

Hospital de Sagunto

# memoria de actividad

Servicio de Urgencias Generales

# 2017



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	8
• Clasificación de los pacientes	14
• Sala de destino de los pacientes	20
• Estancia de los pacientes	22
• Ingresos en sala de Observación	27
• Informes de alta	30
• Ingresos en sala de hospitalización	35
• Consumos	39
• Protocolos, docencia e investigación	41
• Quejas y agradecimientos	46

## Urgencias atendidas

Según los datos disponibles por la Conselleria en el programa Alumbra (<https://alumbra.san.gva.es>), durante el año 2017 se han atendido en Urgencias 74192 pacientes. Esta cifra supone un aumento de las urgencias del 4% respecto a 2016 (Ilustración 1) y mantiene la tendencia creciente de los últimos cinco años, cuando se han incrementado las urgencias atendidas en un 16%.

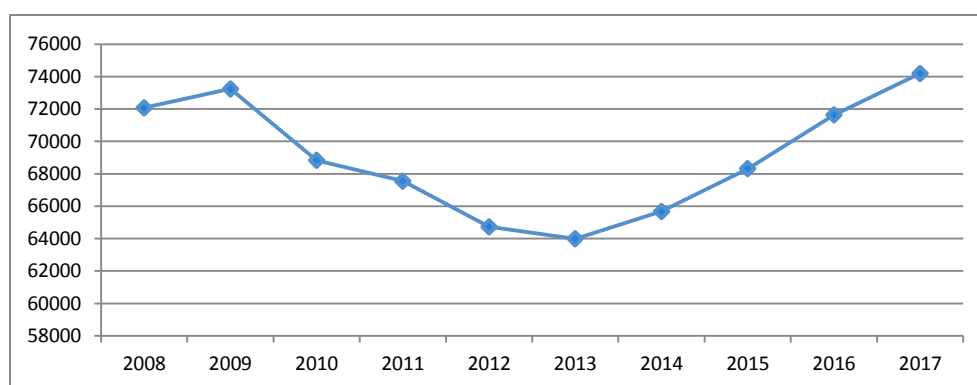


Ilustración 1. Pacientes atendidos anuales

La media diaria de pacientes atendidos en Urgencias se sitúa en 203: 167 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 superar los niveles de la epidemia de gripe A y la alarma social generada del 2008-2009. Por otro lado, destacar el envejecimiento progresivo de la población atendida, ya que en los últimos 5 años la atención a mayores de 65 años se ha incrementado un 25%.

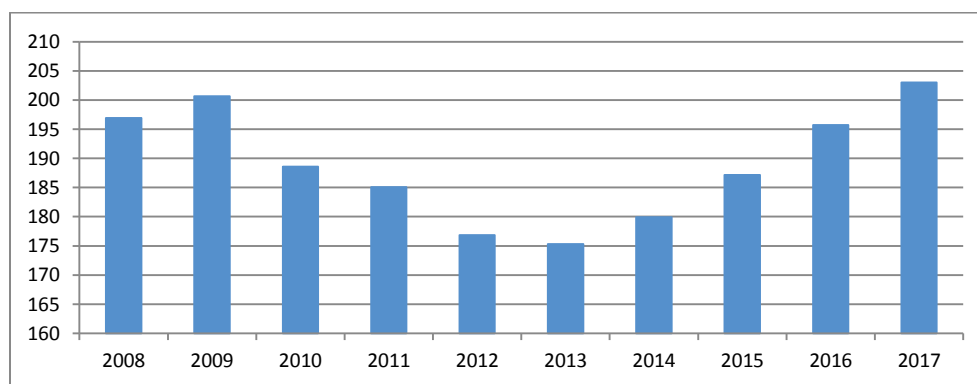


Ilustración 2. Pacientes diarios atendidos según año

# memoria de actividad 2017

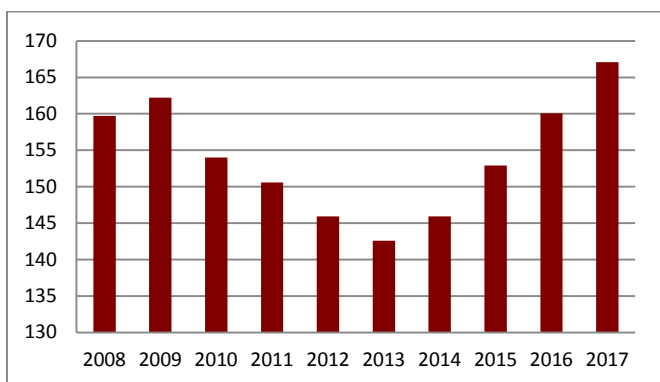


Ilustración 3. Pacientes adultos diarios

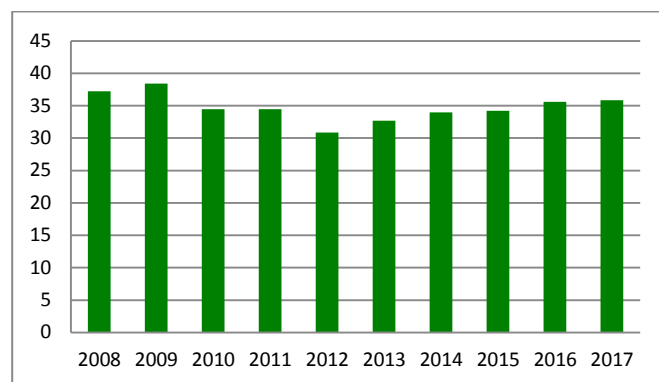


Ilustración 4. Pacientes pediátricos diarios

La distribución por mes de las Urgencias muestra unas cifras mensuales mantenidas en torno a 200 urgencias diarias en todos los meses y un gran aumento de la demanda asistencial en los meses de julio y agosto (Ilustración 5).

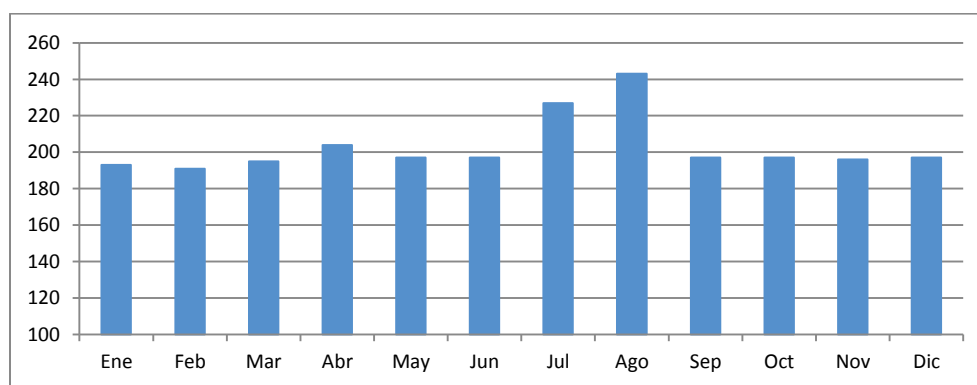


Ilustración 5. Urgencias diarias en 2017 por mes

Se comprueba que en los últimos años aumenta el número de pacientes atendidos en cada tramo horario (Ilustración 6), manteniéndose los porcentajes de pacientes: el 43% en horario de mañana (88 pacientes), el 41% de tarde (82 pacientes) y el 16% en horario nocturno (33 pacientes).

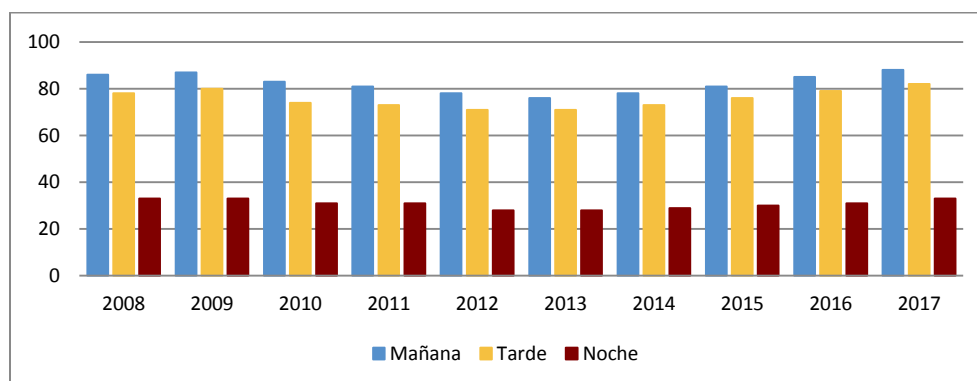


Ilustración 6. Urgencias diarias anuales por turno de trabajo

Sin embargo, si analizamos el porcentaje de altas médicas efectuadas en cada tramo horario, observamos como las proporciones se invierten, es decir, el 32% en horario de mañana, el 43% de tarde y el 25% en horario nocturno. Este hecho justifica la presencia de refuerzos médicos en horario de tarde, más evidentes en los meses de enero y febrero; y en horario de noche, fundamentales en los meses de junio, julio y agosto (Ilustración 7).

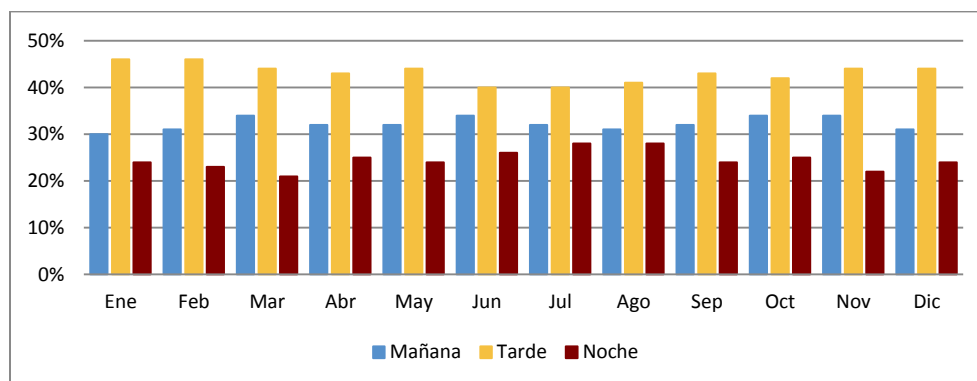


Ilustración 7. Altas médicas anuales por turno de trabajo

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 8).

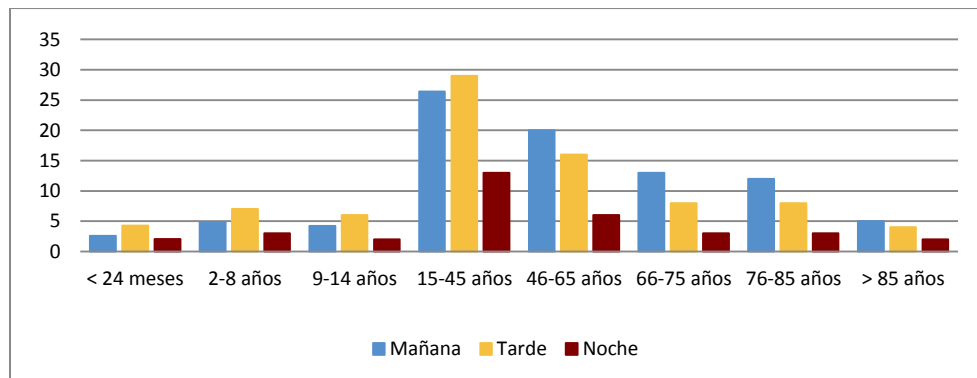


Ilustración 8. Urgencias diarias por turno de trabajo y grupos de edad

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 9), por lo que es fundamental mantener el refuerzo médico y de enfermería los lunes o días tras puentes para mantener la misma calidad ofrecida en el resto de días de la semana. Respecto a la atención de pacientes pediátricos, referir que ésta aumenta los fines de semana y los lunes, por lo que sería recomendable reforzar esta atención al menos sábados y domingos, ya que no existen pediatras en ningún punto de Atención Continuada del Departamento de Salud de Sagunto y los niños son remitidos sistemáticamente al Servicio de Urgencias del hospital de Sagunto para la valoración especializada.

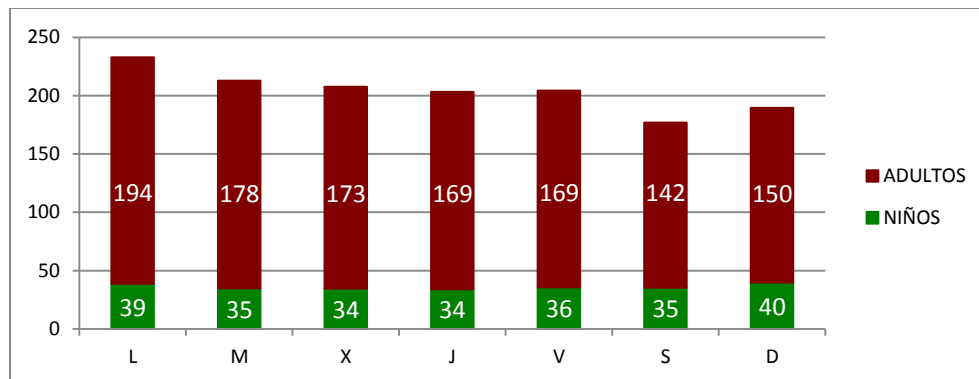


Ilustración 9. Urgencias diarias según el día de la semana

Comprobamos que podemos encontrar un patrón de visitas predecible según el horario en el que acuden los pacientes a Urgencias (Ilustración 10), con un flujo mantenido de entradas de 9 a 21 horas, produciéndose descenso gradual a partir de las 21 horas.

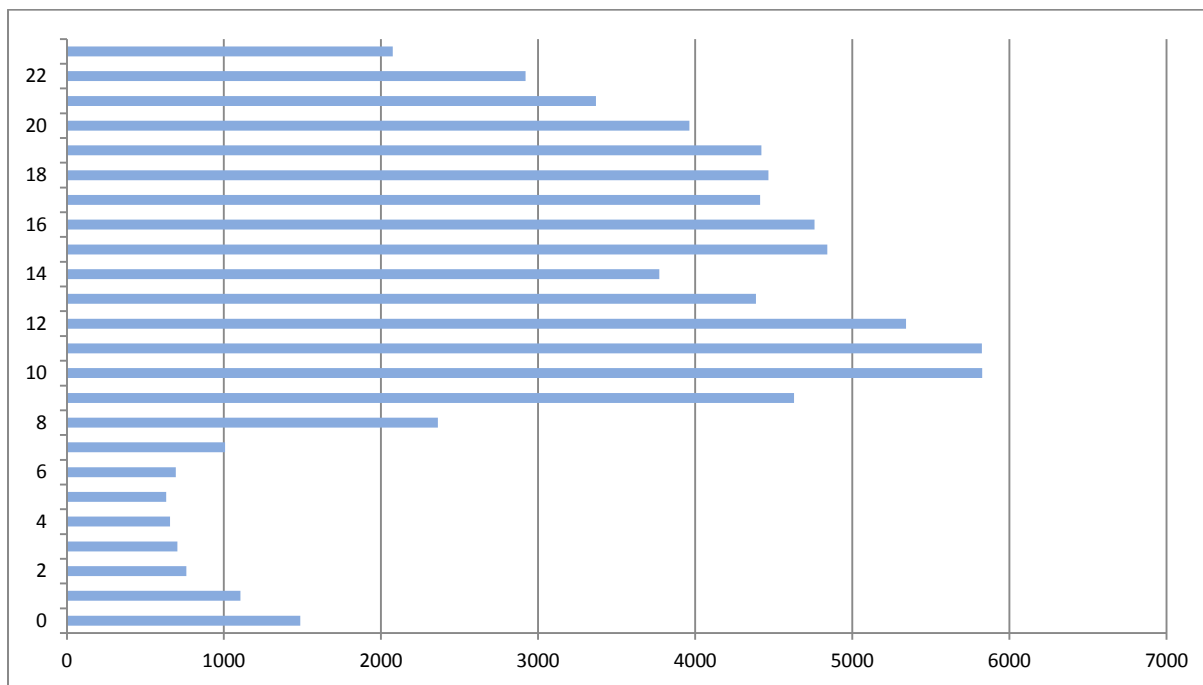


Ilustración 10. Urgencias atendidas según hora de registro

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 11), por lo que el refuerzo de una tercera guardia estos meses está totalmente justificado.

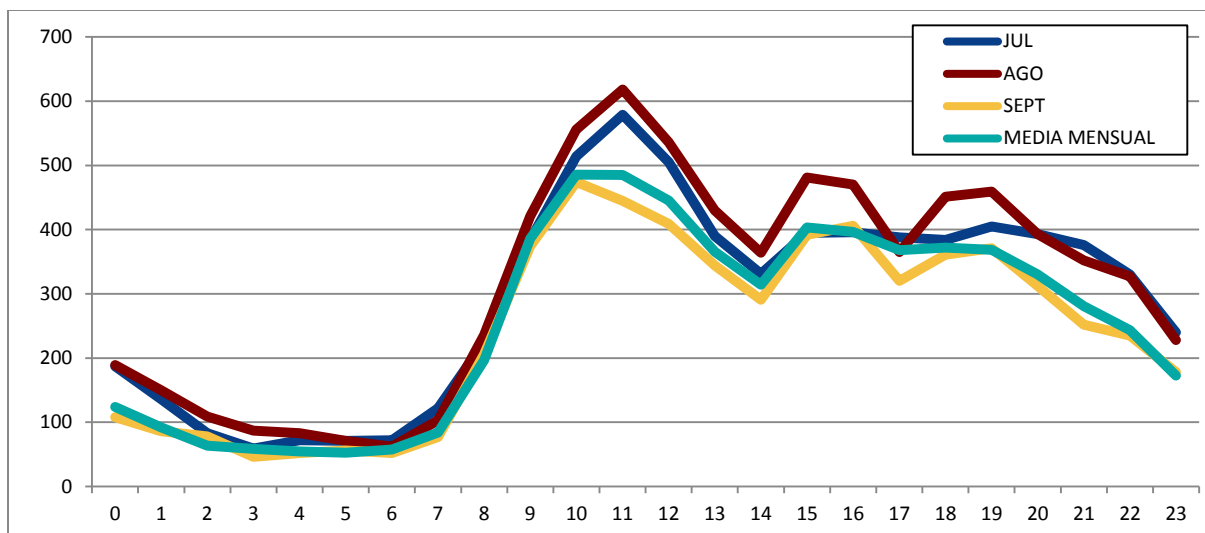


Ilustración 11. Número de urgencias mensuales según hora de registro

## Características de los pacientes

Si atendemos al sexo de nuestros pacientes observamos que durante 2017 acudieron al Servicio de Urgencias 33791 hombres y 40294 mujeres. En la ilustración 12 se aprecia la distribución de éstos por grupos de edad.

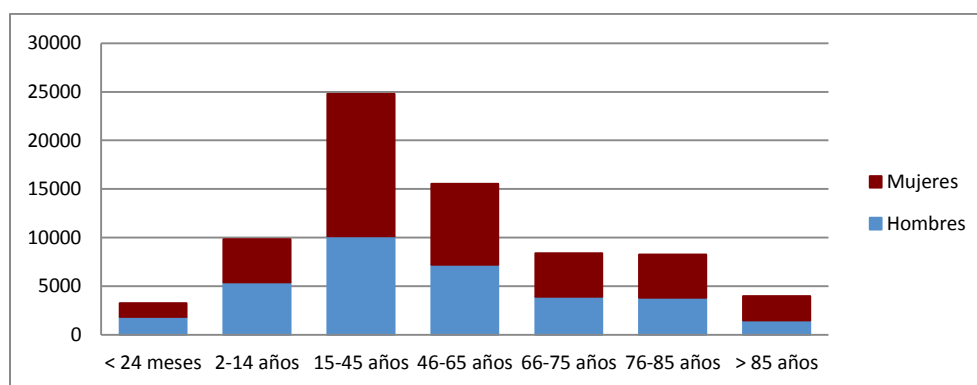


Ilustración 12. Distribución de pacientes por edad y sexo

Continúa la tendencia al alza de los últimos años en las atenciones urgentes a mayores de 65 años (Ilustración 13), por lo que son necesarias medidas organizativas urgentes, tales como la creación de una entrada diferenciada, la ampliación del número de camas en las salas de Terapia Rápida y Observación de Urgencias, así como la creación de una Unidad de Corta Estancia en el centro.

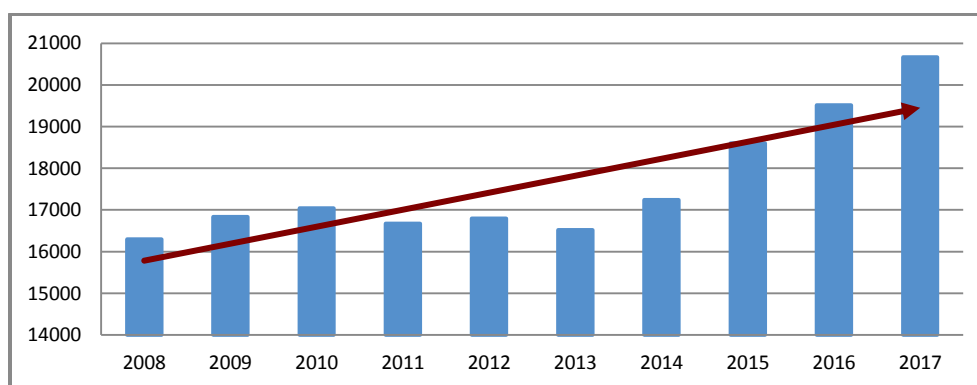


Ilustración 13. Urgencias anuales de mayores de 65 años

Además, si observamos el porcentaje de urgencias en los últimos años de personas mayores de 65 años respecto al total de enfermos (Ilustración 14), se aprecia una clara tendencia al alza, llegando a valores del 27.85% del total en el año 2017.



# memoria de actividad 2017

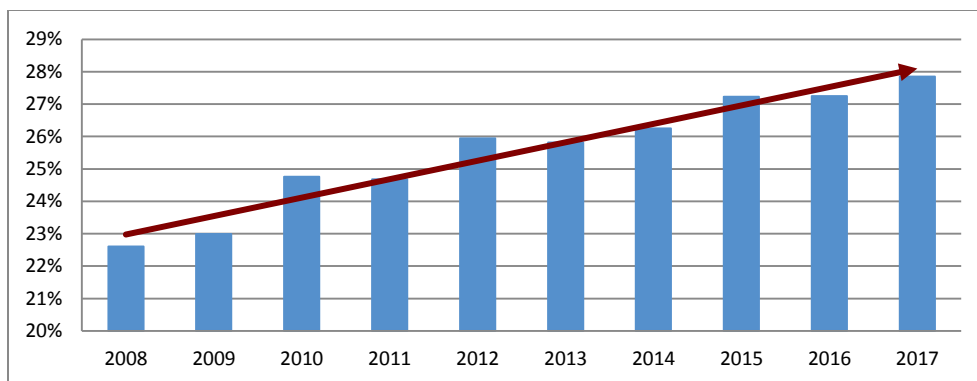


Ilustración 14. Porcentaje anual de pacientes mayores de 65 años

Se aprecia en 2017 un valor crítico del 31.72% en enero y superiores al 28% desde el otoño hasta la primavera (Ilustración 15), época de mayores necesidades de espacio y recursos humanos.

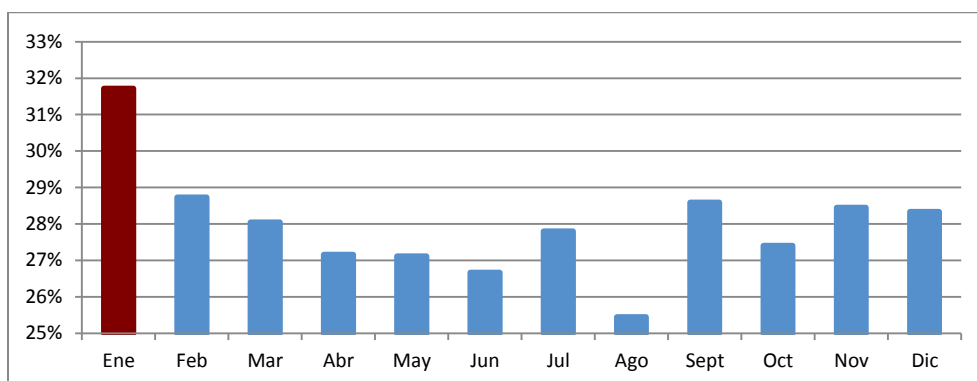


Ilustración 15. Porcentaje mensual de pacientes mayores de 65 años

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2017 (Ilustración 16), comprobamos como aproximadamente un tercio de ellos son pacientes crónicos de alta o moderada complejidad o pacientes paliativos.

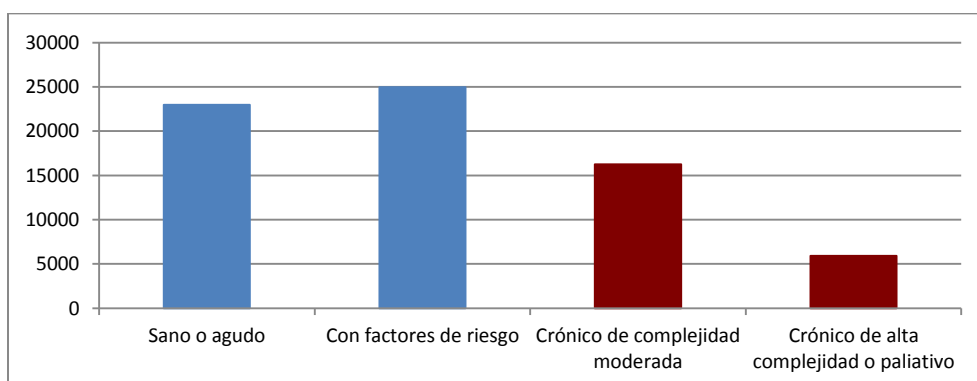


Ilustración 16. Nivel de cronicidad de los pacientes

El 90.21% de los pacientes atendidos corresponden a personas domiciliadas en el Departamento 4 de Sagunto, mientras que un 9.79% son personas de fuera de él (Ilustración 17).

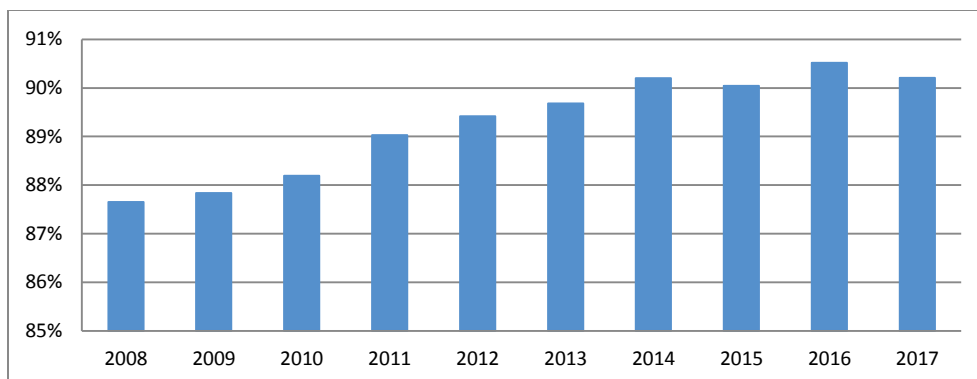


Ilustración 17. Porcentaje de pacientes atendidos procedentes de nuestro Departamento

Persiste el elevado índice de frecuentación de la población. Este hecho se hace más patente en la población del Puerto de Sagunto (Ilustración 18), seguramente debido a la proximidad al centro.

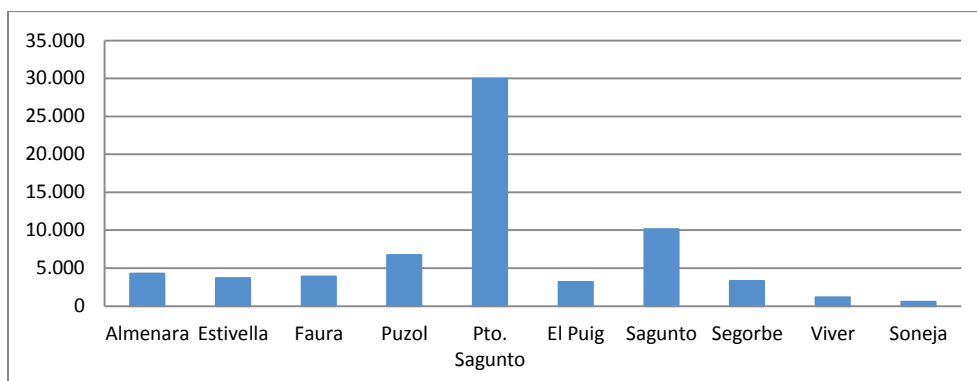


Ilustración 18. Pacientes atendidos según localidad de procedencia

Los pacientes acuden al Servicio de Urgencias del Hospital de Sagunto por iniciativa propia en el 73.15% de los casos, sin haber sido remitidos por ningún otro médico. La evolución en el número de derivaciones procedentes de Atención Primaria también ha aumentado en los últimos años, tal y como se refleja en la siguiente gráfica:

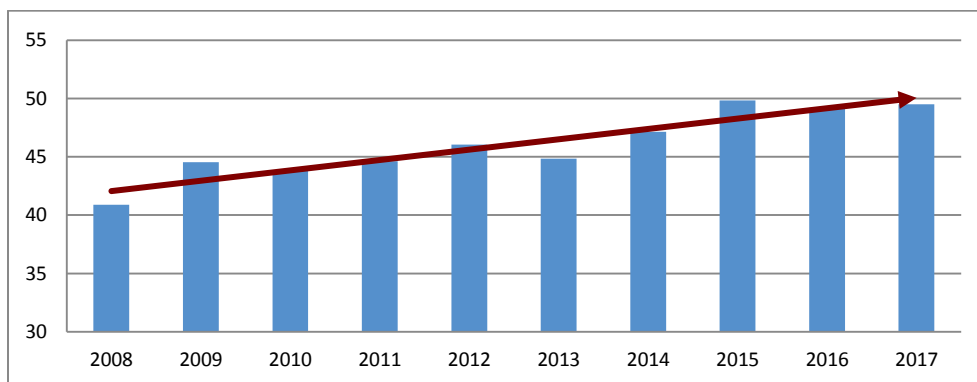


Ilustración 19. Pacientes diarios derivados desde Atención Primaria

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 improcedentes (Ilustración 20):

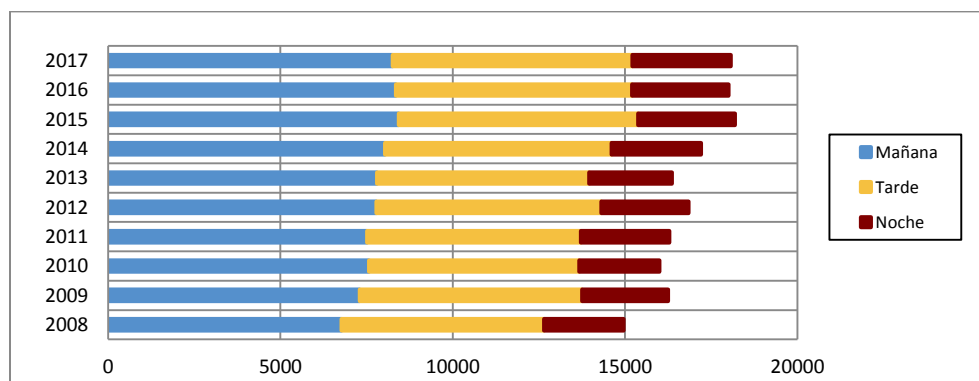


Ilustración 20. Pacientes derivados desde Atención Primaria según horario

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 21), 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 infrautilizado.

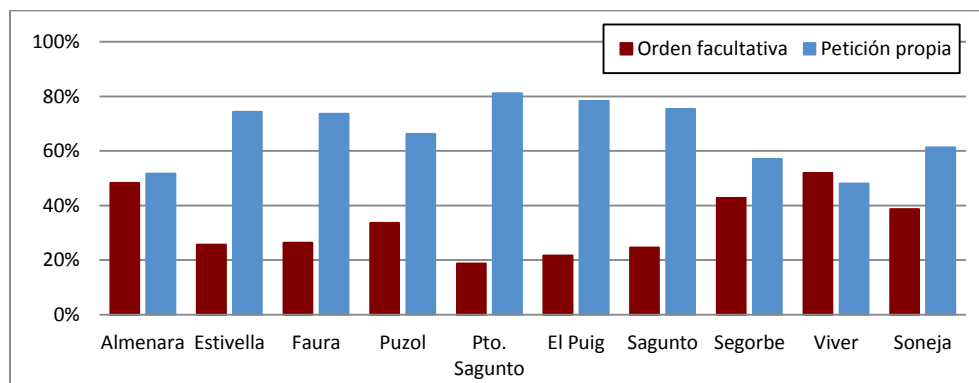


Ilustración 21. Pacientes atendidos según localidad y origen de procedencia

Durante 2017 se han derivado a Urgencias para valoración a 1577 pacientes institucionalizados en alguna de las Residencias de nuestro Departamento, lo que supone una media diaria de 4.32 pacientes y mantiene la tendencia al alza de estas asistencias (Ilustración 22). Es imprescindible acometer un plan departamental de atención integral a estos pacientes vulnerables y pluripatológicos.

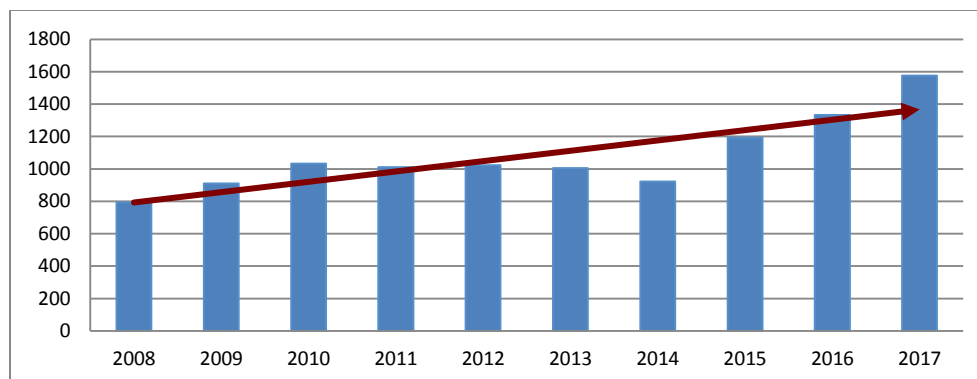


Ilustración 22. Pacientes procedentes de Residencias de la tercera edad

Si analizamos las Residencias de la tercera edad que más pacientes derivan, destacan las RSA. Savia El Puig, Savia Quartell y la del Puerto de Sagunto. Destaca el incremento en 2017 de estas dos últimas, por lo que sería necesario investigar las causas.

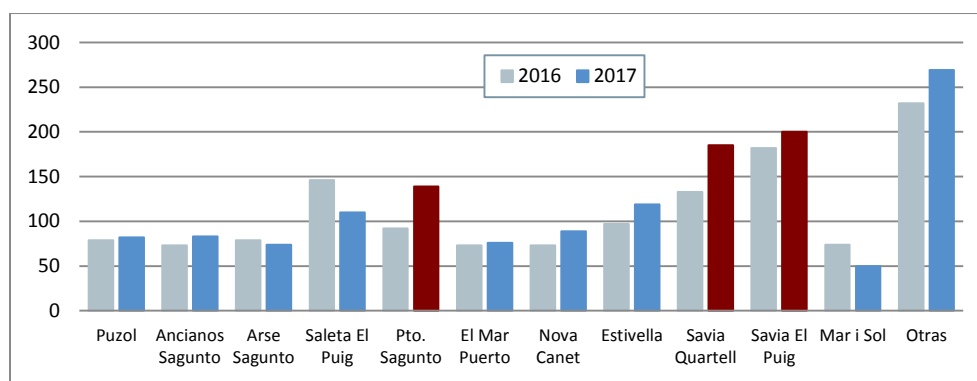


Ilustración 23. Pacientes según Residencias remitentes

Los pacientes institucionalizados han sufrido una demora media de triaje de 27 minutos y han precisado un tiempo de clasificación mayor de 3 minutos en el 50% de los casos. Han permanecido de media 302 minutos en nuestro Servicio, requiriendo ingreso en Observación el 40.14% e ingreso en sala de hospitalización el 37.16%, y falleciendo en Urgencias el 8.88% de ellos. La tasa de retorno a las 72 horas ha sido del 6.02%. Es importante destacar la diferencia entre sexos y que casi la mitad de estos pacientes superan los 86 años (Ilustración 24), 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.

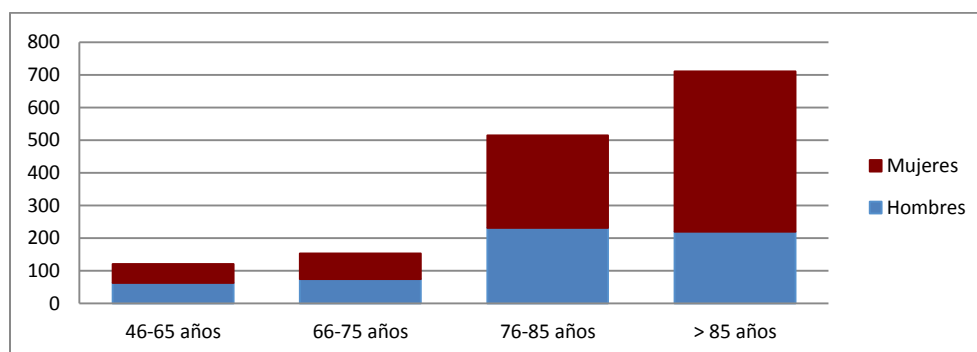


Ilustración 24. Pacientes procedentes de Residencia en 2017 según edad y sexo

Por último, es destacable el análisis de pacientes hiperfrecuentadores de urgencias, ya que 709 pacientes fueron visitados en 2017 en nuestro Servicio en más de 5 ocasiones (Ilustración 25), siendo necesario realizar una gestión más adecuada de estos casos, de forma coordinada con Atención Primaria, por ejemplo con la creación de la figura del gestor de pacientes. Asombran los 27 pacientes visitados en más de 12 ocasiones en 2017 (rango de 13 a 26 consultas anuales).

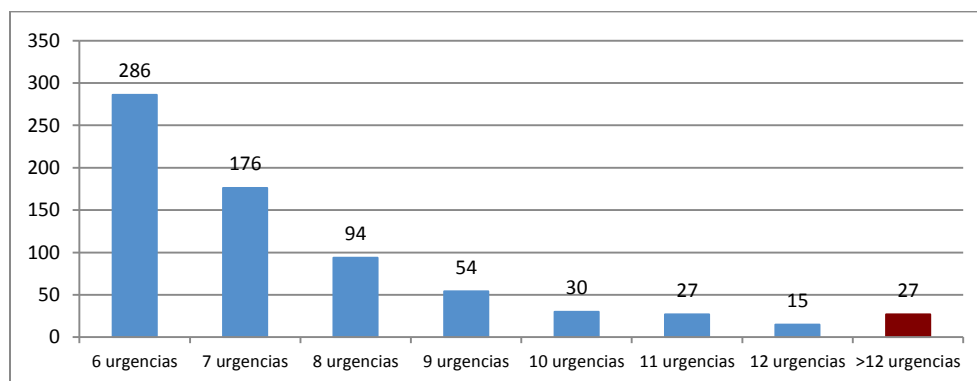


Ilustración 25. Pacientes hiperfrecuentadores en 2017 según número de episodios

## Clasificación de los pacientes

Durante el año 2017 se ha clasificado a un total de 99.77% 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 26).

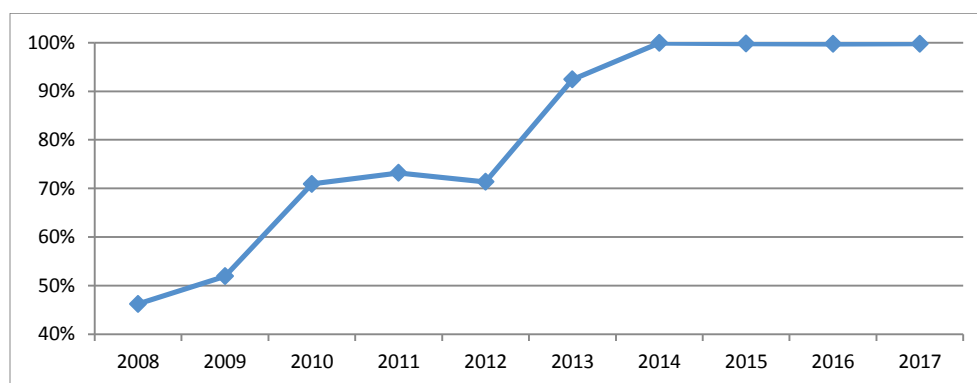


Ilustración 26. Porcentaje de pacientes clasificados

El tiempo medio hasta la clasificación se encuentra estabilizado en 8.84 minutos a pesar del incremento de pacientes de los últimos años (Ilustración 27), hecho que refuerza la labor de nuestro personal.

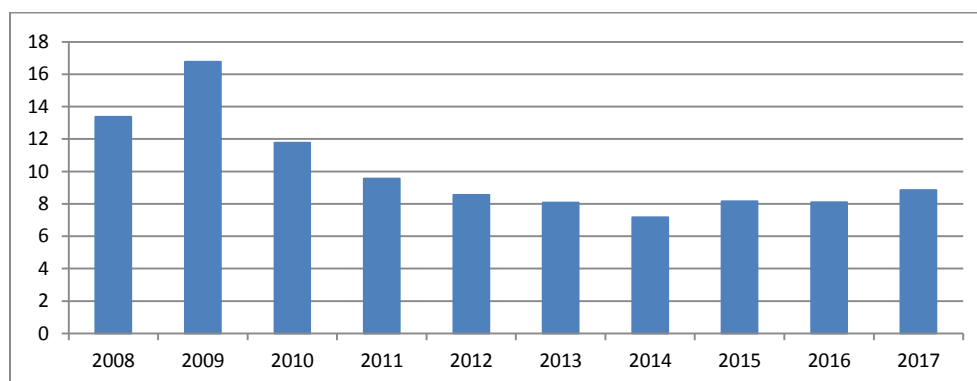


Ilustración 27. Minutos de demora media del triaje

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 2017 de 128 segundos. En 2017 hubieron 25244 pacientes con una duración del triaje superior a 3 minutos, es decir el 34.15% del total (Ilustración 28).

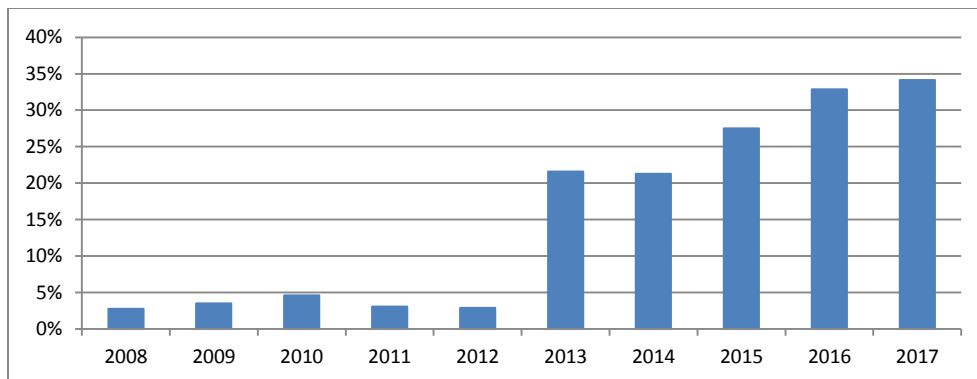


Ilustración 28. Porcentaje de pacientes triados con duración superior a 3 minutos

El porcentaje de pacientes clasificados durante los 15 minutos siguientes al registro respecto a todos los pacientes clasificados se sitúa en el 87.44% y en el 70.72% durante los primeros diez minutos (Ilustración 29).

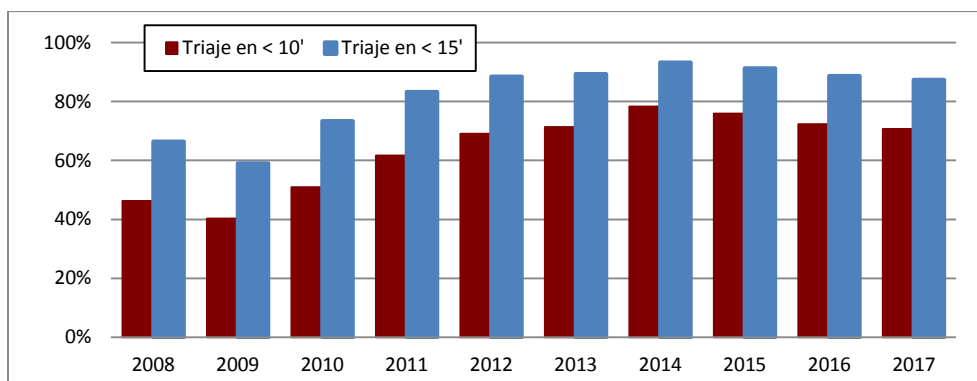


Ilustración 29. Evolución anual de la respuesta frágil y marginal del triaje

El promedio diario de urgencias según el nivel de prioridad clasificado durante 2017 es el siguiente:

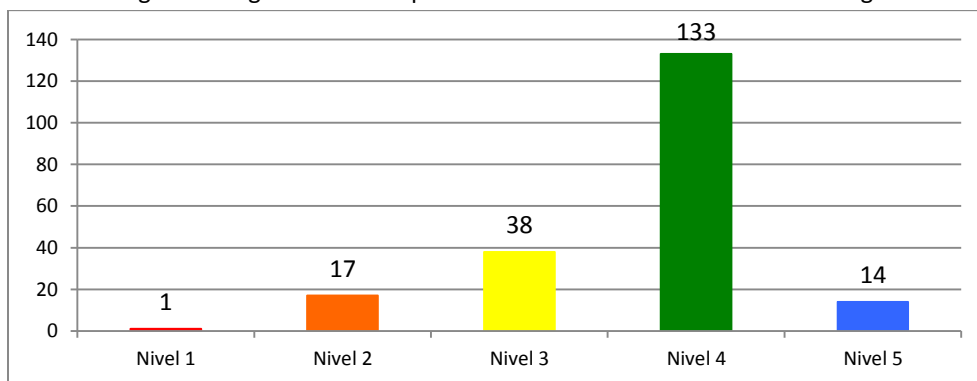


Ilustración 309. Promedio diario de urgencias en 2017 según prioridad

Observamos cómo enfermería clasifica el 73% de los pacientes atendidos como urgencias menores o no urgentes (Ilustración 31). Sigue siendo necesario mejorar el triaje de las urgencias de nivel 3, ya que es razonable pensar que muchas de estas urgencias se infraestiman en el proceso de clasificación.

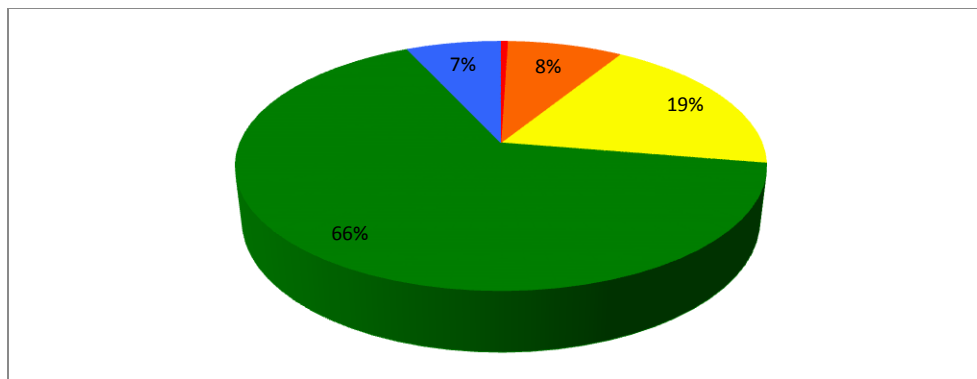


Ilustración 31. Urgencias en 2017 según nivel de prioridad

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 (Ilustración 32), por lo que con educación sanitaria y mejoras en la Atención Primaria y Continuada debería reducirse esta demanda. 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.

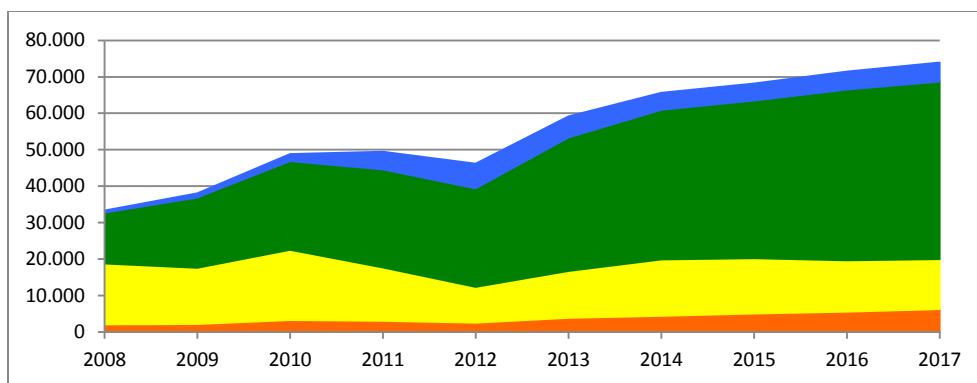


Ilustración 32. Evolución anual de las urgencias según nivel de prioridad

Si atendemos a la evolución mensual del año 2017 comprobamos como no existe variación en las urgencias de nivel 2-3 y el incremento de urgencias de los meses estivales se clasifica mayoritariamente como nivel 4 (Ilustración 33).

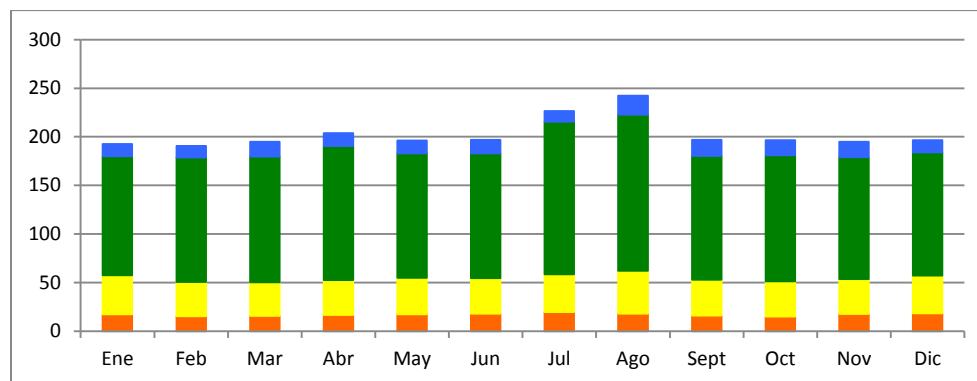


Ilustración 33. Número de pacientes diarios según nivel de prioridad asignado



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 34).

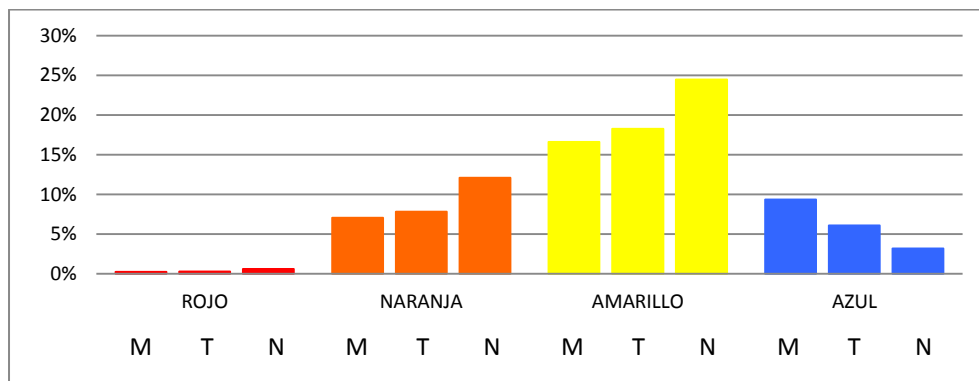


Ilustración 34. Clasificación según turno de trabajo (excepto nivel 4)

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 35), 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 2016 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.

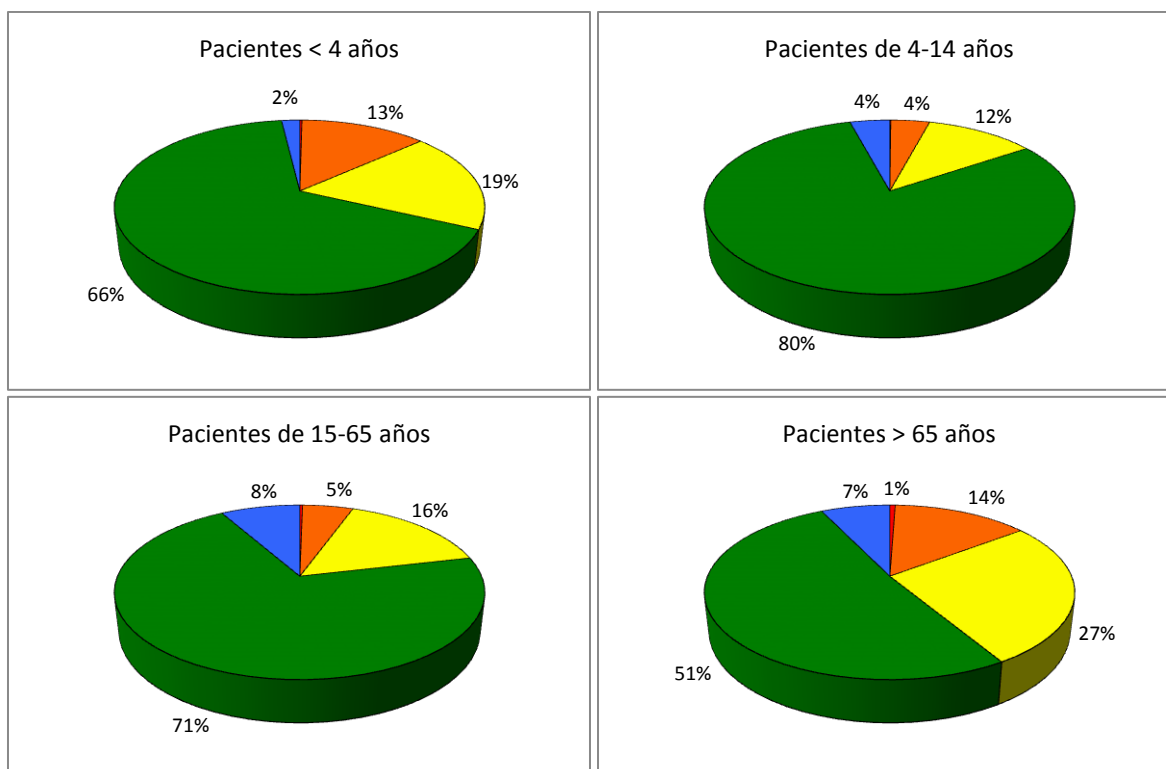


Ilustración 35. Urgencias por grupos de edad según nivel de prioridad

# memoria de actividad 2017

Los motivos de consulta de los pacientes han sido los siguientes (sin producirse cambios en el orden de los 11 primeros respecto a 2016):

Diagramas	2017				
<b>Problemas en extremidades</b>	<b>11730</b>	Cefalea	1213	Comportamiento extraño	277
<b>Adulto mal estado general</b>	<b>6519</b>	Hemorragia vaginal	1140	Enfermedad hematológica	270
<b>Dolor abdominal</b>	<b>6150</b>	Disnea en niños	1120	Mordeduras y picaduras	267
<b>Caídas</b>	<b>5648</b>	Dolor de cuello	1084	Convulsiones	203
<b>Disnea</b>	<b>4048</b>	Exantemas	1039	Autolesión (deliberada)	166
<b>Problemas oculares</b>	<b>3372</b>	Vómitos	772	Aparentemente ebrio	137
<b>Problemas urinarios</b>	<b>3316</b>	Dolor de garganta	768	Politraumatismo	127
<b>Embarazo</b>	<b>3051</b>	Diarrea	635	Asma	117
<b>Dolor torácico</b>	<b>2858</b>	Lesiones en el tronco	585	Niño cojeando	105
<b>Infecciones locales y abscesos</b>	<b>2835</b>	Enfermedad mental	576	Niño irritable	99
<b>Niño mal estado general</b>	<b>2612</b>	Hemorragia gastrointestinal	570	Quemaduras y escaldaduras	85
Dolor de espalda	1956	Padres Preocupados	449	Sobredosis / envenenamiento	81
Problemas de oído	1445	Problemas dentales	397	Bebé/niño pequeño que llora	61
Dolor abdominal en niños	1376	Problemas nasales	377	Exposición a sustancias químicas	43
Traumatismo craneoencefálico	1280	Dolor testicular	326	ETS	20
Heridas	1269	Cuerpo extraño	298		
Síncope o lipotimia	1219	Diabetes	290		
		Agresión	288		

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
<b>1º</b>	Adulto con mal estado general (54)	Adulto con mal estado general (1324)	Adulto con mal estado general (2139)	Problemas en extremidades (9655)	Problemas en extremidades (1557)
<b>2º</b>	Politraumatismo (49)	Dolor torácico (1243)	Dolor abdominal (1489)	Caídas (4736)	Problemas oculares (972)
<b>3º</b>	Disnea (40)	Disnea (1018)	Problemas urinarios (1362)	Dolor abdominal (4258)	Dolor de espalda (468)
<b>4º</b>	TCE (15)	Niño con mal estado general (716)	Disnea (1098)	Embarazo (3037)	Infecciones locales y abscesos (386)
<b>5º</b>	Diabetes (13)	Dolor abdominal (218)	Dolor torácico (949)	Adulto con mal estado general (2745)	Adulto con mal estado general (257)

Sin embargo no se observa respecto a años anteriores, a pesar de las recomendaciones de la jefatura, 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 2017

Discriminadores	2017	Acalorado (templado)	723	Respiración sibilante o sibilancias	269
Problema reciente	18146	Saturación de oxígeno muy baja	620	Vértigos	247
Dolor	15891	Saturación de oxígeno baja	616	Pérdida de función focal o progresiva	242
Dolor moderado	4233	Historia de inconsciencia	596	Flujo espiratorio máximo bajo	224
Lesión reciente	3984	Ojo rojo	578	Retención urinaria	217
Tumefacción	2208	Menstruación anormal	562	Signos o síntomas neurológicos recientes	213
Infección respiratoria	1751	Herida reciente	561	Deformidad grosera	211
Instauración rápida	1632	Dolor espasmódico	509	No se alimenta	207
Pulso anormal	1182	Vómito persistente	473	Historia significativa de asma	186
Vómitos	955	Dolor / picor	448	Hematoma en cuero cabelludo	158
Nivel de consciencia alterado	897	Adulto caliente	391	Incapacidad de decir frases	148
Dolor intenso	830	Inflamación local	316	Signos de dolor moderado	141
Historia inapropiada	808	Heces negras o color grosella	293	Pérdida aguda de audición	136
Disuria	782	Hematuria franca	287	Herida contaminada	133
Niño caliente	766	Comportamiento atípico	284	Cefalea	124
Dolor cardíaco	764	Deformidad	284	Tumefacción facial	114
Dolor pleurítico	724	Hemorragia menor incontrolable	275		

Respecto a las alertas incorporadas este año 2017 de los códigos del Servicio, el personal de enfermería de la Consulta de Clasificación identificó los siguientes pacientes:

Alertas	2017				
	Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul
ICTUS	1	104	14	0	0
DOLOR TORÁCICO CARDIACO	0	335	0	0	0
SEPSIS	1	192	145	37	0

## Salas de destino de los pacientes

Comparando con el año anterior, persiste el equilibrio en cada puesto de trabajo (Ilustraciones 36-37). Será en 2018 cuando realmente pueda ser valorada la unificación del área pediátrica para evitar la interacción con los pacientes adultos y la modificación en la asistencia médica de curas de urgencias.

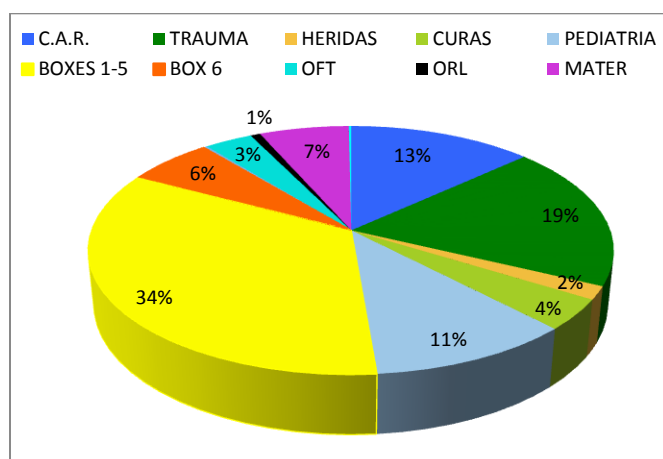


Ilustración 36. Destinos 2016

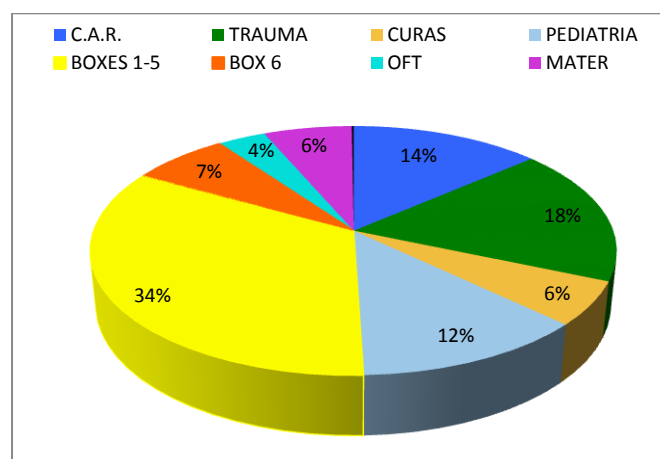


Ilustración 37. Destinos 2017

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 18%) y más a los boxes de Trauma (21% frente a 16%).

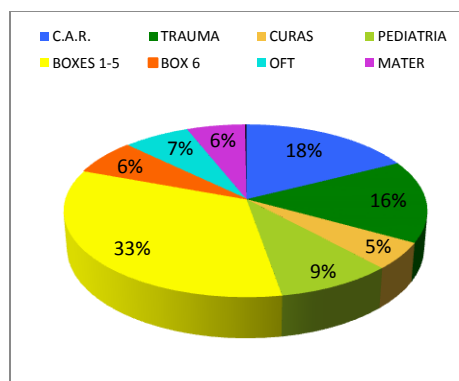


Ilustración 38. Destinos 8-15h

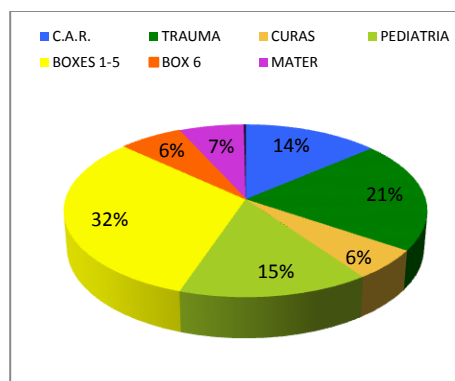


Ilustración 39. Destinos 15-22h

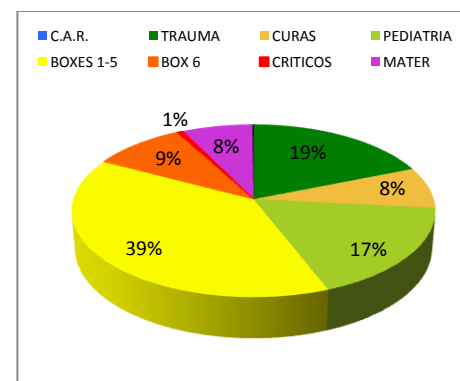


Ilustración 40. Destinos 22-8h

Se mantienen cifras preocupantes de atención a la población pediátrica en horario vespertino y nocturno (15% y 17% respectivamente frente a 9%), 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 (39% nocturnos frente a 31% vespertinos) y a las salas de Curas (8% frente a 5-6%). En horario nocturno señalar el aumento de pacientes graves atendidos (10% de pacientes de Nivel 1-2 en horario nocturno), que lógicamente requieren mayores recursos.

## Estancia de los pacientes

El porcentaje de pacientes atendidos en tiempo durante el año 2017 se sitúa en el 96.26% (96.23% por las mañanas, 95.82% durante las tardes y 97.69% por las noches). Esto supone mantener en los últimos 3 años porcentajes superiores al 95%, a pesar del aumento en la demanda asistencial, gracias al buen trabajo del personal y a los cambios organizativos planteados.

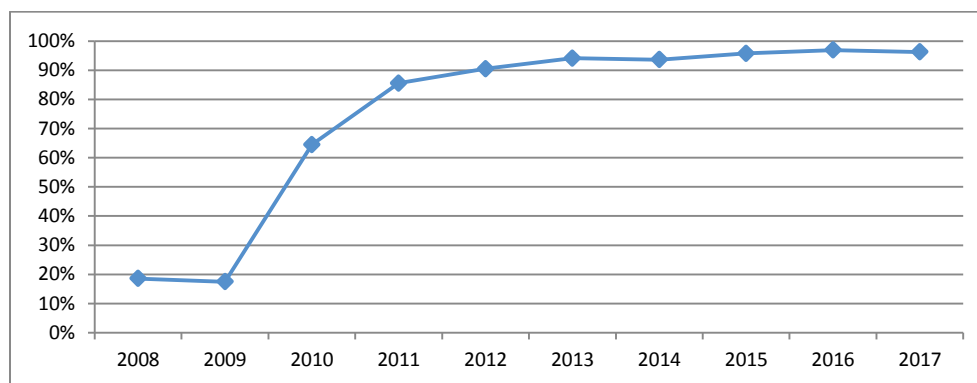


Ilustración 41. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo

El 58.75% de todos nuestros pacientes son atendidos en menos de 30 minutos y el 84.78% 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 también 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:

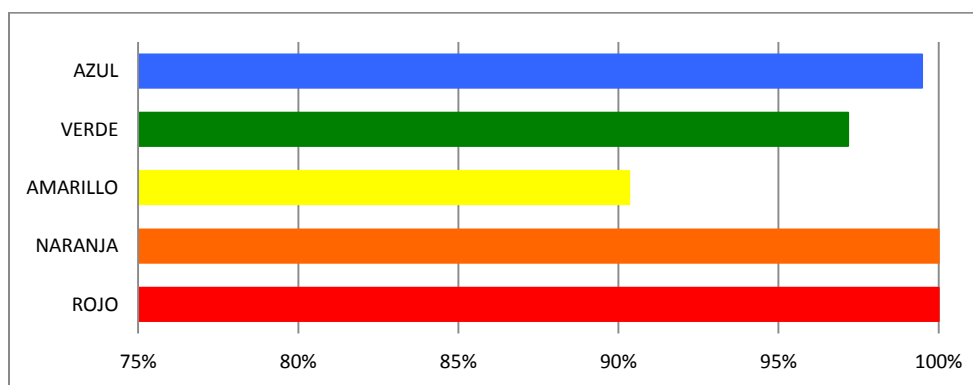


Ilustración 42. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo según prioridad

Si estudiamos los pacientes de nivel 3 atendidos en Urgencias en menos de una hora respecto del total de ese nivel, observamos como en 2017 fueron 12394 respecto a los 13719 pacientes de nivel 3. La evolución temporal de los últimos años se refleja en la Ilustración 43:

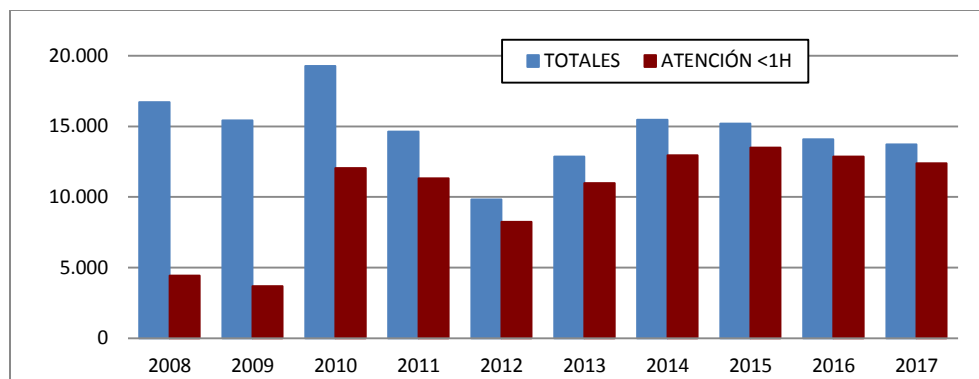


Ilustración 43. Número de pacientes de Nivel 3 y con atención en <1 hora

El tiempo medio de permanencia en el Servicio de Urgencias en 2017 ha sido de 155.5 minutos (133 minutos los pacientes no observados), consiguiendo una vez más el objetivo del Servicio de estancias menores a tres horas (Ilustración 44).

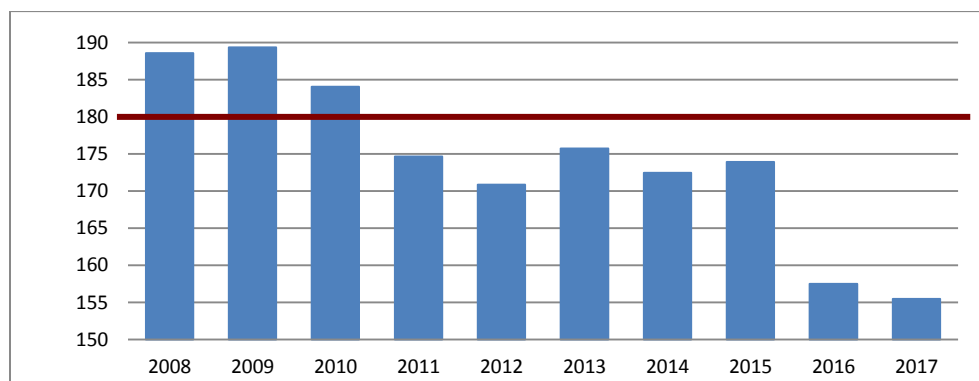


Ilustración 44. Tiempo medio de permanencia en minutos

El porcentaje de pacientes con estancias mayores de 2 horas se sitúa en el 48.39%, de 4 horas en el 17.05% y de 6 horas en el 6.60%. Al relacionar el tiempo de permanencia en 2017 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).

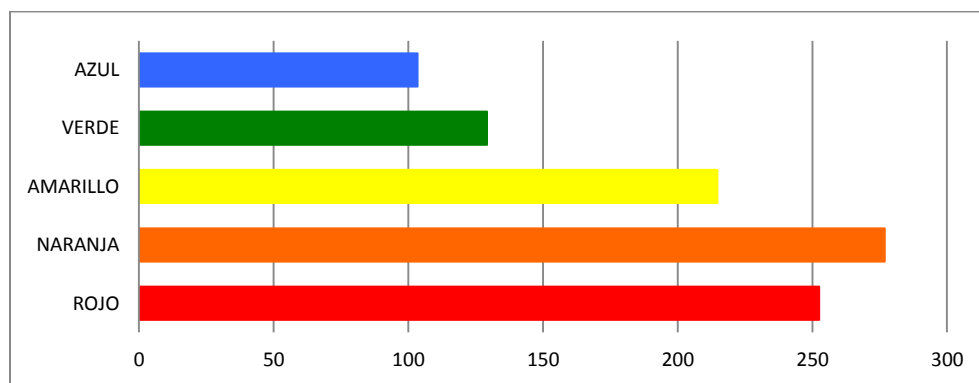


Ilustración 45. Tiempo medio de permanencia en minutos según prioridad de urgencia

Si atendemos al tiempo medio de permanencia según el horario en el que acuden los pacientes a Urgencias, comprobamos cómo se ha conseguido equilibrar la estancia en los tres turnos de trabajo (Ilustración 46), propiciado tras la incorporación del refuerzo con la tercera guardia durante los meses de julio-agosto y el mantenimiento constante del puesto médico R en horario vespertino para agilizar las altas de la Sala de Camas.

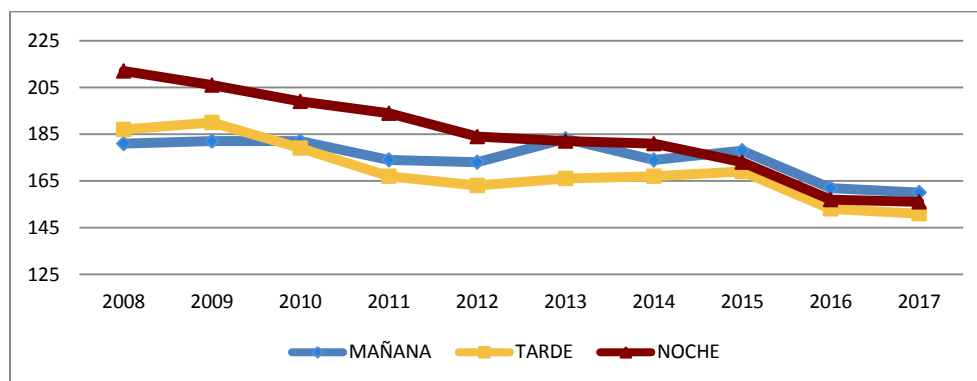


Ilustración 46. Tiempo medio de permanencia en minutos según turno

En lo referente a la utilización de la Sala de Terapia Rápida comprobamos que en 2017 la han usado 17482 pacientes, lo que representa el 23.59% de las urgencias (Ilustración 47). La sala pediátrica ha sido usada por 1418 niños (3-7 niños al día); la sala de camas ha sido utilizada por 6253 pacientes (17-20 diarios); y la sala de butacas por 9811 pacientes (25-32 diarios).

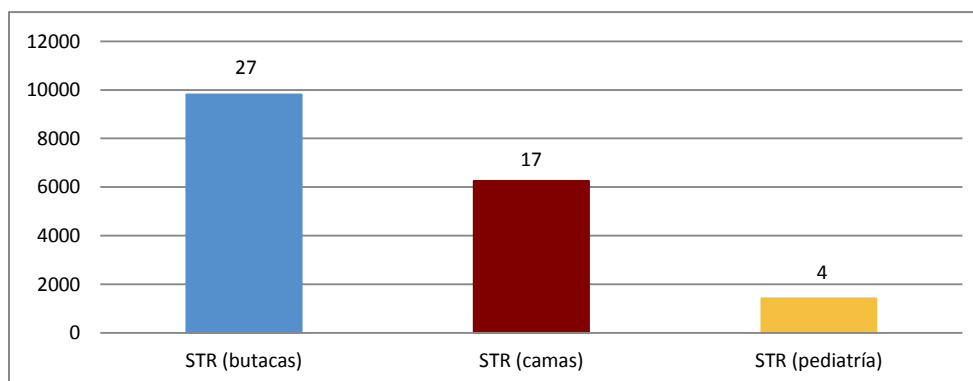


Ilustración 47. Ocupación anual de las salas de terapia rápida

El índice de ocupación de estas salas de terapia rápida varía en función de la época del año (Ilustración 48). Sería recomendable la ampliación de estas salas ya que son el auténtico pulmón del Servicio de Urgencias y su sobreocupación en los meses de mayor presión asistencial (p.e.: epidemia gripal de invierno, meses de verano, etc.) perjudica claramente la intimidad del paciente, así como su satisfacción por la calidad del servicio prestado.



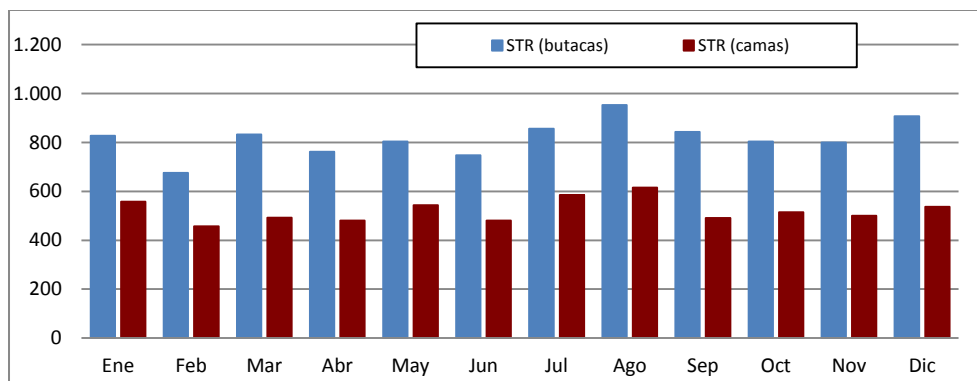


Ilustración 48. Ocupación mensual de las salas de terapia rápida de adultos

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

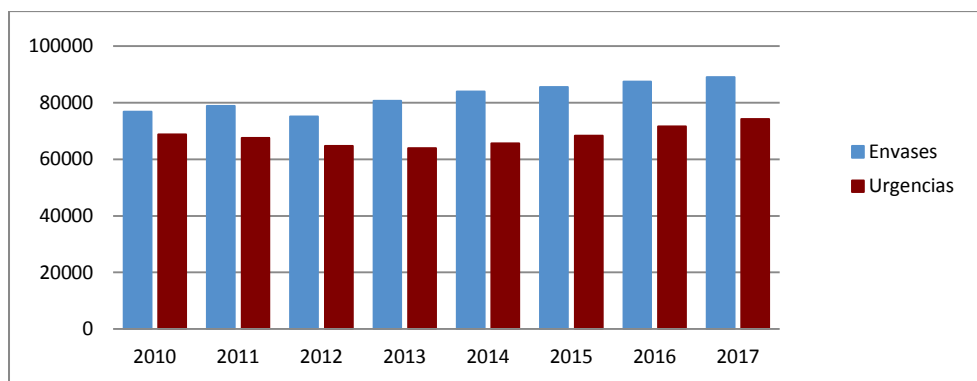


Ilustración 49. Pruebas de laboratorio solicitadas en 2010-2017

Analizando los tipos de pruebas de laboratorio solicitadas en 2017, observamos este año se frena ligeramente el ascenso de la bioquímica de urgencias (Ilustración 50).

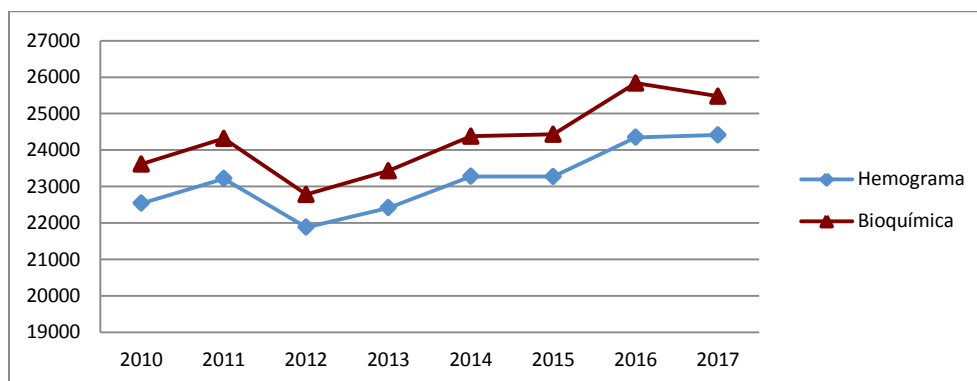


Ilustración 50. Pruebas de laboratorio principales solicitadas en 2010-2017

Respecto a las pruebas secundarias solicitadas en 2017 destacar el ascenso de pruebas microbiológicas (24% respecto a 2016). Se mantiene elevada la solicitud de hemostasias, prueba de escaso rendimiento diagnóstico, a pesar de la labor de información realizada a los profesionales (Ilustración 51):

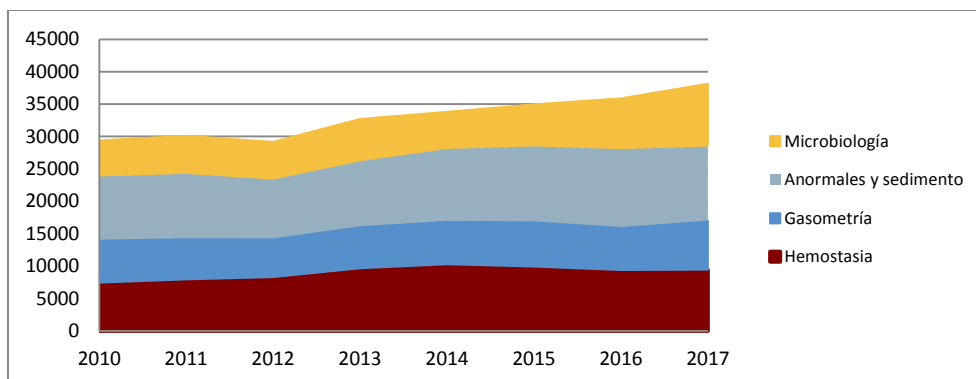


Ilustración 51. Pruebas de laboratorio secundarias solicitadas en 2010-2017

Respecto a las peticiones urgentes al Servicio de Radiodiagnóstico, observamos un descenso en el último año (Ilustración 52), congruente con la política de racionalización en las exploraciones radiológicas. Se prevé en el primer semestre de 2018 el desarrollo de la petición electrónica de pruebas radiológicas, dentro del proyecto urgencias sin papeles.

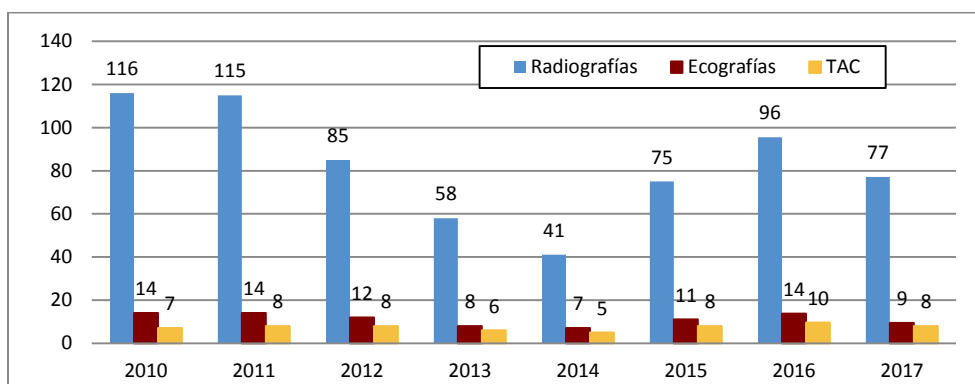


Ilustración 52. Pruebas de laboratorio secundarias solicitadas en 2010-2017

## Ingresos en la sala de Observación

El porcentaje de pacientes ingresados en Observación se sitúa en el 8.82%, es decir, 9574 pacientes durante 2017 (Ilustración 53), cifra que mantiene la tendencia decreciente desde la apertura y ampliación de la Sala de Terapia de Camas. En el año 2017 los niños ingresados en el área de Observación pediátrica han sido 560 (759 en 2016).

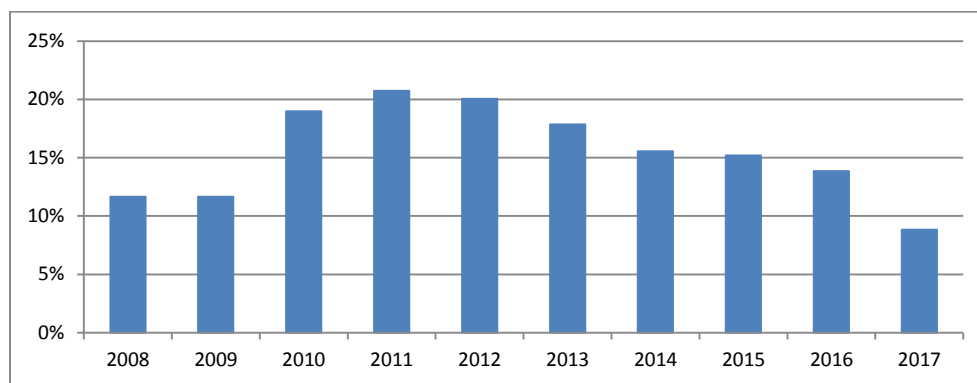


Ilustración 53. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación

En términos absolutos diarios apreciamos que en la sala de Observación ingresan 18 pacientes al día (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, para proteger la intimidad de las personas. Del mismo modo es necesaria la modernización del equipamiento y monitorización, dado el tiempo de estancia de los pacientes en esta sala.

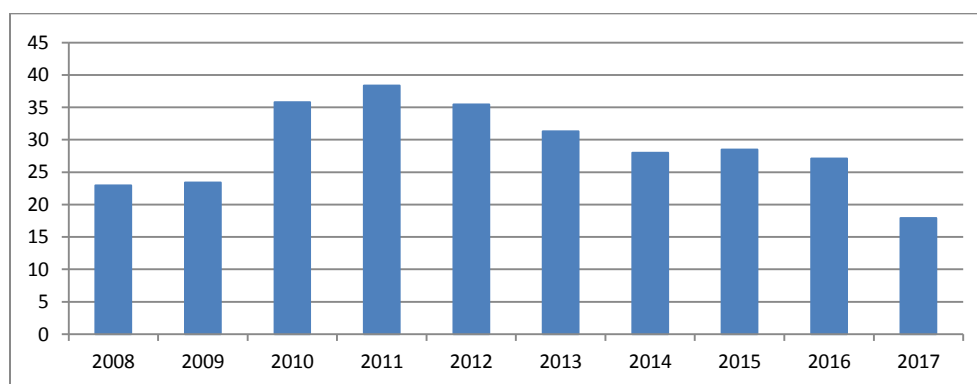


Ilustración 54. Media de pacientes diarios ingresados en Observación

# memoria de actividad 2017

Según el horario de asistencia observamos que durante el horario nocturno aumenta el porcentaje de pacientes que precisan ingreso en la Sala de Observación:

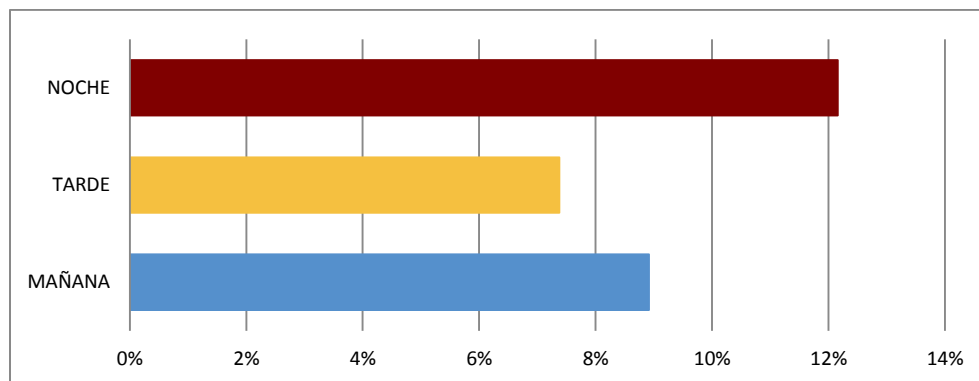


Ilustración 55. Porcentaje de pacientes ingresados en Observación según turno

También se refleja la tendencia mensual, donde destaca la elevada ocupación durante los meses de invierno, coincidiendo con la habitual y constante epidemia de patología respiratoria (Ilustración 56).

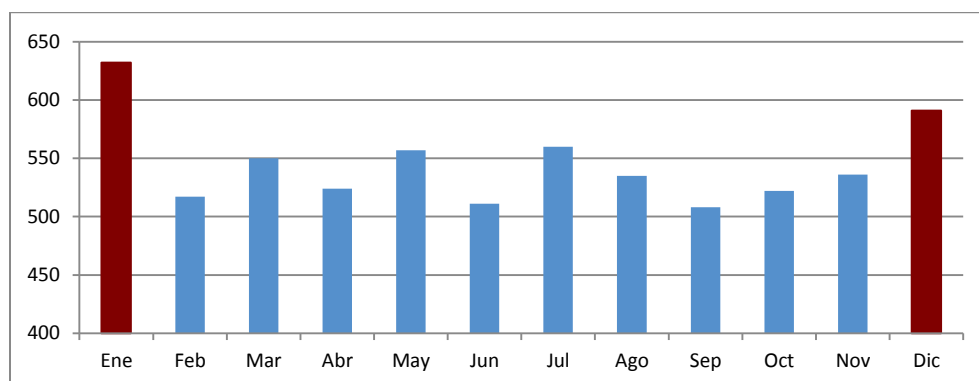


Ilustración 56. Número de pacientes ingresados en Observación en 2017

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

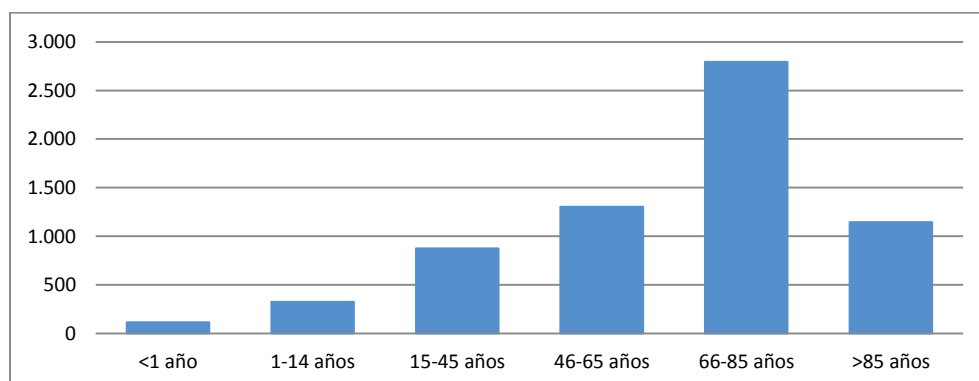


Ilustración 57. Número de pacientes ingresados en Observación por grupos de edad

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).

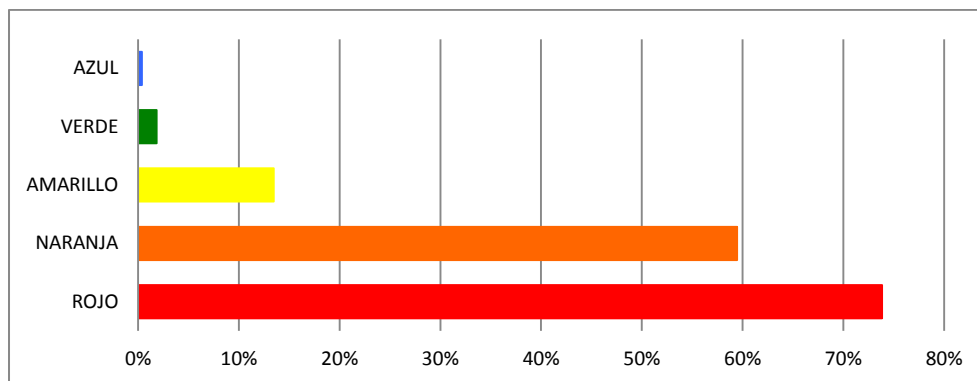


Ilustración 58. Porcentaje de pacientes por nivel de urgencia que ingresan en Observación

El tiempo de estancia en la sala de Observación se sitúa en 306 minutos en 2017, lo que mantiene la media de 300 minutos de los últimos años (Ilustración 59).

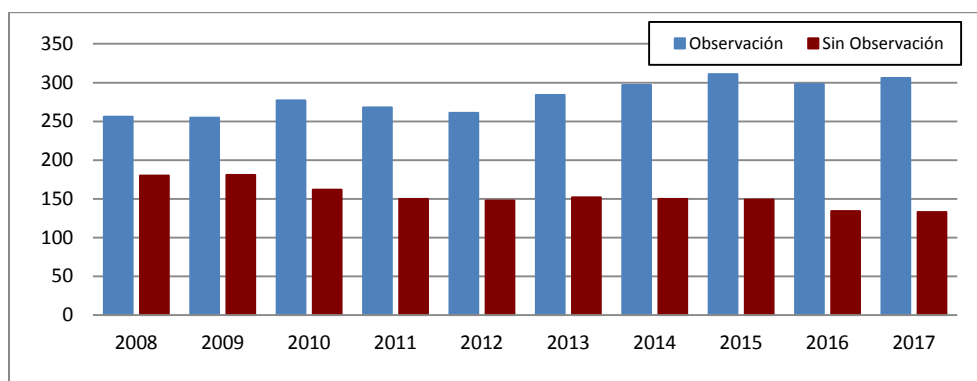


Ilustración 59. Tiempo de estancia en Observación y en pacientes no observados

El ingreso de esos pacientes es del 39.42%, 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).

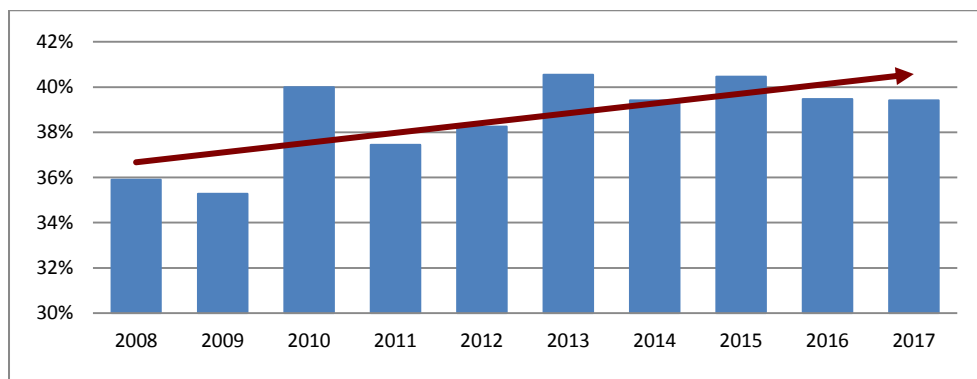


Ilustración 60. Porcentaje de pacientes de Observación que precisan ingreso

## Informes de alta

Según la especialidad del médico firmante del alta podemos afirmar que el 79% de ellas corresponden a los médicos de urgencias y sus médicos internos residentes, mientras que el 21% al resto de especialistas (Ilustración 61).

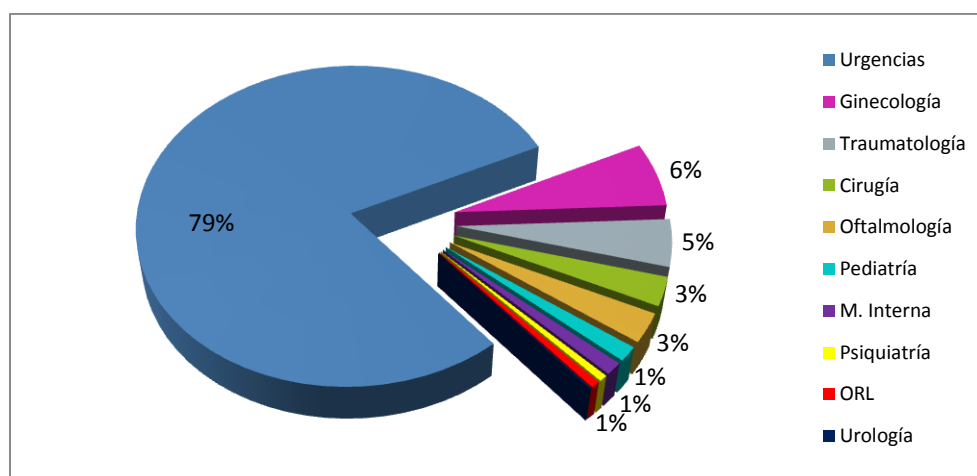


Ilustración 61. Porcentaje de altas según especialistas

El número de altas proporcionadas por los médicos de Urgencias mantiene la tendencia al alza de los últimos años, al mismo tiempo que las altas emitidas por el resto de especialistas ha ido disminuyendo, dotando de mayor independencia al Servicio de Urgencias y por consiguiente más valor a los buenos resultados representados (Ilustración 62).

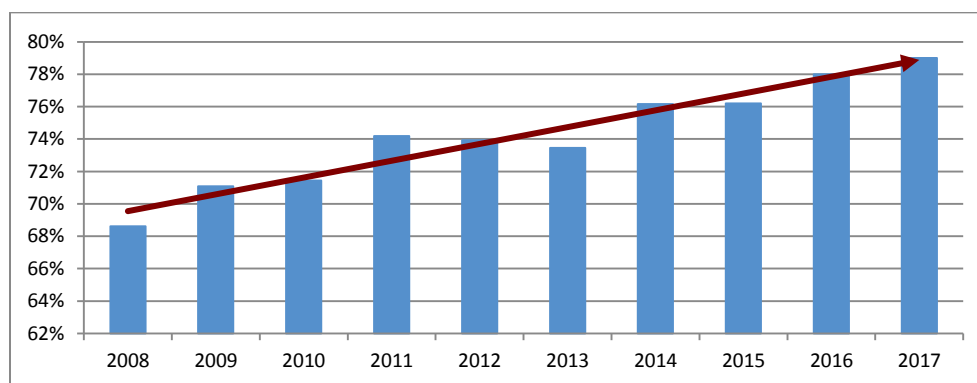


Ilustración 62. Porcentaje de altas por médicos de urgencias respecto al total de urgencias

El promedio diario de altas emitidas por los médicos de urgencias se sitúa en 2017 en 160.5 pacientes, mientras que el promedio de los otros especialistas de guardia de nuestro centro (médicos adjuntos e internos residentes) es el que se muestra en la siguiente ilustración 63.

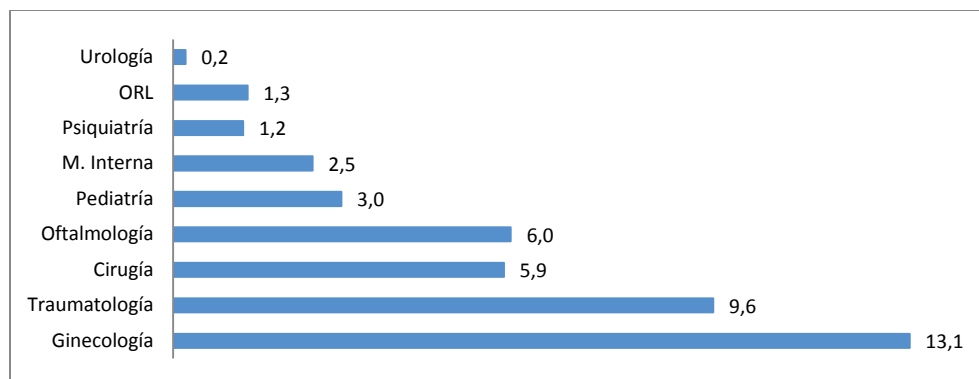


Ilustración 63. Promedio diario de altas por los otros especialistas

El porcentaje de codificación de los informes de alta en 2017 ha sido del 99.94%, dato que mantiene su tendencia positiva tras el desarrollo del nuevo sistema de trabajo (Ilustración 64).

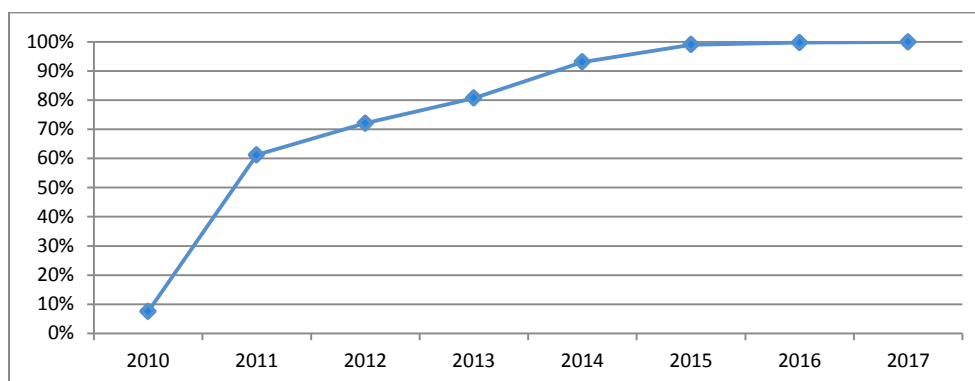


Ilustración 64. Porcentaje de diagnósticos codificados

Este año la prescripción electrónica por el personal del Servicio de Urgencias se sitúa en el 57.50%, manteniendo la tendencia positiva desde su implantación en mayo de 2012 (Ilustración 65). Los porcentajes de prescripción de las otras especialidades implicadas en la atención del paciente urgente son: COT: 38.88%, Cirugía: 38.7%, ORL: 39.75%, Oftalmología: 14.18%, Pediatría: 26.8%, Ginecología: 22.67%.

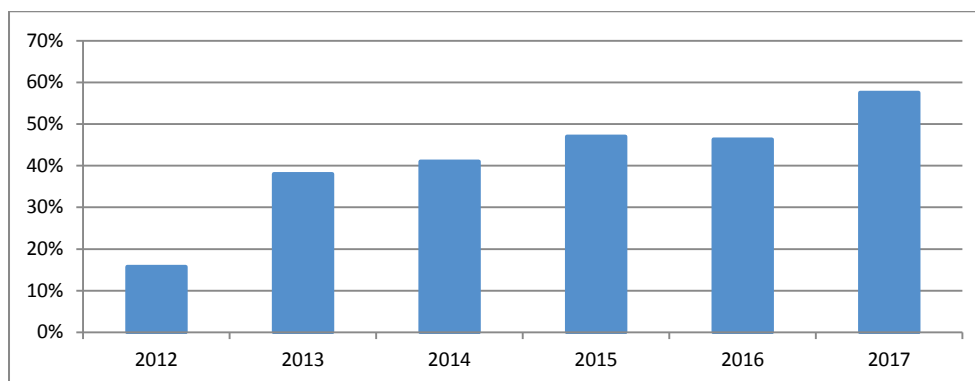


Ilustración 65. Porcentaje de recetas electrónicas por los médicos de urgencias

La tasa de retorno a las 72 horas se sitúa en 2017 en el 4.85% (Ilustración 66), hecho que permite alcanzar el objetivo propuesto por nuestro Servicio de tasas inferiores al 5%.

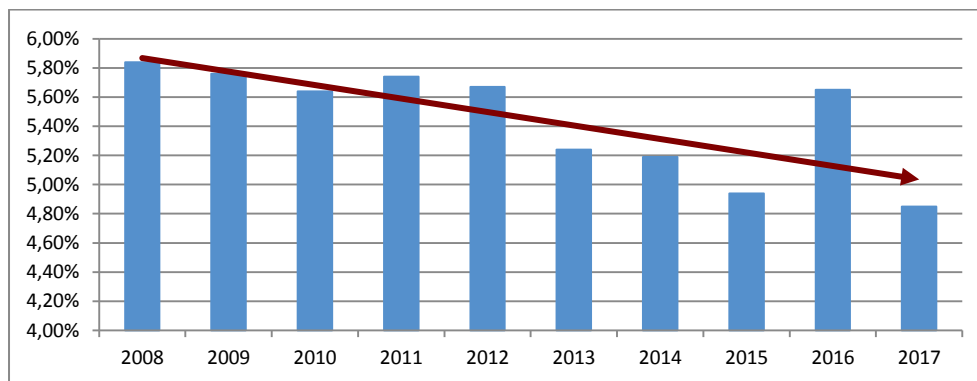


Ilustración 66. Tasa de retorno de pacientes en menos de 72h

Si atendemos a los grupos de edad comprobamos como influye la elevada tasa de retorno a las 72 horas en los pacientes pediátricos de 2 a 24 meses (Ilustración 67), por lo que se requerirían medidas específicas de atención a este grupo poblacional.

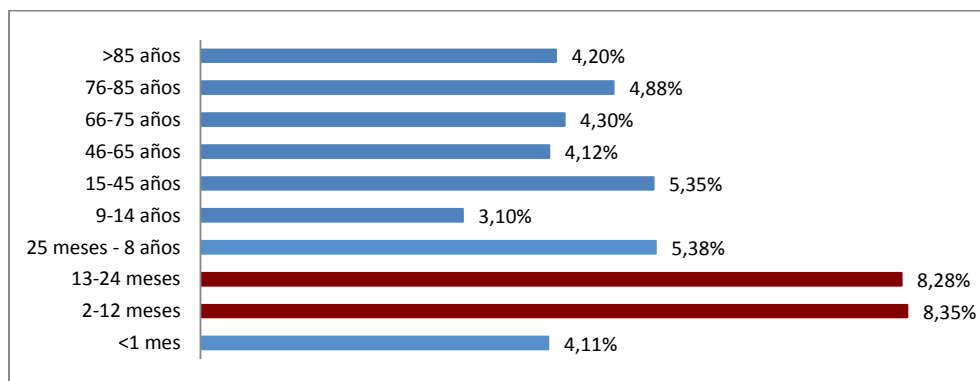


Ilustración 67. Tasa de retorno a las 72 horas por grupos de edad

Valorando la tasa de retornos según el turno de trabajo comprobamos como son los pacientes nocturnos aquellos con más posibilidades de revisita (Ilustración 68).

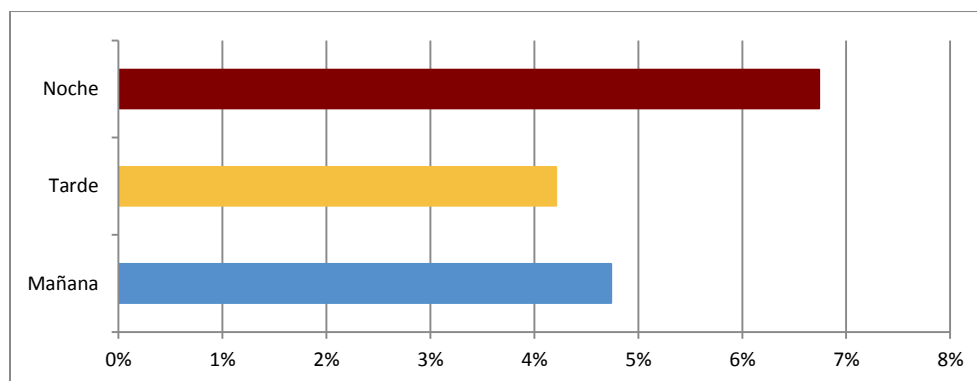


Ilustración 68. Tasa de retorno a las 72 horas por grupos de edad



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 69).

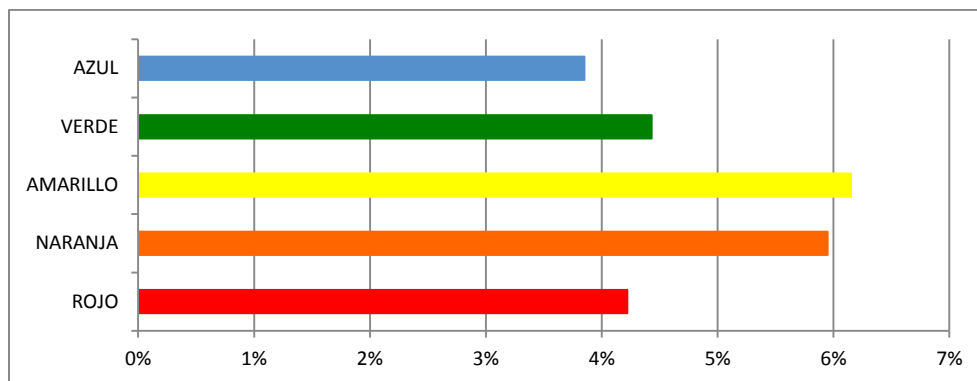


Ilustración 69. Tiempo medio de permanencia en minutos según prioridad de urgencia

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2017, comprobamos como éste influye claramente en la tasa de retorno (Ilustración 70).

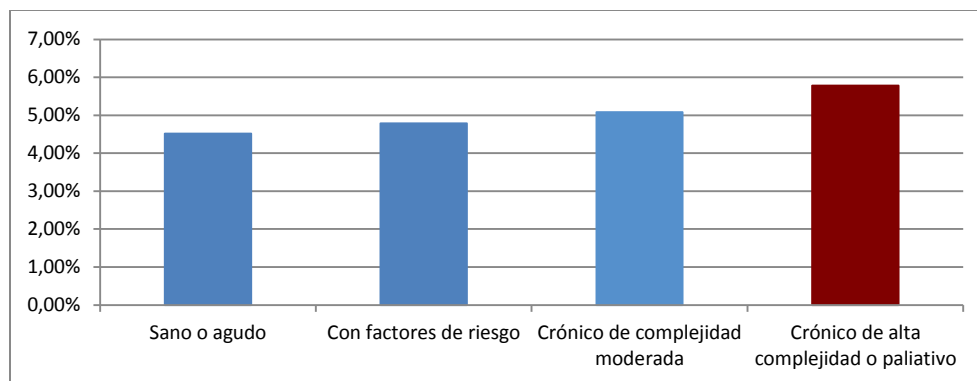


Ilustración 70. Tasa de retorno según el nivel de cronicidad de los pacientes

Analizando los retornos en función del servicio que proporciona el alta observamos como el Servicio de Urgencias tiene una tasa real del 4.29% (Ilustración 71):

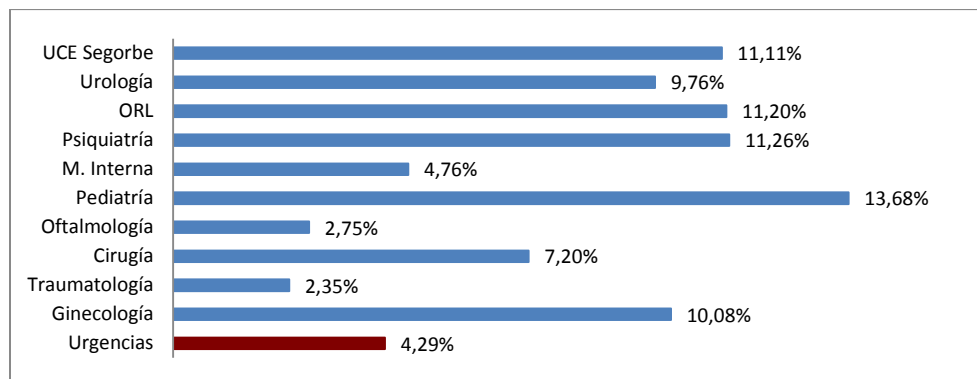


Ilustración 71. Tasa de retorno según la especialidad firmante del alta

El retorno de pacientes desde Observación a las 48 horas se sitúa en el 0.55%, cifra inferior a los últimos años (Ilustración 72), que apoya la seguridad y el buen criterio médico del personal asignado a esta sala.

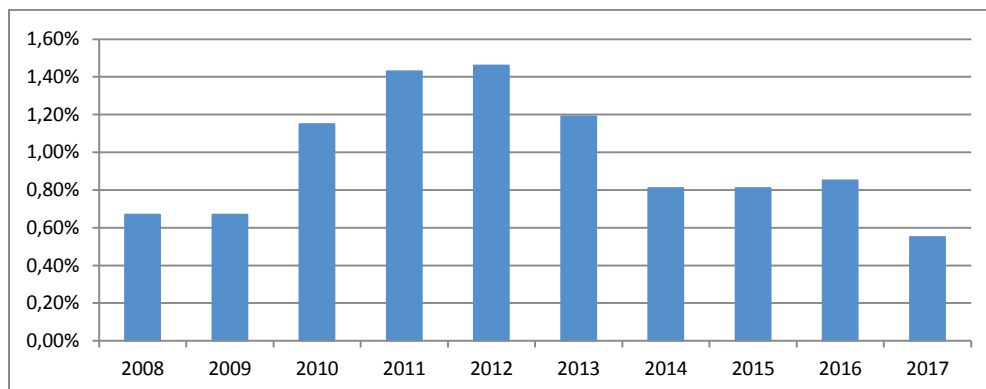


Ilustración 72. Tasa de retorno de pacientes desde Observación a las 48 horas

La evolución de los destinos al alta en estos últimos años 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. La siguiente ilustración muestra los destinos en 2017:

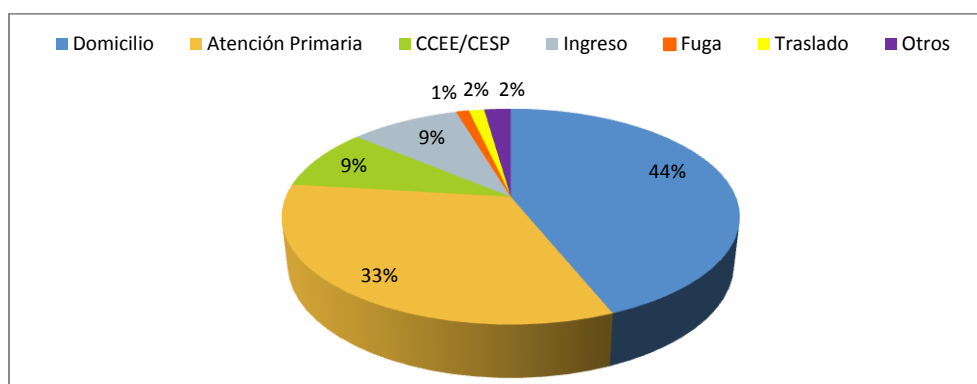


Ilustración 73. Destinos frecuentes de alta (número de pacientes)

El porcentaje de pacientes fugados se situó en el 1.05%, lo que mantiene la tasa de los últimos años dentro del rango 0.8-1.0% (Ilustración 74). Destacar los meses de verano por la mayor afluencia (1.41% en julio, 1.47% en agosto).

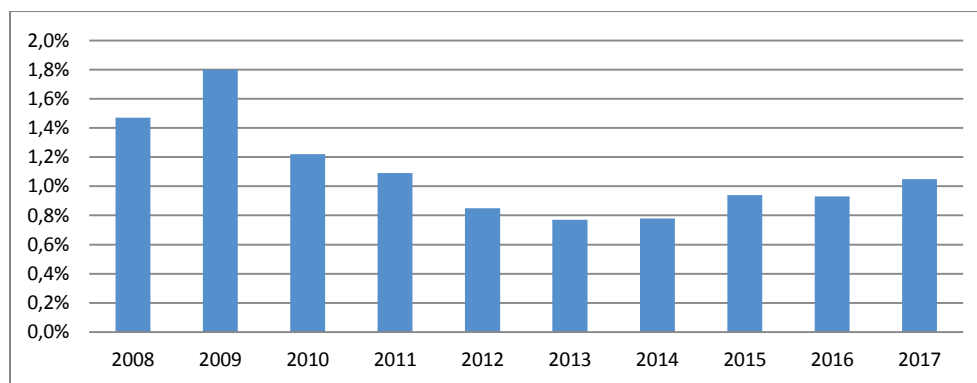


Ilustración 74. Porcentaje de pacientes fugados

La tasa de mortalidad del Servicio se sitúa en el 0.75%, cifra estabilizada si observamos el patrón evolutivo desde 2008 (Ilustración 75).

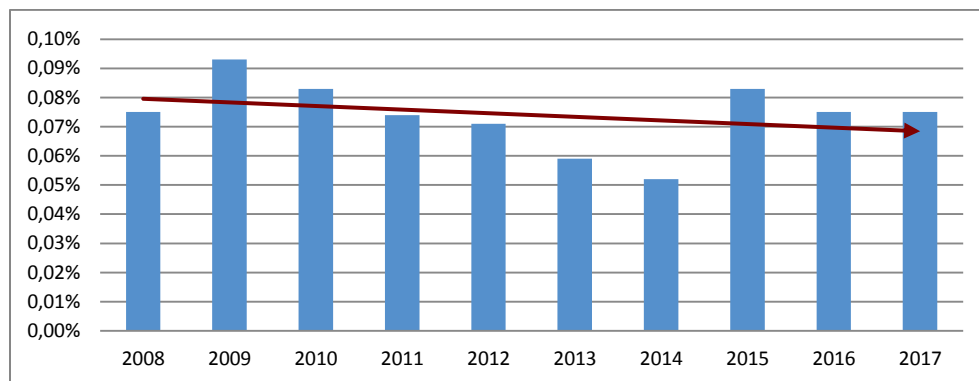


Ilustración 75. Mortalidad en el Servicio de Urgencias

Se han producido un total de 977 traslados desde Urgencias Generales y de Maternidad de pacientes a otros centros, lo que supone el 1.32% de todos los pacientes atendidos.

## Ingresos

El porcentaje de urgencias generales ingresadas en 2017 se sitúa en el 9.29%, lo que mantiene la tendencia a la baja de los últimos años (Ilustración 76).

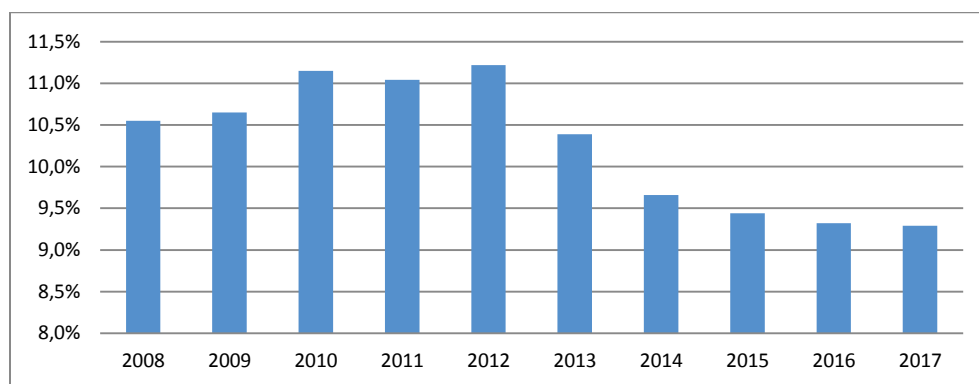


Ilustración 76. Porcentaje de ingresos por año

Analizando los ingresos hospitalarios por grupos de edad, es destacable la tasa de ingreso en pacientes mayores de 65 años que se sitúa en el 19.33% en 2017 (Ilustración 77), así como el porcentaje de ingresos pediátricos respecto de los niños atendidos es del 3.10% (Ilustración 78).

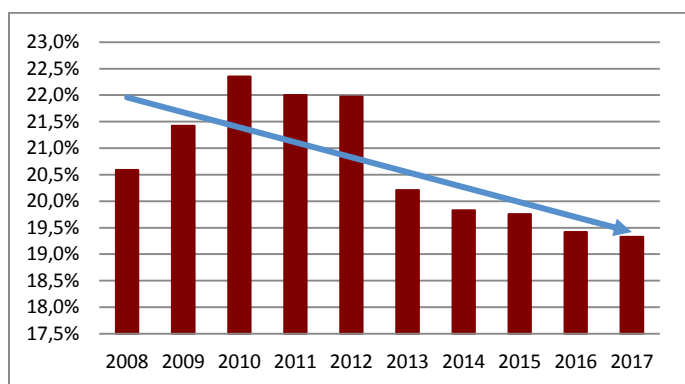


Ilustración 77. Ingresos >65 años por año

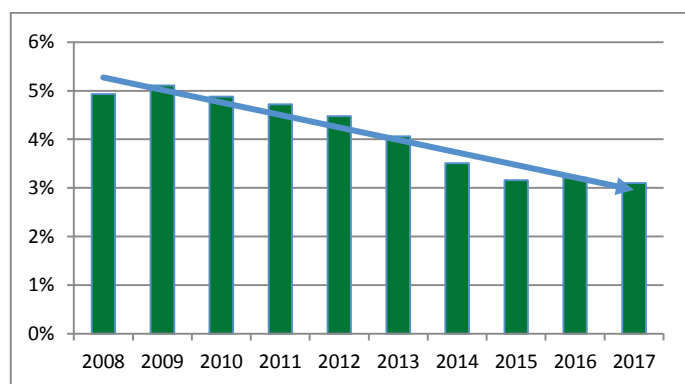


Ilustración 78. Ingresos <15 años por año

Si valoramos el número de ingresos por número de pacientes (6893 en 2017), comprobamos como se mantiene estable a pesar del aumento en la demanda de los últimos dos años, con una media de 19 ingresos totales diarios.

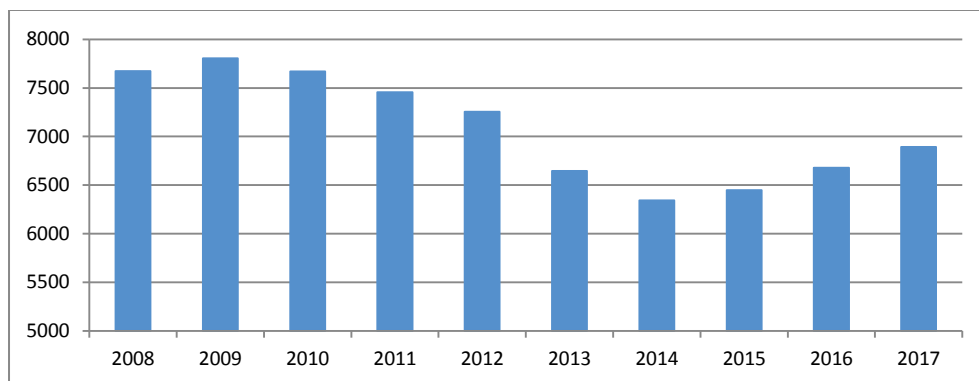


Ilustración 79. Número absoluto de ingresos anuales

La evolución mensual de la tasa de ingresos en el Servicio de Urgencias Generales queda reflejada en las Ilustraciones 80 y 81, manteniéndose similar a años anteriores, con aumento de los mismos en época invernal.

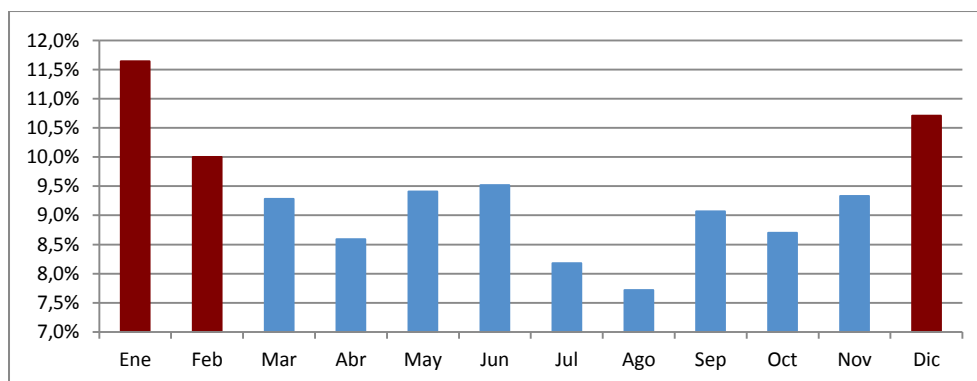


Ilustración 80. Ingresos por mes en 2017

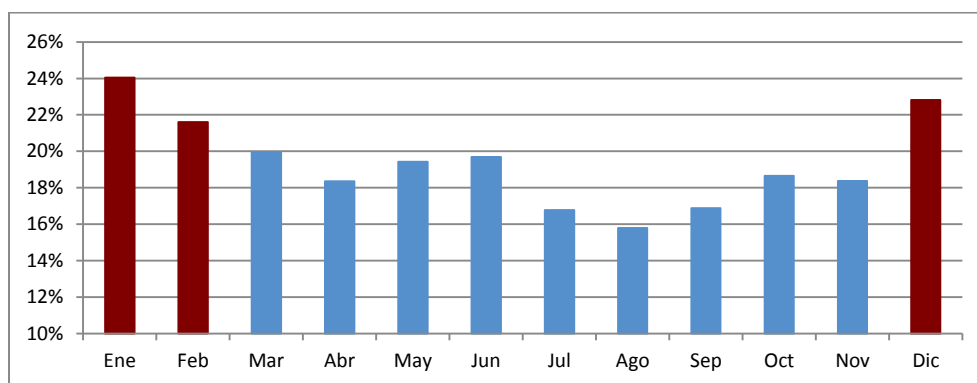


Ilustración 81. Ingresos >65 años por mes en 2017

Si analizamos los ingresos de cada tramo horario respecto del total de pacientes asistidos en él, observamos como en horario matutino se ingresaron el 9.66% de los pacientes, en el vespertino el 7.97% y en el nocturno el 11.62%. La distribución mensual de los ingresos queda reflejada en la Ilustración 82.

# memoria de actividad 2017

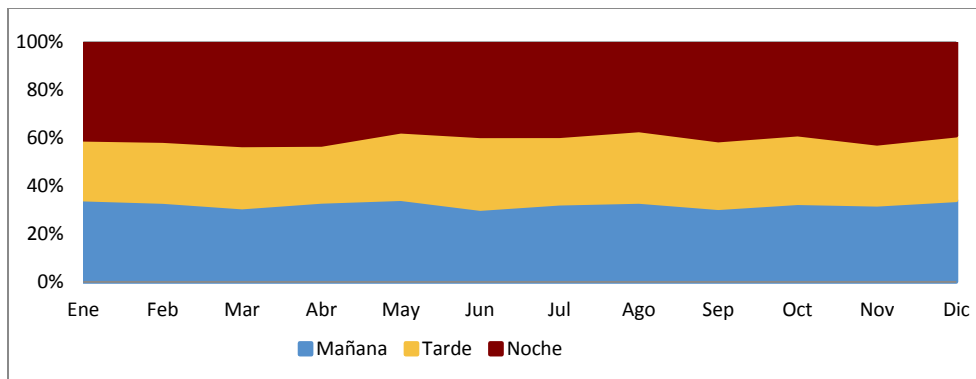


Ilustración 82. Distribución de ingresos según turno de trabajo

Si atendemos al nivel de cronicidad de los pacientes atendidos en 2017, comprobamos como éste influye claramente en la decisión de ingreso (Ilustración 83).

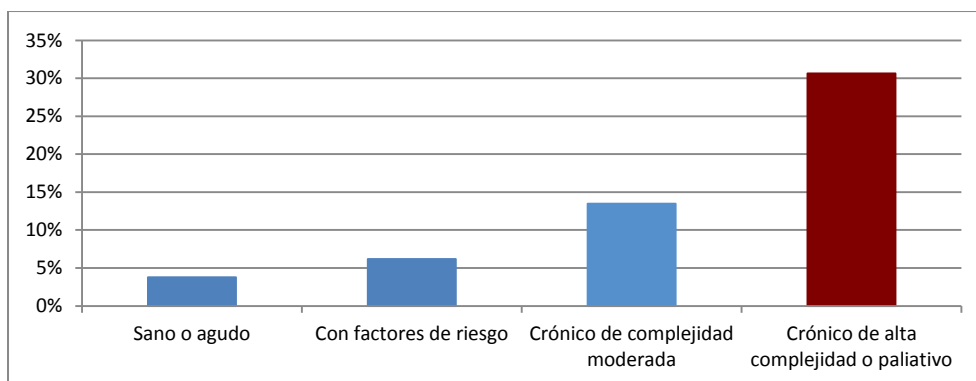


Ilustración 83. Porcentaje de ingresos según el nivel de cronicidad de los pacientes

Si relacionamos el porcentaje de ingresos anuales en 2017 y a la prioridad de la urgencia comprobamos:

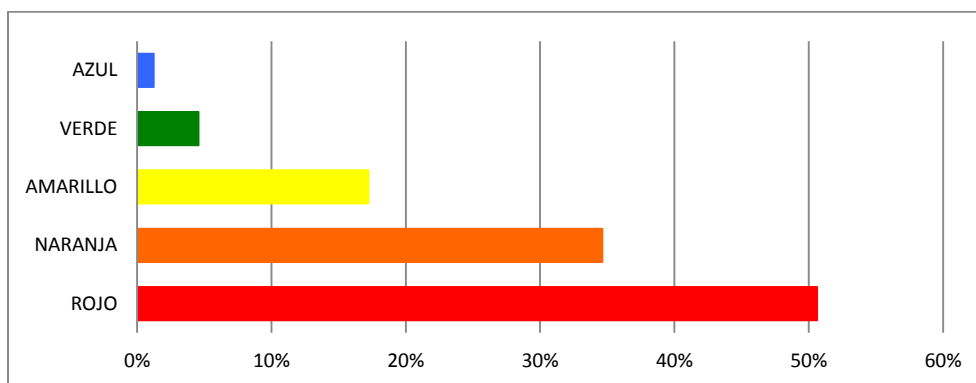


Ilustración 84. Porcentaje de ingresos según prioridad de la urgencia

Comprobamos también cómo los ingresos en la Unidad de Medicina Intensiva en los últimos 5 años permanecen estables (Ilustración 85), produciéndose el ingreso de 256 pacientes en 2017 (0.7 pacientes diarios).

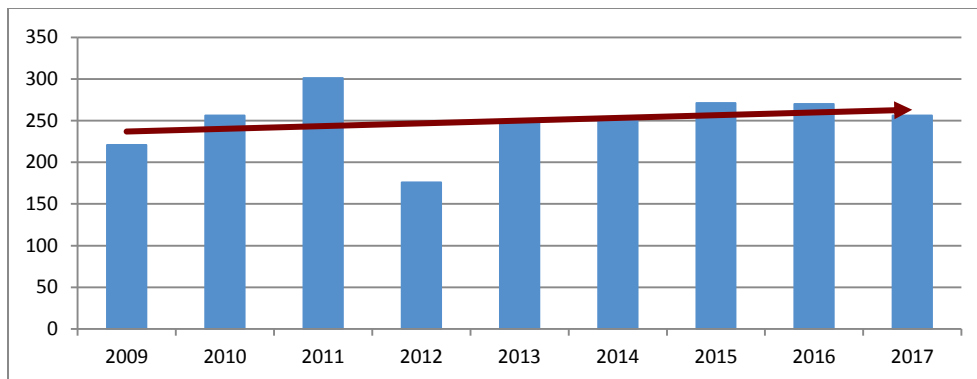


Ilustración 85. Ingresos anuales en la Unidad de Medicina Intensiva

Si analizamos el número de pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias Generales en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (0.77% de todos los ingresos) y en la Unidad de Corta Estancia de Segorbe (1.04% 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 86-88).

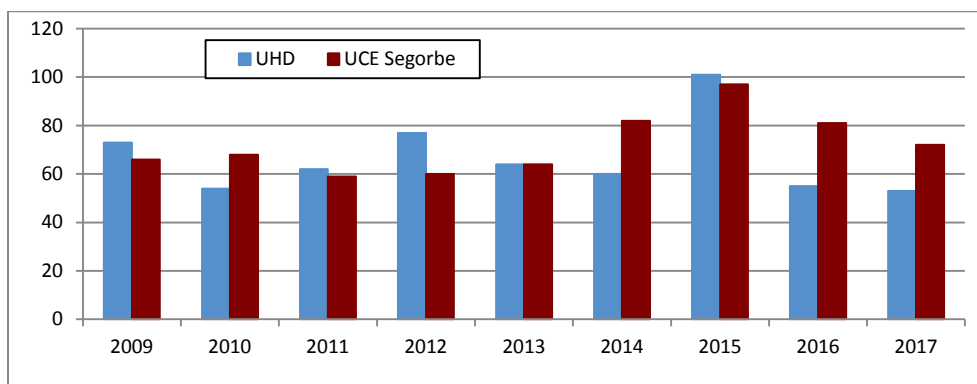


Ilustración 86. Número de pacientes destinados al alta a UHD y UCE Segorbe

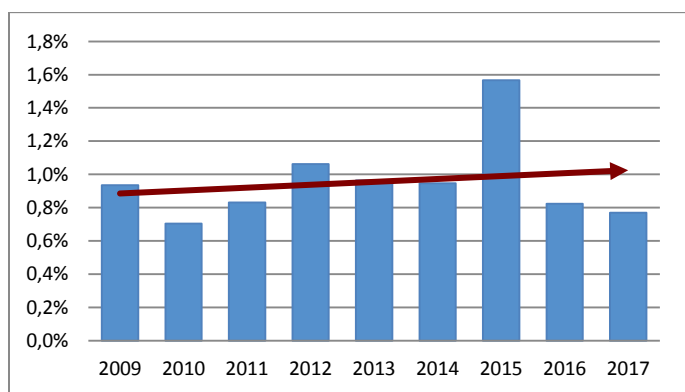


Ilustración 87. Porcentaje de ingresos en UHD respecto al total

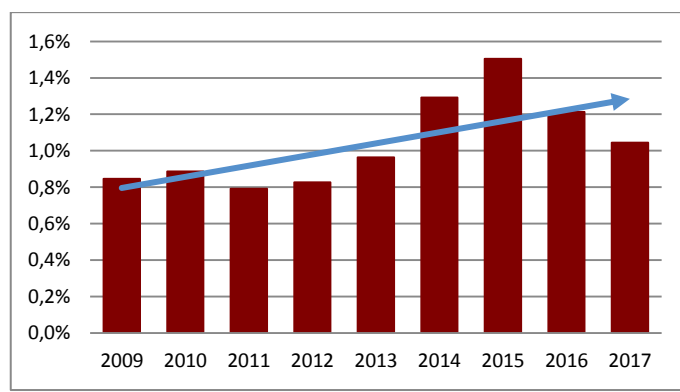


Ilustración 88. Porcentaje de ingresos en UCE Segorbe respecto al total

## Consumos

El consumo del Servicio de Urgencias en 2017 mantiene la tendencia creciente de los últimos años (Ilustración 89):

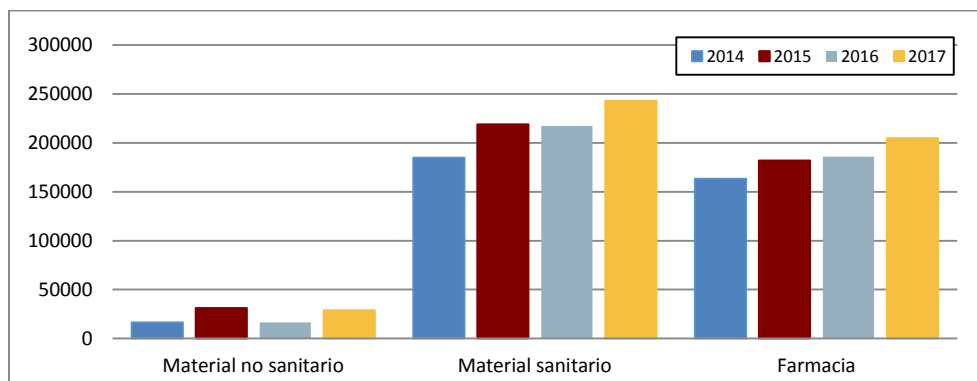


Ilustración 89. Consumos años 2014-2017 del Servicio de Urgencias

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 registro	68.000
2º	Hojas de etiquetas laboratorio	51.500
3º	Díptico familiares urgencias	50.000
4º	Vasos desechables	13.000
5º	Hoja de enfermería urgencias	10.000
6º	Sobre 115x225 mm	8.000
7º	Esponja jabonosa	7.968
8º	Etiqueta patología 25x12	7.000
9º	Hoja petición ambulancia	6.200
10º	Cucharas plástico desechable	6.100

	MATERIAL NO SANITARIO	IMPORTE
1º	Orden de ingreso	8139,48
2º	Hojas de etiquetas registro	3052,93
3º	Hojas de etiquetas laboratorio	2336,83
4º	Díptico familiares urgencias	2044,90
5º	Bolsa blanca 52x60	1782,29
6º	Papel DIN A4 (500 hojas)	1083,92
7º	Toner negro	983,98
8º	Hoja petición Rx	955,13
9º	Papel ECG MAC1200	874,23
10º	Bobina secamanos	862,49

	MATERIAL SANITARIO	CANTIDAD
1º	Guante vinilo elastificado M	145.700
2º	Guante vinilo elastificado L	86.000
3º	Electrodo clip-foam	82.540
4º	Guante vinilo elastificado S	74.198
5º	Pulsera identificativa adultos	68.750
6º	Guante nitrilo examen M	55.800
7º	Guante nitrilo examen S	41.500
8º	Aguja punta roma carga med.	35.800
9º	Tejido 20x20 estéril	34.500
10º	Jeringa estéril 5cc	31.800

	MATERIAL SANITARIO	IMPORTE
1º	Conector microclave	16797,01
2º	Alargadera con 2 válvulas	13177,51
3º	Sistema infusión autopurgable	10756,90
4º	Hemocultivos anaeróbicos	9852,73
5º	Hemocultivos aeróbicos	9719,33
6º	Catéteres periféricos iv 20G	9313,73
7º	Pulsera identificativa adultos	7994,32
8º	Sistema fijación vías periféricas	6004,35
9º	Equipo BiPAP mascarilla y circuito	4879,93
10º	Equipo bomba infusión	4821,73



# memoria de actividad 2017

Durante el año 2017 el gasto por consumo de fármacos ha supuesto un desembolso de 204.994€. La evolución de este gasto queda reflejada en la siguiente gráfica.

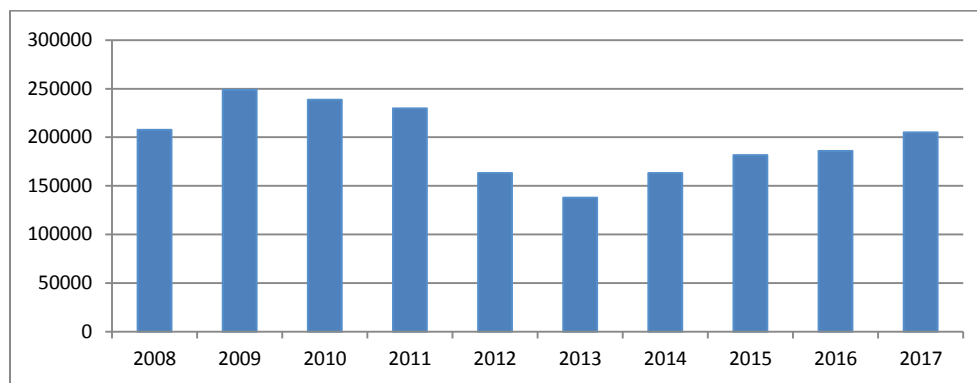


Ilustración 86. Gasto farmacéutico intrahospitalario

Los 20 fármacos más consumidos en el Servicio de Urgencias y los que han generado más gasto en 2017 vienen reflejados en la siguiente tabla:

	FÁRMACO	CANTIDAD
1º	Cloruro sódico 100 amp 10ml	23.955
2º	SF 50 bolsas 100ml	15.450
3º	SF 20 bolsas 500ml	10.580
4º	Paracetamol 1g 10 frascos	7.720
5º	Diazepam 5mg 500 comp	6.300
6º	Enantyum 50mg 100 amp	5.755
7º	Metoclopramida 10mg 120 amp	4.948
8º	Combiprasal 20 amp	4.860
9º	Metamizol 2g 100 amp	4.585
10º	Omniflush 100 jeringas	4.279
11º	Pantoprazol 40mg 50 viales	4.055
12º	Menalmina 1% 40ml	3.536
13º	Naproxeno 500mg 500 comp	3.265
14º	Agua para inyectables 10ml 100 amp	3.082
15º	Paracetamol 650mg 500 comp	2.665
16º	Omeprazol 20mg 500 caps	2.241
17º	Furosemida 20mg 50 v	2.105
18º	Mepivacaína 2% 100 amp	2.048
19º	Ibuprofeno 600mg 500 comp	1.980
20º	Ondansetron 4mg 50 amp	1.656

	FÁRMACO	IMPORTE
1º	Ferinject 500mg	30.029,00
2º	Octaplex	20.792,76
3º	Beriplex	13.103,83
4º	Actilyse 50mg	11.801,49
5º	Plangamma iv 5% 200ml	11.363,52
6º	SF 100ml	10.926,18
7º	SF 500ml	10.076,18
8º	Metalyse 10000U	7.095,48
9º	Paracetamol 1g	4.977,82
10º	Metalyse 8000U	4.867,12
11º	Invanz 1g	4.501,57
12º	Brinavess 500mg	2.750,82
13º	SF 10ml	2.740,46
14º	Combiprasal	2.309,61
15º	Viaflex SF 100ml adapt	2.097,89
16º	Kalinox	1.994,72
17º	Pantoprazol 40mg	1.824,35
18º	Menalmina 1% 40ml	1.765,17
19º	Abilify 400mg vial	1.700,00
20º	Enantyum 50mg	1.616,13

## 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).

### PROTOCOLOS

- **Elaboración de Protocolos Clínicos y Guías de Actuación Internas:**
  - Protocolo de actuación en mordeduras de animales con riesgo de transmisión de rabia (versión 2017). Marzo 2017. *Noceda Bermejo, J. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y Medicina Preventiva.*
  - Manejo y derivación de la hemorragia subaracnoidea no traumática. Marzo 2017. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y Medicina Intensiva.*
  - Guía para el manejo de la agudización de la EPOC. Marzo 2017. *Vinuesa de Miguel, A. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y Neumología.*
  - Protocolo de ingreso de donantes potenciales de órganos (versión 2017). Abril 2017. *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias y Medicina Intensiva.*
  - Fibrilación auricular. Guía para el manejo en Urgencias (versión 2017). *Noceda Bermejo, JJ. Consensuado entre el Servicio de Urgencias, Cardiología, Medicina Intensiva y Atención Primaria.*
  - Protocolo de hemorragia masiva. Noviembre 2017. *Elaborado por Servicio de Anestesiología y Reanimación. Consensuado con el Servicio de Urgencias, Medicina Intensiva y Hematología.*
  - Guía extrahospitalaria de manejo del síndrome coronario agudo. Diciembre 2017. *Benlloch Llopis, F. Consensuado entre el Servicio de Urgencias, Medicina Intensiva, Emergencias y Atención Primaria.*
- **Elaboración de Protocolos Generales y Organizativos:**
  - Protocolo de cargas de trabajo. Marzo 2017. *Noceda Bermejo, J.*
  - Protocolo de participación de los trabajadores. Marzo 2017. *Noceda Bermejo, J.*
  - Protocolo de flujos de comunicación. Marzo 2017. *Noceda Bermejo, J.*
  - Protocolo para la organización de horarios y días de descanso. Abril 2017. *Noceda Bermejo, J.*
  - Urgencias ORL y maxilofaciales. Criterios de interconsulta y derivación. Abril 2017. *Noceda Bermejo, J.*
  - Protocolo para la solicitud de la alcoholemia. Julio 2017. *Noceda Bermejo, J.*

# memoria de actividad 2017

## SESIONES CLÍNICAS

### ENERO

- 12: Actualización y manejo de infecciones. Dra. N. Orozco.
- 19: Mordedura de murciélago. Dra. A. Oltra.
- 26: Tromboembolismo pulmonar. Dra. P. Ramón.
- 31: Sesión general coordinada por COT. Politrauma.

### FEBRERO

- 2: Diferencial del dolor torácico. Dra. MC. Vázquez.
- 9: Manejo en urgencias de la paciente embarazada. Dra. S. Camarena.
- 16: Sedación paliativa. Dra. R. Blanes.
- 17: Guía para el manejo de la AEPOC. Dr. A. Vinuesa.
- 23: Sesión general coordinada por Medicina Interna.
- 24: Hemorragia digestiva-colitis isquémica. Dra. MJ. Díaz.

### MARZO

- 2: Intoxicación aguda por drogas. Dr. G. Malavé.
- 9: Manejo y derivación de la HSA no traumática. Dr. J. Noceda.
- 10: Manejo de la trombopenia. Dra. C. Monrabal.
- 23: Manejo de la vía subcutánea. Dr. V. Benlliure.
- 28: Manejo del dolor en urgencias. Dr. J. Noceda.
- 30: Sesión general coordinada por Cirugía general.
- 31: Golpe de calor. Dra. T. Sánchez.

### ABRIL

- 6: Manejo de la hematuria. Dra. P. Martín.
- 20: Derrame pleural. Dra. G. Martínez.
- 27: Infección urinaria. Dra. V. Morant.

### MAYO

- 10: Sesión general coordinada por Oftalmología.
- 11: Memoria de actividad de Urgencias. Dr. J. Noceda.
- 22: Sesión general coordinada por Medicina Familiar y Comunitaria.

### JUNIO

- 21: Anticoagulantes orales de acción directa. Dra. I. Navarro.
- 22: CRM. Dr. J. Sorribes.

### OCTUBRE

- 16: Fracturas de cadera en grandes ancianos. Sesión general coordinada por COT.
- 19: Urticaria, anafilaxia y angioedema. Dra. S. Miralles.
- 20: Manejo del esguince cervical. Dra. V. Morant.
- 26: Actualización en sepsis. Scores. Dra. G. Martínez.
- 27: Amigdalitis. Sesión general coordinada por Medicina Interna.

### NOVIEMBRE

- 2: Guías de intubación difícil imprevista DAS 2015. Dra. MJ. Díaz.
- 9: Guías ESC 2017 manejo IMACEST. Dra. M. Alcaraz.
- 10: Consenso SEMES 2015 ICA. Dra. P. Ramón.
- 16: Guías ESC 2016 Fibrilación auricular. Dra. MC. Sáez.
- 17: Intoxicación por monóxido de carbono. Dra. P. Martín.
- 20: Sesión general coordinada por Cirugía general.
- 21: Unidad de enfermedades autoinmunes. Dra. I. Jiménez.

- 23: Nuevos antidiabéticos. Dr. A. Bautista.
- 24: Fármacos en embarazo. Dra. C. Monrabal.
- 30: MESSI score para la ICA. Dra. A. Gómez.

## DICIEMBRE

- 1: Ecografía en la disnea aguda. Dr. J. Garrigós.
- 14: Entrevista psiquiátrica. Dra. N. Orozco.
- 15: Guías AHA 2017 manejo del síncope. Dra. A. Millán.
- 19: Hidradenitis supurativa. Dra. N. Martí.
- 20: Urgencias traumatológicas, ¿qué podemos mejorar? Dr. J. Noceda.
- 21: ITU, síndrome escrotal agudo, prostatitis. Dra. S. Camarena.

## CURSOS Y JORNADAS

### • Cursos del Hospital de Sagunto:

- Curso de formación INCATIV. Hospital de Sagunto. Febrero – mayo 2017.
- Curso “Recordar buenas costumbres”. Hospital de Sagunto. 6 marzo – 10 marzo 2017.
- Curso de formación del nuevo programa de laboratorio. Hospital de Sagunto. 6 abril – 11 abril 2017.
- Curso de formación del módulo de prescripción. Hospital de Sagunto. 24 octubre – 31 octubre 2017.
- Curso de Urgencias Pediátricas 2017. Hospital de Sagunto. 23 mayo – 25 mayo 2017.
- XIII Curso de Urgencias para Médicos Internos Residentes. Hospital de Sagunto. 29 mayo – 8 junio 2017.
- I Curso de Urgencias Avanzadas. Hospital de Sagunto. 12 junio – 22 junio 2017.
- Curso “Recordar normas”. Hospital de Sagunto. 6 noviembre – 11 noviembre 2017.
- Curso de formación en humanización sanitaria. Hospital de Sagunto. 11 diciembre – 15 diciembre 2017.

### • Jornadas del Hospital de Sagunto:

- Síndrome coronario agudo en 2016. Sesión clínica interdepartamental. 22 febrero 2017.
- Triage Manchester. 10 mayo 2017.
- Taller de ventilación mecánica no invasiva para enfermería. 18 mayo 2017.
- Jornada de formación en violencia de género para Ginecólogos y Matronas. 13 junio 2017.
- Taller de vendajes y suturas para M.I.R. 20 junio 2017.
- Jornada de cuidados paliativos. Presentación de la guía de cuidados paliativos en el Departamento de Sagunto.
- Taller de inmovilización mecánica para enfermería y celadores. 19 y 20 julio 2017.
- Taller de ventilación mecánica no invasiva para enfermería. 18 mayo 2017.
- II Jornada del Departamento de Salud de Sagunto contra la Violencia de Género. 24 noviembre 2017.
- I Jornada de actualización en el SCA extrahospitalario. 11 diciembre 2017.
- Los cuidados que no se ven. I Jornada del Departamento de Salud de Sagunto. 15 diciembre 2017.

### • Docentes en Cursos Externos:

- Taller de simulación en VMNI y cuidados respiratorios. Nivel intermedio (2ª ed.). Centro de simulación clínica avanzada. Cuidados respiratorios. Respimed. Valencia, 3-4 febrero 2017. Dr. A. Dolz.
- IX Curso SECUR de Ventilación Mecánica No Invasiva. Valencia, 2-4 marzo 2017. Dr. A. Dolz.

- **Asistencia a Cursos, Congresos y Jornadas:**

- PROSEMES – Programa Oficial de Actualización Profesional en Medicina de Urgencias y Emergencias. SEMES 2º año. Dra. C. García. Dr. G. Gómez. Dr. JJ. Noceda.
- Máster universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias (120 créditos). Universidad Miguel Hernández. Dr. S. García de León.
- Jornada de arritmias. Hospital de Liria, 3 febrero 2017. Dra. C. García.
- Taller de simulación en VMNI y cuidados respiratorios. Nivel intermedio (2ª ed.). Centro de simulación clínica avanzada. Cuidados respiratorios. Respimed. Valencia, 3-4 febrero 2017. Dr. JJ. Noceda.
- VI Jornada de humanización y ética en Atención Primaria “Al final de la vida”. SVMFYC. Valencia, 22 febrero 2017. Dra. A. Ruiz.
- Jornada de abticoagulación. SEMES. Albacete, 12 mayo 2017. Dra. C. García.
- Curso de ecografía clínica en patología aguda, urgente y crítica (Nivel intermedio). ecoSEMES. Madrid, 17-19 marzo 2017. Dr. F. Benlloch, Dr. JJ. Noceda.
- Guía sobre el manejo del síndrome de dolor regional complejo. Hospital Intermutual de Levante. Valencia, 18 mayo 2017. Dra. M. Catalá.
- XXIX Congreso Nacional SEMES. Alicante, 7-9 junio 2017. Dra. V. Pastor, Dra. C. García, Dr. S. García de León, Dr. F. Benlloch, Dr. JJ. Gil, Dr. JJ. Noceda.
- I Jornada de actualización del tratamiento de dolor. Puesta al día en tratamiento del dolor lumbar. UDO. Valencia, 30 junio 2017. Dra. M. Catalá.
- La salud del MIR. Taller para tutores y responsables docentes. Fundación Galatea. 19 octubre 2017. Dra. V. Pastor
- 39º Congreso Nacional SEMERGEN. Granada, 25-28 octubre 2017. Dr. JJ. Gil.
- Best clinical practice with LMWH 2017. Budapest, 15-17 noviembre 2017. Dr. JJ. Noceda.
- II Jornadas SEMES-MIR de la Comunidad Valenciana sobre ecografía de urgencias. SEMES. Alicante, 14 diciembre 2017. Dra. A. Ruiz, Dr. S. García de León.

## Quejas y agradecimientos

Durante el año 2017 no se ha realizado en el Servicio de Urgencias ninguna encuesta a nuestros pacientes, con objeto de conocer su opinión acerca de la asistencia prestada (la última efectuada es de 2016). Es recomendable realizar al menos, una encuesta de satisfacción anual para poder de este modo tener una herramienta más con la que mejorar la atención sanitaria que ofrecemos.

Sin embargo, analizando la evolución temporal de las quejas y agradecimientos al Servicio de Urgencias y su personal, según los datos que constan en el S.A.I.P., comprobamos como existe una tendencia negativa que obliga a tomar medidas correctoras (Ilustración 87).

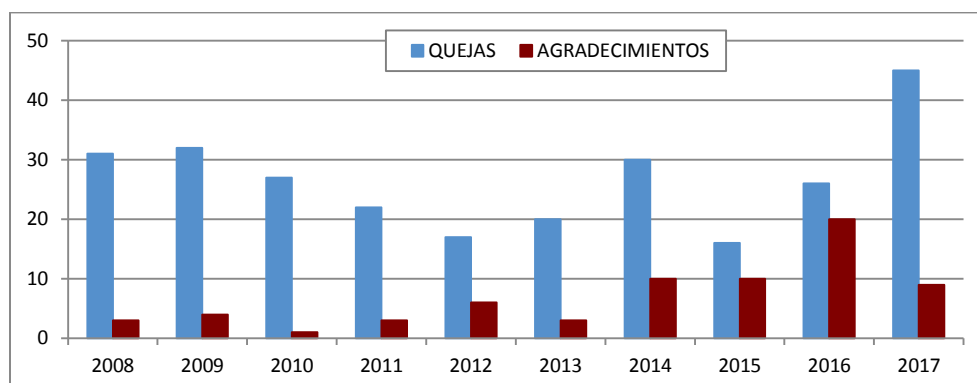


Ilustración 87. Quejas y reclamaciones a Urgencias