades de revisita (Ilustración 65).

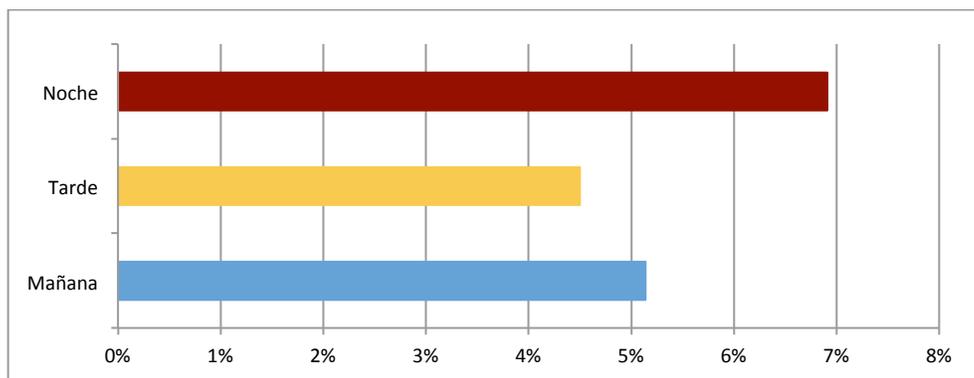


Ilustración 65. Tasa de retorno a las 72 horas por grupos de edad

Observamos como la prioridad establecida en la primera visita a Urgencias también favorece el retorno del paciente, siendo más probable en urgencias de nivel 2 y 3 (Ilustración 66).

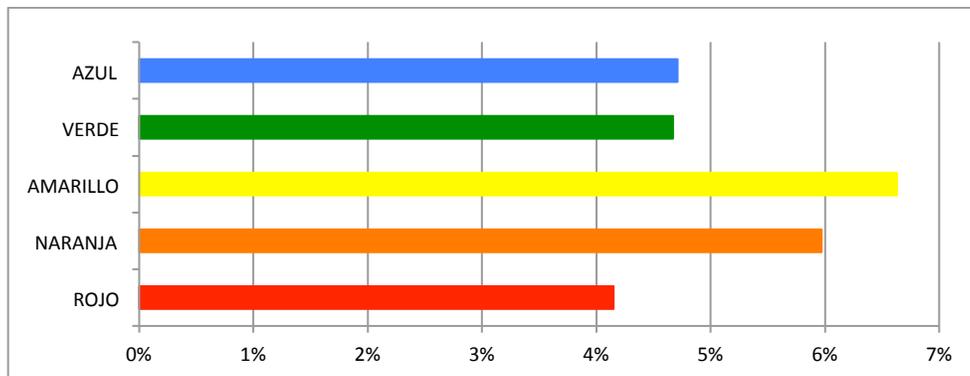


Ilustración 66. Tiempo medio de permanencia en minutos según prioridad de urgencia

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2016, comprobamos como éste influye claramente en la tasa de retorno (Ilustración 67).

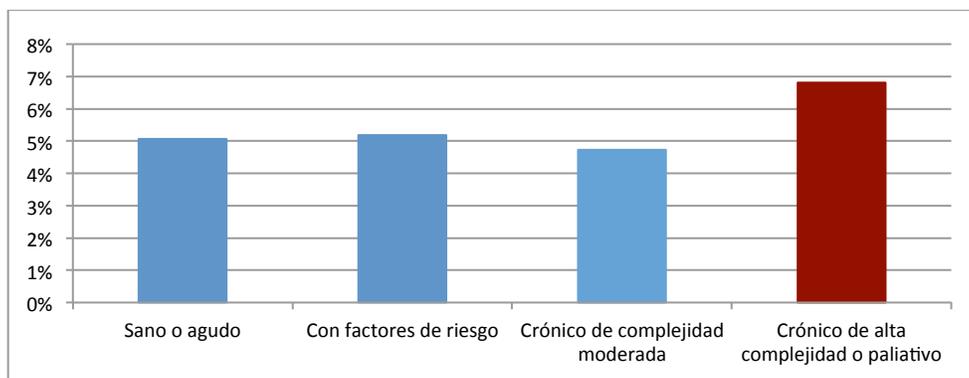


Ilustración 67. Tasa de retorno según el nivel de cronicidad de los pacientes

El retorno de pacientes desde Observación a las 48 horas se sitúa en el 0.76%, cifra similar a los dos últimos años (Ilustración 68), que pone en valor el trabajo realizado por nuestros facultativos.

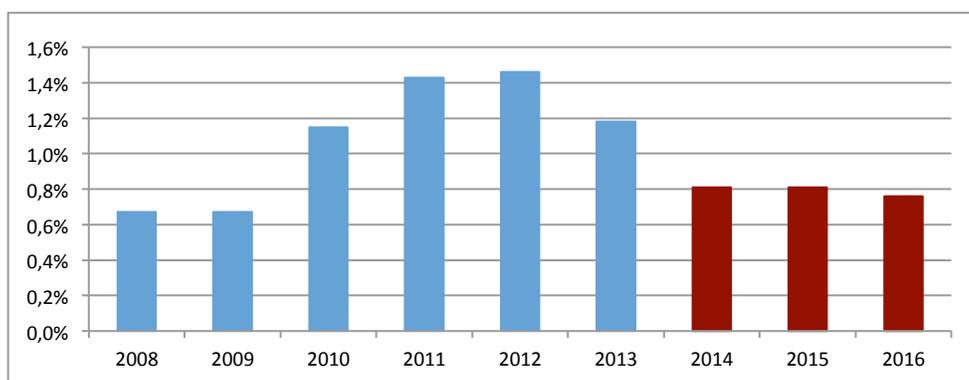


Ilustración 68. Tasa de retorno de pacientes desde Observación a las 48 horas

# memoria de actividad 2016

Si La evolución de los destinos al alta en estos cinco últimos años (Ilustraciones 69 y 70), refleja la mejora en la resolución de los procesos asistenciales, aumentando el destino de alta a domicilio y reduciéndose la derivación al médico de cabecera.

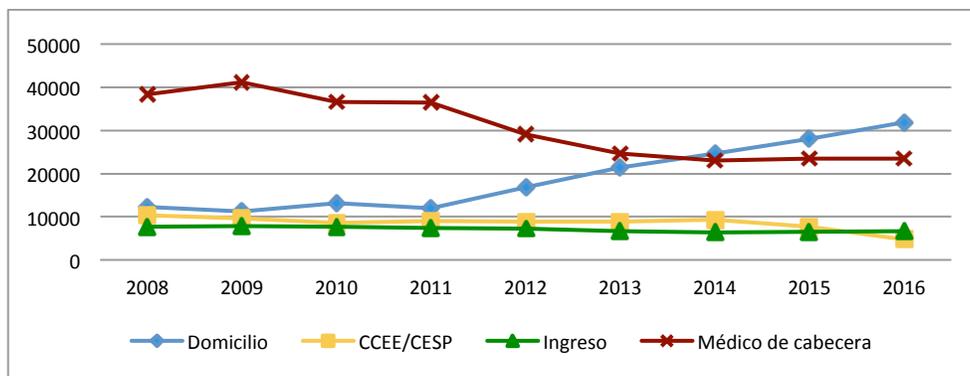


Ilustración 69. Destinos frecuentes de alta (número de pacientes)

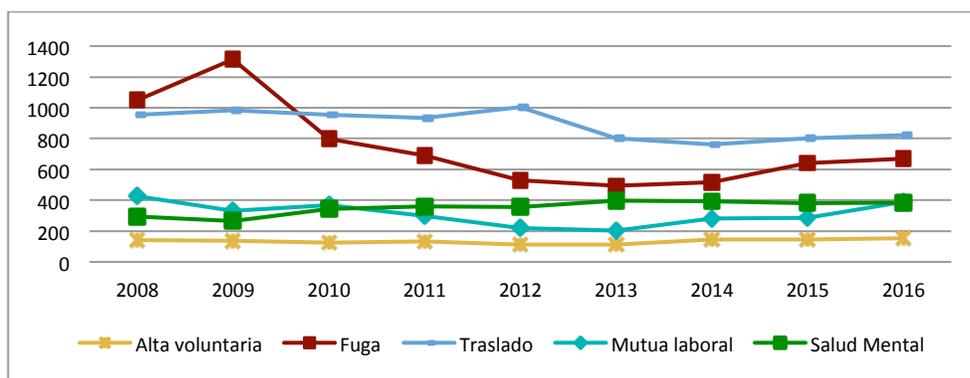


Ilustración 70. Destinos poco frecuentes de alta (número de pacientes)

El porcentaje de pacientes fugados se situó en el 0.93%, lo que mantiene la tendencia negativa de los últimos años (Ilustración 71). Destacar los meses de verano por la mayor afluencia (1.09% en julio, 1.44% en agosto) además del mes de marzo por su pico asistencial (1.37%).

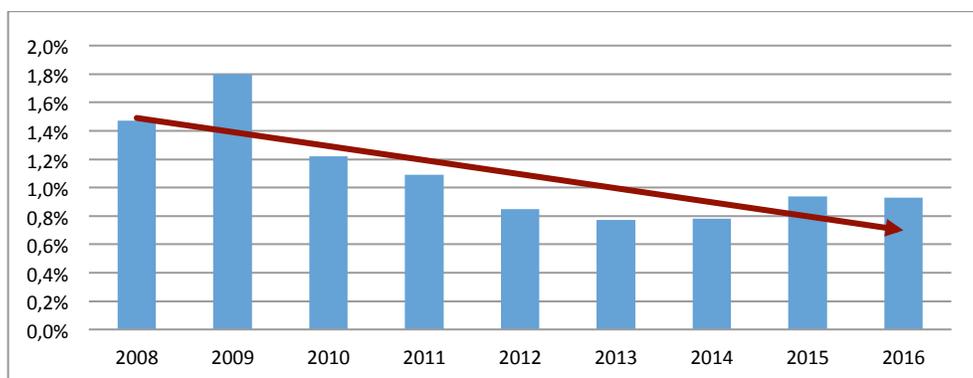


Ilustración 71. Porcentaje de pacientes fugados

La tasa de mortalidad del Servicio se sitúa en el 0.75%, cifra estabilizada si observamos el patrón evolutivo desde 2008 (Ilustración 72).

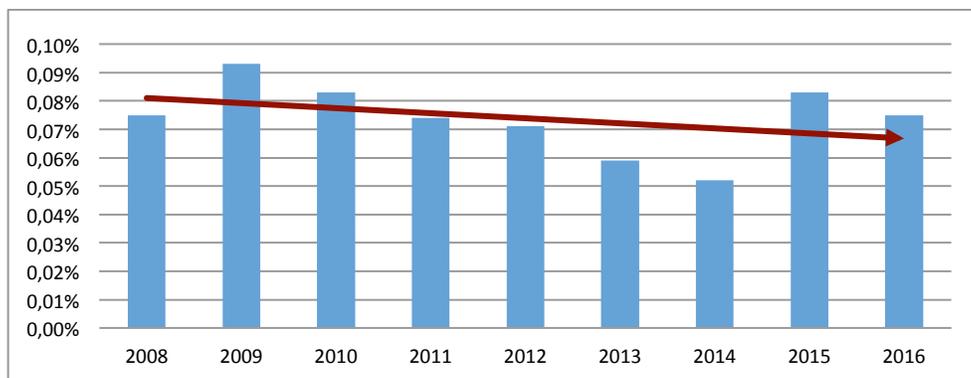


Ilustración 72. Mortalidad en el Servicio de Urgencias

Se han producido un total de 805 traslados desde Urgencias Generales y de Maternidad de pacientes a otros centros, lo que supone el 1.2% de todos los pacientes atendidos.

## Ingresos

El porcentaje de urgencias generales ingresadas en 2016 se sitúa en el 9.32%, lo que mantiene la tendencia a la baja de los últimos años (Ilustración 73). Sin embargo, es destacable la tasa de ingresos en pacientes mayores de 65 años que se sitúa en el 60,40% en 2016 (Ilustración 74), haciendo necesarias medidas de gestión rápidas y eficaces. El porcentaje de ingresos pediátricos respecto de los niños atendidos es del 0.63%, es decir 419 niños anuales y 1.14 diarios.

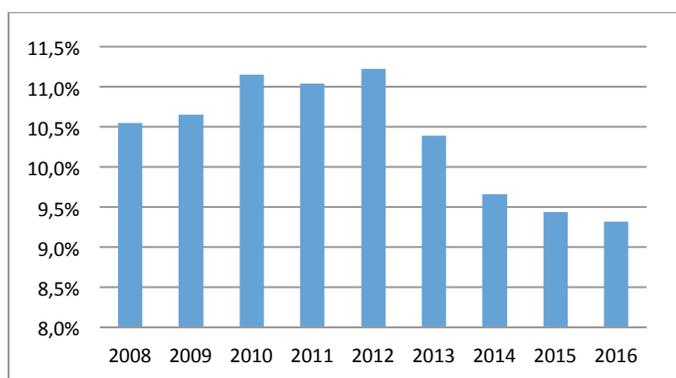


Ilustración 73. Ingresos por año

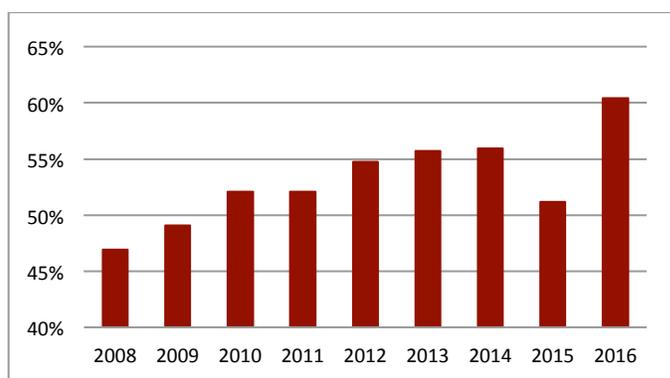


Ilustración 74. Ingresos >65 años por año

Si valoramos el número de ingresos por número de pacientes (6679 en 2016), comprobamos como se mantiene estable a pesar del aumento en la demanda de los últimos dos años, con una media de 18 ingresos totales diarios.

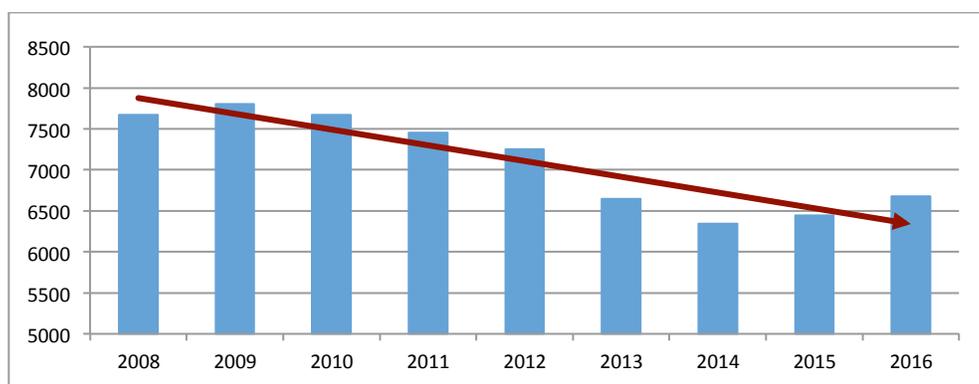


Ilustración 75. Número absoluto de ingresos anuales

La evolución mensual de la tasa de ingresos en el Servicio de Urgencias Generales queda reflejada en las Ilustraciones 76 y 77, manteniéndose similar a años anteriores, con aumento de los mismos en época invernal.

# memoria de actividad 2016

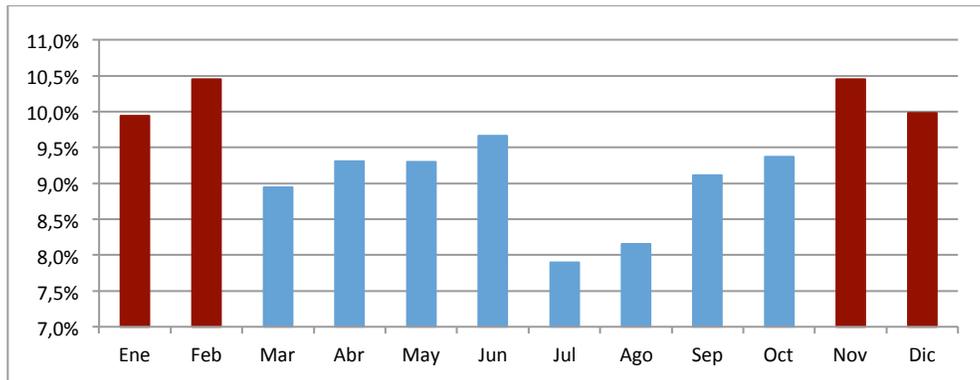


Ilustración 76. Ingresos por mes en 2016

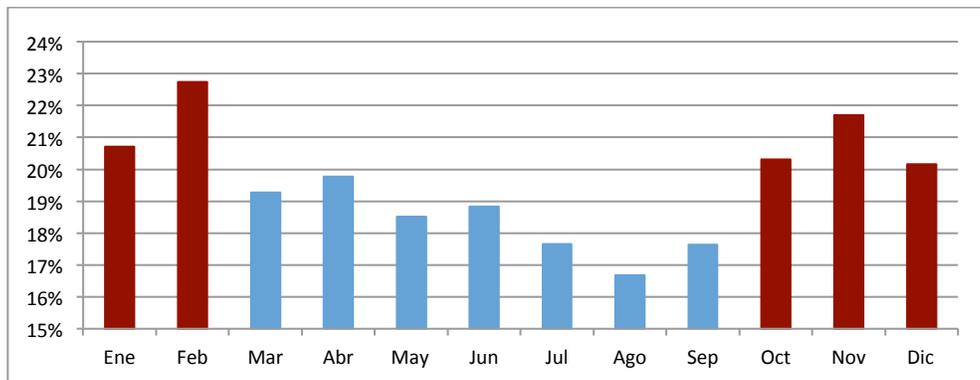


Ilustración 77. Ingresos >65 años por mes en 2016

Si analizamos los ingresos de cada tramo horario respecto del total de pacientes asistidos en él, observamos como en horario matutino se ingresaron el 9.65% de los pacientes, en el vespertino el 8.11% y en el nocturno el 11.50%. La distribución mensual de los ingresos queda reflejada en la Ilustración 78, destacando el aumento en el porcentaje del tramo nocturno durante los meses de invierno y en abril.

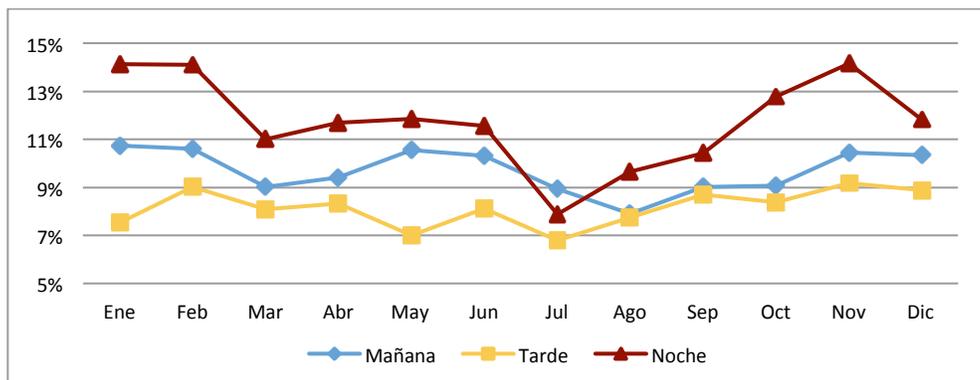


Ilustración 78. Porcentaje de ingresos en cada horario respecto del total de pacientes asistidos

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2016, comprobamos como éste influye claramente en la decisión de ingreso (Ilustración 79).

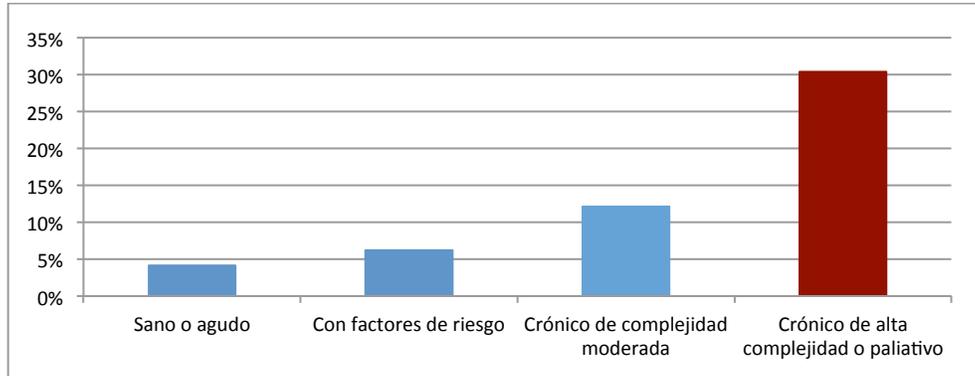


Ilustración 79. Porcentaje de ingresos según el nivel de cronicidad de los pacientes

Si relacionamos el porcentaje de ingresos anuales en 2016 y a la prioridad de la urgencia comprobamos:

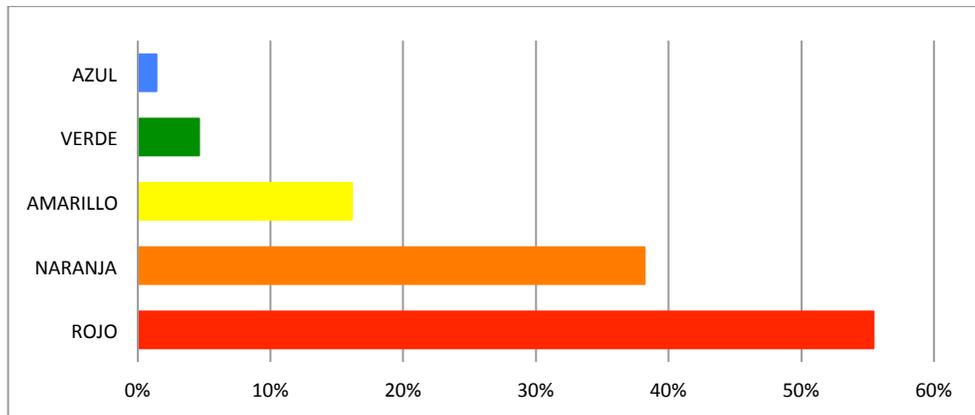


Ilustración 80. Porcentaje de ingresos según prioridad de la urgencia

Comprobamos también cómo los ingresos en la Unidad de Medicina Intensiva en los últimos 5 años permanecen estables (Ilustración 81), produciéndose el ingreso de 270 pacientes en 2016 (0.74 pacientes diarios).

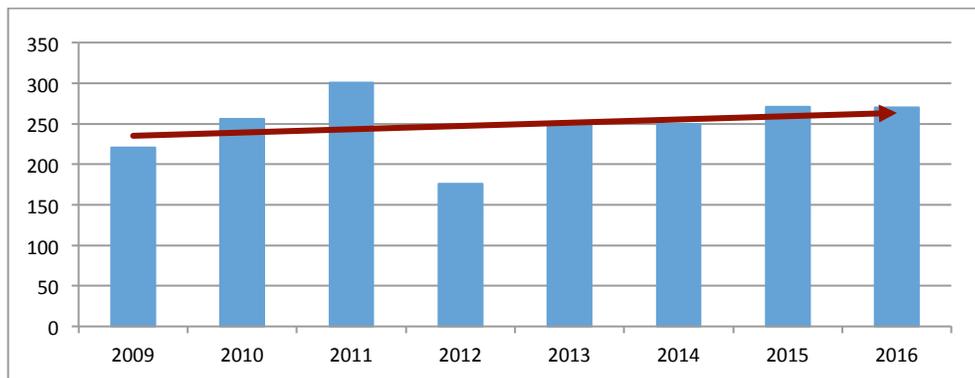


Ilustración 81. Ingresos anuales en la Unidad de Medicina Intensiva

Si analizamos el número de pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias Generales en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (0.82% de todos los ingresos) y en la Unidad de Corta Estancia de Segorbe (1.21% de todos los ingresos), comprobamos como la tendencia de los últimos años no es lo suficientemente positiva, siendo escasa la derivación a estas unidades (Ilustraciones 82-84).

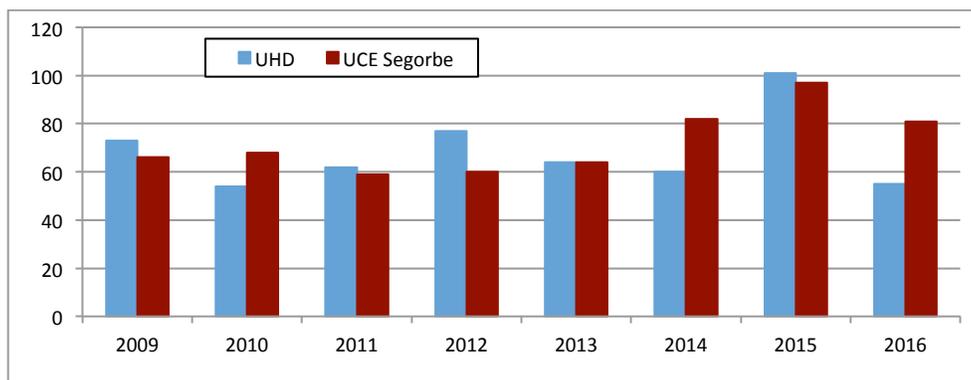


Ilustración 82. Número de pacientes destinados al alta a UHD-UCE Segorbe

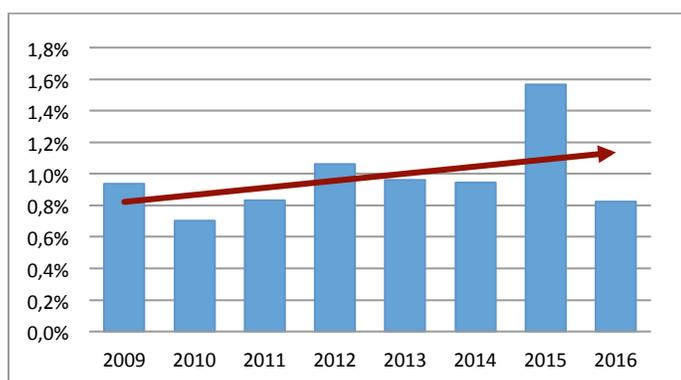


Ilustración 83. Porcentaje de ingresos en UHD respecto al total

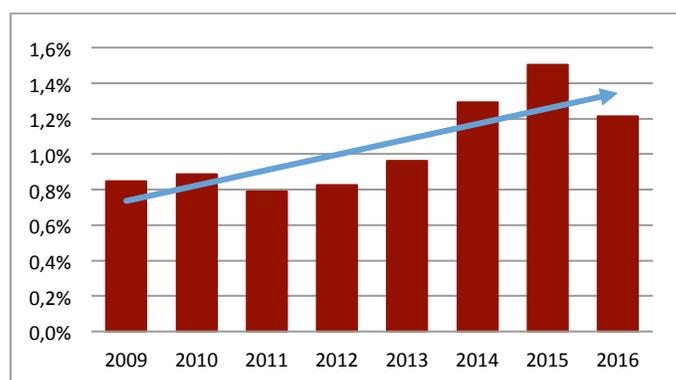


Ilustración 84. Porcentaje de ingresos en UCE Segorbe respecto al total

## Consumos

El consumo del Servicio de Urgencias en 2016 queda reflejado en la siguiente gráfica:

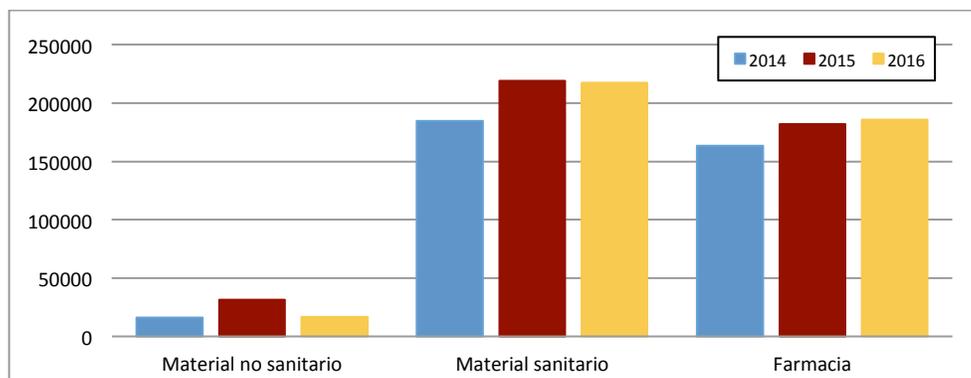


Ilustración 85. Consumos años 2014-2016 del Servicio de Urgencias

Respecto al material sanitario y no sanitario los 10 ítems más consumidos y los que han generado más gasto se reflejan en la siguiente tabla:

	MATERIAL NO SANITARIO	CANTIDAD
1º	Hojas de etiquetas laboratorio	53000
2º	Etiquetas A4 2x11	52016
3º	Vasos plástico	11000
4º	Hoja de enfermería	9500
5º	Esponja jabonosa	7008
6º	Etiqueta patología 25x12	5001
7º	Sobre 115x225 mm	5000
8º	Cucharas plástico	3800
9º	Hoja petición ambulancia	2578
10º	Tarjeta SIP Fargo	2000

	MATERIAL NO SANITARIO	IMPORTE
1º	Hojas de etiquetas laboratorio	2455,75
2º	Etiquetas A4 2x11	2657,28
3º	Bolsa blanca 52x60	1503,53
4º	Hoja petición Rx	1182,14
5º	Papel DIN A4 (500 hojas)	958,40
6º	Toner negro	925,04
7º	Bobina secamanos	728,32
8º	Papel ECG MAC1200	650,98
9º	Hoja petición ambulancia	486,99
10º	Lejía	449,54

	MATERIAL SANITARIO	CANTIDAD
1º	Guante vinilo elastificado M	133400
2º	Guante vinilo elastificado L	93600
3º	Electrodo clip-foam	77050
4º	Guante vinilo elastificado S	75500
5º	Pulsera identificativa adultos	68750
6º	Guante nitrilo examen M	51000
7º	Guante nitrilo examen S	39700
8º	Tejido 20x20 estéril	33290
9º	Jeringa estéril 5cc	29900
10º	Guante nitrilo examen L	28400

	MATERIAL SANITARIO	IMPORTE
1º	Hemocultivos aeróbicos	10866,59
2º	Hemocultivos anaeróbicos	10797,98
3º	Sistema fijación vías periféricas	10115,82
4º	Pulsera identificativa adultos	8929,50
5º	Catéteres periféricos iv 20G	7028,04
6º	Conector microclave	6653,06
7º	Catéteres periféricos iv 18G	5865,63
8º	Set de CPAP mediana	5214,31
9º	Sistema infusión autopurgable	5060,83
10º	Llave 3 vías giratoria	4877,12

# memoria de actividad 2016

Durante el año 2016 el gasto por consumo de fármacos ha supuesto un desembolso de 185.843€. La evolución de este gasto queda reflejada en la siguiente gráfica.

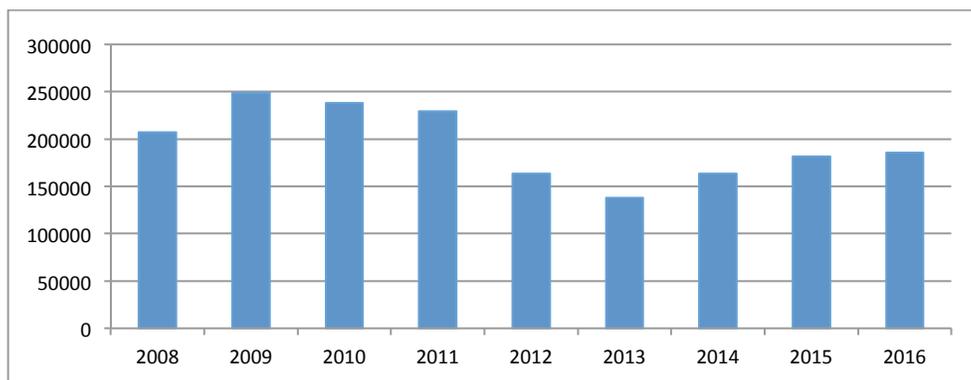


Ilustración 86. Gasto farmacéutico intrahospitalario

Los 20 fármacos más consumidos en el Servicio de Urgencias y los que han generado más gasto en 2015 vienen reflejados en la siguiente tabla:

	FÁRMACO	CANTIDAD
1º	Cloruro sódico 100 amp 10ml	22000
2º	SF 50 bolsas 100ml	13610
3º	SF 20 bolsas 500ml	9950
4º	Nolotil 2g 100 amp	7360
5º	Diazepam 5mg 500 comp	6300
6º	Perfalgan 1g 12 viales	5572
7º	Enantyum 50mg 100 amp	5505
8º	Combiprasal 20 amp	4440
9º	Metoclopramida 10mg 120 amp	4384
10º	Pantoprazol 40mg viales	3922
11º	Menalmina 1% 40ml	3692
12º	Naproxeno 500mg 500 comp	3016
13º	Agua para inyectables 10ml 100 amp	2820
14º	Paracetamol 650mg 500 comp	2676
15º	Omeprazol 20mg 500 caps	2542
16º	Mepivacaína 2% 100 amp	1944
17º	Ibuprofeno 600mg 500 comp	1922
18º	Urbason 40mg 100 amp	1910
19º	Clisteran rectal 200 envases	1660
20º	Efferalgan 1g 40 comp	1654

	FÁRMACO	IMPORTE
1º	Octaplex	33409,89
2º	Ferinject 500mg	27362,89
3º	Actilyse 50mg	13485,94
4º	SF 100ml	9624,96
5º	SF 500ml	9509,05
6º	Invanz 1g	6299,71
7º	Metalyse 10000U	5572,80
8º	Perfalgan 1g 12 viales	5505,14
9º	Brinavess 500mg	3174,02
10º	Albutein 20% 50ml	2529,95
11º	SF 10ml	2516,81
12º	Viaflex SF 100ml adapt	2438,09
13º	Plangamma iv 5% 200ml	2382,99
14º	Combiprasal	2110,01
15º	Anagasta 40mg	1470,44
16º	Menalmina 1% 40ml	1843,05
17º	Metalyse 8000U	1746,42
18º	Nolotil 2g 100 amp	1740,61
19º	Aqua touch jeringas 11ml	1566,41
20º	Enantyum 50mg 100 amp	1545,93

## Protocolos, docencia e investigación

### DOCENCIA

- **M.I.R.:** en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (8 médicos por año de residencia) y en la de Medicina Interna (2 médicos en el primer año de residencia).
- **Enfermería:**
  - Grado de enfermería: Escuela Universitaria de Enfermería de Valencia, Universidad Cardenal Herrera CEU, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.
  - Auxiliar de enfermería: Instituto de Formación Secundaria Jorge Juan de Sagunto, CF Profesional Verge de Cortes Valencia
- **Formación médica pregrado:** Universidad Cardenal Herrera CEU (practicum 6º año).

### PROCOLOS

- **Elaboración de Protocolos Clínicos y Guías de Actuación Internas:**
  - Manejo de la bronquiolitis en Urgencias (actualización 2016). Enero 2016. *Pérez Lahiguera, FJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y Pediatría.*
  - Protocolo para el manejo de la patología vascular urgente de miembros. Septiembre 2016. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias, Cirugía, Medicina Interna y Hematología.*
  - Guía para la atención del paciente con cólico renoureteral (actualización 2016). Octubre 2016. *Gil Carbó, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y el de Urología.*
  - Guía para la atención del paciente con hematuria (actualización 2016). Octubre 2016. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y el de Urología.*
  - Urgencias del aparato locomotor. Criterios de derivación. Octubre 2016. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias, Traumatología y Rehabilitación.*
  - Guía para la utilización de la ventilación mecánica no invasiva en Urgencias (actualización 2016). Noviembre 2016. *Dolz Domingo, A.*
- **Elaboración de Protocolos Generales y Organizativos:**
  - Protocolo para la atención de la violencia de género. Junio 2016. *Sánchez Fernández, MT. Noceda Bermejo, JJ.*
  - Catálogo de órdenes médicas en Urgencias. Julio 2016. *Alonso Benavent, M. Noceda Bermejo, JJ.*
  - Protocolo para la cobertura de guardias en situación de incapacidad laboral transitoria. Julio 2016. *Noceda Bermejo, JJ.*
  - Guía de procedimientos y habilidades para la comunicación de malas noticias en urgencias. Octubre 2016. *Martín Cortés, F.*
  - Protocolo para la transferencia de pacientes intraservicio. Noviembre 2016. *Noceda Bermejo, JJ.*
  - Protocolo BAVG (Búsqueda activa de violencia de género). Noviembre 2016. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias, Atención Primaria y Trabajo Social.*
  - Guía para la tramitación en Urgencias del parte de lesiones de las personas privadas de libertad. Diciembre 2016. *Noceda Bermejo, JJ.*

## SESIONES CLÍNICAS

### ENERO

- 7: Angina de Prinzmetal. Dra. J. Gómez
- 14: Violencia de género. Dra. MT. Sánchez.
- 18: Praxbind. Antídoto del dabigatran.
- 21: Megacolon tóxico. Dra. M. Orgambides.
- 28: Síncope. Dra. MC. Vázquez.

### FEBRERO

- 4: Sesión M.I.R. Dra. C. Sebastián.
- 11: Sesión M.I.R. Dr. V. Benlliure.
- 18: Lesiones exantemáticas en el paciente pediátrico. Dra. L. Vázquez.
- 25: Sesión M.I.R. Dra. R. Blanes.

### MARZO

- 3: Lesiones dermatológicas en el paciente adulto. Dra. I. Vigil.
- 10: Sesión M.I.R. Dr. J. Malavé.
- 31: Sesión M.I.R. Dra. MA. Asencio.

### ABRIL

- 7: Sesión M.I.R. Dra. D. Borrell.
- 14: Sesión M.I.R. Dra. A. Oltra.
- 21: Sesión M.I.R. Dra. A. Dellá.
- 28: Sesión M.I.R. Dra. MT. Sánchez.

### MAYO

- 5: Sesión M.I.R. Dra. J. Gómez.
- 12: Sesión M.I.R. Dra. MC. Vázquez.
- 19: Sesión M.I.R. Dra. M. Orgambides.
- 26: Sesión M.I.R. Dr. V. Benlliure.

### OCTUBRE

- 24 y 25: VMNI con Trilogy. Dr. A. Dolz.

### NOVIEMBRE

- 2: Gasometría venosa. Dra. N. Orozco.
- 3: Hemoptisis. Dra. MC. Vázquez.
- 9: Cefaleas. Dra. MJ. Díaz.
- 10: Crisis hipertensivas. Dra. A. Oltra.
- 16: Trastornos electrolíticos y metabólicos. Shock. Dra. L. Palliser.
- 17: Edemas. Dra. R. Blanes.
- 21: Aspectos prácticos en Hematología. Dra. A. Carral.
- 22: Nuevas insulinas: Tresiba. Dra. R. Segovia.
- 24: Fiebre sin foco en pediatría. Dr. V. Benlliure.
- 25: Meningitis. Dra. S. Camarena

### DICIEMBRE

- 1: Gasometría arterial. Dr. J. Malavé
- 2: Tromboembolismo pulmonar. Dra. P. Ramón.
- 15: Patología relacionada con el voltaje. Dra. MT. Sánchez.
- 22: Síndrome confusional agudo. Dra. G. Martínez.
- 23: Hematuria. Dra. P. Martín.

## CURSOS Y JORNADAS

- **Realización de Cursos:**
  - XII Curso de Urgencias para Médicos Internos Residentes. Hospital de Sagunto. 26 mayo – 7 junio 2016.
  - II Curso de Urgencias Pediátricas para Médicos Internos Residentes. Hospital de Sagunto. 16 mayo – 20 mayo 2016.
- **Coordinación de Sesiones Clínicas Generales del Hospital de Sagunto:**
  - Cirugía Gneral y Aparato Digestivo. 26 de enero y 27 de octubre.
  - Medicina Familiar y Comunitaria. 28 de abril y 19 de diciembre.
  - Cirugía Ortopédica y Traumatología. 27 de mayo.
  - Medicina Interna. 20 de junio.
- **Participación como ponentes y comunicaciones orales:**
  - VIII Curso SECUR de Ventilación Mecánica No Invasiva. Valencia, 3-5 febrero 2016. Dr. A. Dolz.
  - XXVIII Congreso Nacional SEMES. Burgos, 8-10 de junio 2016. Presentación del póster: “Síndrome confusional agudo en paciente joven: vasculitis cerebral. A propósito de un caso”. Dra. C. García.
  - XXVIII Congreso Nacional SEMES. Burgos, 8-10 de junio 2016. Presentación del póster: “Síndrome confusional agudo en paciente anciano: coma mixedematoso. A propósito de un caso”. Dra. C. García.
- **Asistencia a Cursos, Congresos y Jornadas:**
  - PROSEMES – Programa Oficial de Actualización Profesional en Medicina de Urgencias y Emergencias. SEMES 1º Año. Dra. C. García. Dr. MA. Bernal. Dr. G. Gómez. Dr. JJ. Noceda.
  - Máster en Atención Médica Urgente. 1º bloque formativo. Dr. MA. Bernal.
  - Arritmias. Malmoe, 13-14 marzo 2016. Dr. JJ. Noceda.
  - Ecografía de Urgencias (nivel básico). SEMES-CV. Valencia, 24 marzo 2016. Dr. MA. Monsoriu, Dr. F. Benlloch, Dr. JJ. Noceda.
  - Counselling I.- Conocimientos básicos para adquirir habilidades/competencia relacional profesional en el ámbito sanitario e interprofesional. EVES, del 04/04/2016 al 02/05/2016. 20 horas lectivas. 3,3 crèdits. Dr. MA. Bernal.
  - Diploma de transporte sanitario medicalizado para personal médico. Abril/Mayo 2016. 128 horas lectivas y 13.9 créditos. Dra. A. Ruiz.
  - AI de tromboembolismo. Riete. Cuenca, 18-21 mayo de 2016. Dr. MA. Monsoriu.
  - XXIII Congreso Nacional SEMG. Granada, 26-28 mayo 2016. Dr. JJ. Gil.
  - XXVIII Congreso Nacional SEMES. Burgos, 8-10 de junio 2016. Dr. F. Benlloch, Dr. JJ. Gil, Dr. JJ. Noceda.
  - Gastroenterología y nutrición pediátrica. EVES, del 30/05/2016 al 20/06/2016. 20 horas lectivas. 5,7 crèdits. Dr. MA. Bernal.
  - Competencia relacional profesional aplicada a procesos de enfermedad, muerte, duelo y situaciones diarias del profesional de la salud (nivel I). EVES. Junio/Julio 2016. 50 horas lectivas y 9.2 créditos. Dra. A. Ruiz.
  - Diagnostico visual y clínico de las enfermedades Dermatológicas Pediátricas. 1 de Febrero a 31 de Agosto 2016. 12.7 Créditos. Dr. MA. Bernal.
  - Cómo hablar en público con eficacia. EVES. Septiembre/octubre 2016. 20 horas lectivas. Dra. A. Ruiz.
  - Jornada de manejo de la vía aérea. SEMES-CV. Octubre 2016. Dra. C. García.
  - I Jornada contra la violencia de género. Sagunto, 18 de noviembre de 2016.

- Atención a la primera, segunda y tercera víctima de los eventos adversos. EVES, del 19/09/2016 al 20/01/2017. 80 horas lectivas, 13,3 créditos. Dr. MA. Bernal.
- Régimen jurídico del personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias de la conselleria de sanidad universal y salud pública. EVES. Octubre-Diciembre 2016. 44 horas lectivas. Dra. A. Ruiz.
- Actualización en Medicina de Familia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 01/01/16 al 30/06/16 (90 horas lectivas, 11,3 créditos) y del 1/07/16 al 31/12/16 (90 horas lectivas, 9,5 créditos). Dr. MA. Bernal.
- Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2016. FMC, 60 horas, 8,2 créditos. Dr. MA. Bernal.
- Formación docente para Tutores MIR. Fundación para la Formación de la OMC y la Fundación Educación Médica y patrocinado por MUTUAL MÉDICA. Edición 1º 2016. Dr. MA. Bernal.
- Actualización en los tratamientos de las heridas e implicaciones legales para la enfermería. EVES. 28 horas. Amparo Blasco Herranz
- Curso básico de enfermería en ORL. Colegio de enfermería. 4 horas. Amparo Blasco Herranz.
- Habilidades de gestión de los mandos intermedios. EVES. 40 horas. Matilde Alonso Benavent.
- Cuidados del TCAE al paciente con deterioro cognitivo en atención especializada. 37 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- Cuidados del TCAE al paciente infeccioso. 21 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- Conservación de medicamentos termolábiles en la cadena de frío. Funciones de ordenación para el TCAE. 40 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- El equipo de enfermería y la dispensación de medicamentos. Cuidados del TCAE. 40 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- Los trastornos de la conducta alimentaria. Atención y cuidados del TCAE. 40 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- El AE/TCAE en ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato. 40 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- El AE/TCAE en los cuidados generales de pacientes con trasplante renal. 40 horas. Mª Dolores García Narvaez.
- VII Jornada de Calidad en la atención y seguridad del paciente. Valencia, 4 de mayo de 2016. Matilde Alonso Benavent.