



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC

DOSSIER DE RESULTATS QUALITATIUS DEL CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

ANY 2021

Document elaborat per:

Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients

Consorti Hospitalari de Vic

30/05/2022

*Amb la finalitat de potenciar i col·laborar en la disminució de recursos, i seguint el compromís de l'organització vers el medi ambient, us recomanem **no imprimir el document sencer**. Imprimiu únicament els apartats que siguin del vostre interès.*

SUMARI

INTRODUCCIÓ	3
PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT	4
POLÍTICA DE QUALITAT DEL CHV	4
SEGURETAT DELS PACIENTS	6
CIUTADÀ	8
RESULTATS DE PLANIFICACIÓ	8
RESULTATS DE CONTROL	8
PROCESSOS	17
Resultats de PLANIFICACIÓ de processos/circuits	17
Modelatge dels processos	17
Acreditació de Centres d'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA a Catalunya	17
Resultats de CONTROL de processos/circuits	19
Programa de detecció precoç del càncer de mama a la comarca d'Osona	19
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte a la comarca d'Osona (PDPCCR)	20
Protocols institucionals – de procés	21
PRODUCTE	25
Resultats de PLANIFICACIÓ de producte	25
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència (ADBE)	25
Resultats de CONTROL de producte	26
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència (ADBE)	26
PIPS (PROMOCIÓ I PREVENCIÓ DE LA SALUT)	29
Documentació clínica	31
Terapèutica	34
Teixits	38
Tumors	40
Riscos	41
Infeccions	47
Mortalitat	65

INTRODUCCIÓ

El Consorci Hospitalari de Vic, en el seu plantejament estratègic, adquireix el compromís d'assolir un desenvolupament sostenible amb la implicació dels diferents grups d'interès. Per aquest motiu integra la Qualitat com un aspecte clau per donar resposta a aquest repte. El CHV treballa en el tema de la millora de la qualitat des de l'any 1985 i la Seguretat de Pacients (SP) segons indicacions de la OMS, des de l'any 2006.

El model de gestió de la Qualitat del Consorci Hospitalari de Vic té com a punt de partida l'orientació al ciutadà, centrada en la detecció i coneixement de les seves necessitats, en la definició dels processos / circuits per cobrir-les de manera satisfactòria i amb eficiència, i segons la definició dels productes assistencials, docents, de recerca, de millora de la tecnologia i d'innovació, realitzada pels professionals i l'evidència, tot garantint la seguretat dels pacients i la transformació i adaptació de l'organització pel futur.

El Pla director de qualitat i seguretat de pacients del CHV és l'instrument de planificació i gestió global de l'organització pel que fa a la qualitat i la seguretat de pacients, per impulsar la millora contínua cap a l'excel·lència. El Pla director 2020-2025 es va aprovar en el Comitè de Direcció del 19/5/2021.

Aquest Pla director de Qualitat i Seguretat de pacients :

- S'alineja amb el Pla de Salut de Catalunya, el Pla de Salut de la regió sanitària centre i el Pla Marc de gestió de la qualitat docent de Catalunya.
- S'alineja amb el Pla Estratègic del Consorci Hospitalari de Vic.
- Contribueix a assolir els objectius i a desenvolupar el pla de millora del CHV.
- S'orienta envers la Missió, visió i valors que defineixen el Consorci com a institució.
- Dóna compliment als criteris de qualitat i SP requerits per a l'Accreditació de centres.
- Dóna compliment als requisits legals i institucionals referents a temes de qualitat i seguretat.
- S'integra amb el Codi ètic del CHV ja que aquest es fonamenta en els principis bàsics de la bioètica: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia, que contempen i inclouen els conceptes essencials vers el pacient de respecte i participació en la presa de decisions, qualitat assistencial, seguretat i equitat.
- Contribueix a donar resposta a alguns dels 17 objectius de desenvolupament sostenibles (ODS) de les Nacions Unides.

La sistemàtica de treball del Programa de Qualitat es basa fonamentalment en:

- Consolidar i establir un sistema de treball per conèixer les necessitats i l'experiència dels ciutadans, en la definició dels processos / circuits per cobrir-les de manera satisfactòria i amb eficiència, i segons la definició dels productes assistencials realitzada pels professionals que garanteixin la seguretat dels pacients. S'utilitzarà la metodologia del PDCA (Plan, Do, Check, Act), per tal que els productes i processos siguin estiguin planificats, controlats i millorats de forma sistemàtica.
- Planificar estratègies d'actuació quan als ciutadans (identificació, necessitats, experiència..), establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.
- Definició de circuits / processos fonamentals, dissenyar circuits, establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), revisió, proposar/implantar millores i quantificar el cost.
- Ajudar a definir els productes, dissenyar pautes d'actuació (medicina basada en l'evidència), establir sistemes de control (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.

L'ànim de millora contínua i superació constant, orienta el programa de qualitat cap a la integració dins la gestió de la Qualitat total, dels aspectes de seguretat de pacients i de l'acreditació hospitalària.

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT

Els professionals del Consorci Hospitalari de Vic participen de forma activa en diferents temes de qualitat, com a membres de grups de treball, coordinant protocols o procediments o com a tècnics dinamitzadors dels diferents grups. Aquesta participació és un dels aspectes d'implicació que es valorarà per a carrera professional.

PROFESSIONALS QUE PARTICIPEN EN TEMES DE QUALITAT

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Difer 20-21
Global	232	222	218	247	181	220	21,55%
<i>Externs</i>	<i>23</i>	<i>8</i>	<i>16</i>	<i>15</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	

TÈCNICS I PROFESSIONALS DE LA UNITAT

Independentment de la dedicació, interns i externs.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Global	17	19	19	18	17	18

Comentaris

- ✓ Durant el 2021 ha augmentat un 21,55% els professionals que han participat en temes de Qualitat.
- ✓ L'augment en el nombre de tècnics i professionals de la Unitat de Qualitat, es deu a vacants d'anys anteriors que ja han estat cobertes.

[Veure document complet](#)

POLÍTICA DE QUALITAT DEL CHV

El Consorci estableix, dins les diferents **polítiques dels grups d'interès del pla estratègic, la seva orientació vers la qualitat i seguretat de pacients**. Les actuacions previstes en aquest pla d'acció són:

- ◆ Consolidar i **implicar als professionals** en la gestió de la qualitat total utilitzant procediments i recursos d'efectivitat demostrada, mitjançant l'ús del model EFQM d'excel·lència i el cercle de millora contínua PDCA, per oferir un alt nivell de qualitat en el servei tot vetllant per la seguretat dels pacients (**política de persones**).
 - Activar reunions intraserveis d'anàlisis específics dels indicadors de qualitat, que permetin activar cercles de millora contínua PDCA, amb el lideratge de la direcció de servei i cap d'unitat.
 - Activar reunions d'anàlisi d'esdeveniments adversos (EA) en els grups de millora, que permetin activar cercles de millora contínua - PDCA (pla salut 2020).
 - Implantar l'anàlisi d'EA del sistema TPSC-Cloud®, model de seguretat dels pacients de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries del Departament de Salut, i actuacions en les segones víctimes (pla salut 2020).
 - Promoure la formació i la divulgació de temes de qualitat i seguretat de pacients per als professionals del Consorci, creant així una cultura de millora contínua en la pràctica habitual.

- ◆ Consolidar la gestió de qualitat total i **orientar el Consorci** cap a la **ciutadania**, amb la finalitat d'identificar els ciutadans i les seves necessitats, de **detectar la seva experiència** de l'atenció i d'establir una organització en funció de les seves necessitats, en el marc d'una assistència amable i segura (**política ciutadà**).
 - Es basa en activar les actuacions per tal que permetin detectar aquelles àrees de millora i conèixer les necessitats dels grups d'interès, per poder definir els processos per cobrir-les de manera satisfactòria i de forma segura.
 - Activar les actuacions especificades en la instrucció de funcionament del grup de seguretat, que permetin fer monitoratge i avaluar de forma contínua els àmbits de seguretat que promou la OMS.
 - Proporcionar al Servei de Promoció de la Qualitat i Bioètica en el termini establert les dades dels indicadors de seguretat dels pacients de l'HUV.

- ◆ Millorar el **contínuum assistencial**, generar confiança, seguretat i acolliment a la ciutadania, als cuidadors i als clients que contracten serveis (**política ciutadà**).
 - Es tracta de fer el seguiment dels aspectes que es determinin al Consorci i que permetin avaluar la seguretat en el contínuum assistencial, per tal d'establir les millores que es considerin oportunes.

- ◆ Comprometre'ns en garantir la seguretat, la **prevenció de la malaltia, la promoció de la salut** i a assegurar el contínuum assistencial (**política ciutadà**).
 - Quan a la prevenció de la malaltia s'activaran actuacions per poder garantir que el Consorci Hospitalari de Vic fa actuacions en relació a la prevenció de la malaltia i promoció de la salut.
 - S'aplicaran les actuacions que corresponguin que permetin acomplir amb la legislació vigent, a nivell de seguretat de pacients.
 - Activar actuacions del Pla de salut 2020 referents a seguretat de pacients: realització del protocol de radiances ionitzants en nens, avaluació del protocol de medicació d'alt risc, activar el registre i la traçabilitat dels productes sanitaris implantats, implantar el projecte de segones víctimes.

- ◆ Cercar la **màxima qualitat en els resultats**, l'excel·lència, la millora contínua i la seguretat dels pacients (**política de societat**).
 - S'establiran els indicadors de seguiment necessaris, per part dels diferents grups de qualitat, per poder disminuir els EA més freqüents a l'atenció sanitària (pla salut 2020), per poder vetllar pel compliment dels resultats, i en cas de detectar-ne desviacions, activar la comunicació dels mateixos per tal que se'n puguin derivar les actuacions de millora corresponents.
 - Es promourà la participació dels professionals en la revisió i la millora contínua del seu àmbit d'actuació, i en els temes de seguretat de pacients, consolidar la notificació dels EA i la seva gestió (pla de salut 2020).
 - Difondre i posar en valor, a través dels diferents canals interns de comunicació del CHV, les millores de qualitat i seguretat de pacients implantades al CHV:

- ◆ Determinar l'activitat sanitària i social, la docència, la recerca i la innovació; definir la cartera de serveis, la qualitat de l'assistència i establir el model de comunicació i la satisfacció de la ciutadania. **Proporcionar assistència de qualitat**, basada en criteris d'eficiència amb **suport metodològic** i acreditada de forma externa (certificacions, premis, auditories) (**política de propietat**).
 - Les actuacions que es duren a terme seran de suport metodològic per poder obtenir el reconeixement extern del Consorci Hospitalari de Vic, com a centre reconegut en temes de qualitat i seguretat de pacients.
 - Caldrà designar una persona com a tècnic del grup de seguretat de pacients, responsable de dinamitzar el grup, amb funcions de representant, junt amb la cap de Qualitat i Comunicació, dels temes de seguretat de pacients del CHV.
 - Difondre i posar en valor, a través dels diferents canals externs de comunicació del CHV, les millores de qualitat i seguretat de pacients implantades al CHV.

◆ Activar accions que respectin el **medi ambient**, d'efectivitat demostrada i que potenciïn la cohesió social (**política d'aliances i proveïdors**).

- Les activitats que es realitzaran aniran encaminades a fer una unitat de qualitat més sostenible, i que les accions de millora endegades respectin el medi ambient.
- Promoure la utilització de procediments i recursos d'efectivitat demostrada, en col·laboració d'altres entitats, empreses i proveïdors, per promoure la consecució dels objectius de millora contínua.

OPERATIVA PER IMPLANTAR LA POLÍTICA DE QUALITAT

- ✓ La direcció del CHV reconeix en els comandaments als líders de la gestió de la qualitat en el seu àmbit, sent els responsables d'instaurar sistemes de planificació, control i millora, per tal d'atendre les necessitats dels ciutadans, oferint un producte de reconeguda qualitat, per tal d'aconseguir millores en la salut, i en la seva atenció.
- ✓ La gerència posa a disposició dels directius/comandaments el suport metodològic necessari per tal de poder planificar, controlar i millorar el seu producte. El suport es realitzarà des del programa de qualitat, mitjançant el personal tècnic responsable dels grups, que utilitzarà les eines més adients, assessorant i donant la uniformitat metodològica necessària.
- ✓ La direcció planifica i avalua els objectius estratègics del consorci que posteriorment es traspassen segons els procediments establerts, als diferents professionals.
- ✓ S'estableixen accions formatives i de divulgació de temes de qualitat per al personal del Consorci, creant així una cultura de millora contínua en la pràctica habitual.

[\(↩ Tornar a l'índex\)](#)

SEGURETAT DELS PACIENTS

La vigilància de la seguretat dels pacients prevista al Consorci Hospitalari de Vic s'estableix dins la sistemàtica de Qualitat, i es fomenta en cinc principis bàsics:

- **El lideratge** dins l'organització: incorporació d'objectius estratègics sobre seguretat, responsabilitat del tema de la Gerència i dotació de recursos necessaris per dur-ho a terme.
- Considerar els límits humans en el **disseny dels processos**: dissenys de tasques tenint en compte la seguretat, evitar refiar-se de la memòria i de la vigilància, simplificar processos i protocol·litzar.
- Promoure el **treball en equip** efectiu: formar als equips i fer partícips als pacients en el procés d'atenció.
- **Anticipar-se** a allò que és inesperat: actitud proactiva d'anàlisi, procediment d'actuació per quan es produeixi un error i impulsar la HC informatitzada (informació en el punt d'atenció).
- Crear un **ambient d'aprenentatge**: fer simulacions, promoure declaració d'errors, garantir una actitud no punitiva, cultura de treball de fluïdesa en la comunicació i incrementar la formació, i aprenentatge a partir dels errors.

Les actuacions de seguretat de pacients que es realitzen al Consorci Hospitalari de Vic, estan enfocades segons el tipus d'anàlisi. Hi ha una visió de macroanàlisi i una visió més de microanàlisi, establint-se actuacions a diferents àmbits, per poder tenir un efecte que s'impregni dins l'organització.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA SEGURETAT DELS PACIENTS AL CHV 2021

Enfocament	<ul style="list-style-type: none"> Instrucció A132f.- Comitè de seguretat de pacients, aprovat pel Comitè de Seguretat de pacients el 18.06.2020 (versió 08) Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat de pacients, aprovat Comitè de Seguretat de pacients el 18.06.2020 (versió 02) Instrucció A422b.- Registre d'alertes de seguretat, aprovat Comitè de Seguretat de pacients el 18.07.2018 (versió 01) Banner específic de seguretat de pacients disponible a la intranet Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	<ul style="list-style-type: none"> Actes de les 3 reunions del Comitè de Seguretat de Pacients (CSP) (disponibles a qualitat) per seguiment dels temes (31.03.2021, 17.06.2021 i 09.11.2021). Contingut de cada acta: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. ○ Aprovació de documents, si s'escau. ○ Indicadors de SP del Departament de Salut (QComandament). ○ Projectes avalats per la màxima evidència científica (OMS): <ul style="list-style-type: none"> ● Higiene de mans ● Identificació inequívoca / Caigudes ● Errors de medicació ● Hemoderivats ● Bacterièmia per catèter ● Xec-list quirúrgic ● Pacient politraumàtic ● Suïcidi ● Contencions ○ Seguiment registre d'alertes. ○ Esdeveniments adversos. ○ Activitats i funcionament dels grups de millora de SP ○ Actuació en Segones Víctimes. ○ Formació relacionada amb SP ○ Difusió feta sobre seguretat de pacients ○ Implicació dels ciutadans i els pacients en els temes de seguretat. ○ Resum dels acords presos. Actes de les 3 reunions del Cap de QiC i el tècnic de SP (21.01.2021, 08.06.2021 i 30.09.2021) disponibles a qualitat. Actes de les 5 reunions del tècnic de Seguretat de pacients amb els responsables dels grups de millora en SP (28.01.2021, 25.03.2021, 26.05.2021, 29.07.2021 i 30.11.2021).
Avaluació	<ul style="list-style-type: none"> Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat del CHV realitzada el 10/11/2021 i propostes de millora per l'any següent. Seguiment dels esdeveniments adversos detectats al TPSC Cloud, en cada una de les actes del CSP (31.03.2021, 17.06.2021 i 09.11.2021). Anàlisi causa-arrel en el 88% dels esdeveniments adversos considerats importants. Seguiment semestral dels indicadors de seguretat dels pacients de l'IASIST, per part dels tècnics de qualitat i activació d'accions d'emillora si ha calgut. Lliurament al Departament de Salut dels indicadors de seguretat dels pacients dels centres HUV. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tancament indicadors any 2020 (tots els obligatoris + 24 opcionals) – 23.03.2021 ○ Tancament indicadors del primer semestre 2021 – 24.08.2021. ○ Tancament indicadors de l'any 2021 el 08.02.2022 ○ Dels 81 objectius possibles, 47 prioritaris (100% possibles) i 26 opcionals (76% dels 34 possibles)
Revisió	<ul style="list-style-type: none"> Instrucció A132f.- Comitè de seguretat de pacients – versió 08 Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat de pacients – versió 02 Instrucció A422b.- Registre d'alertes de seguretat - versió 01

CIUTADÀ

L'objectiu de la Unitat d'Atenció al Ciutadà és conèixer l'opinió i experiències de les persones ateses al Consorci Hospitalari de Vic, l'aplicació de mètodes tant qualitius com quantitius, així com gestionar els suggeriments i reclamacions.

L'atenció centrada en el pacient, situa a aquest en el centre de l'activitat. Implica posar primer el pacient atenent a la seva seguretat, amb una atenció d'alta qualitat. Posar en valor el seu parer i que pugui prendre les seves pròpies decisions perquè pugui viure una experiència positiva.

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ

Enguany no s'ha realitzat cap activitat en relació a conèixer les necessitats i requeriments dels usuaris en relació a la planificació.

RESULTATS DE CONTROL

Consisteix en conèixer i avaluar l'opinió i experiència dels clients, mesurant les desviacions en relació als objectius o expectatives i les especificacions del servei, permetent prendre accions de correcció.

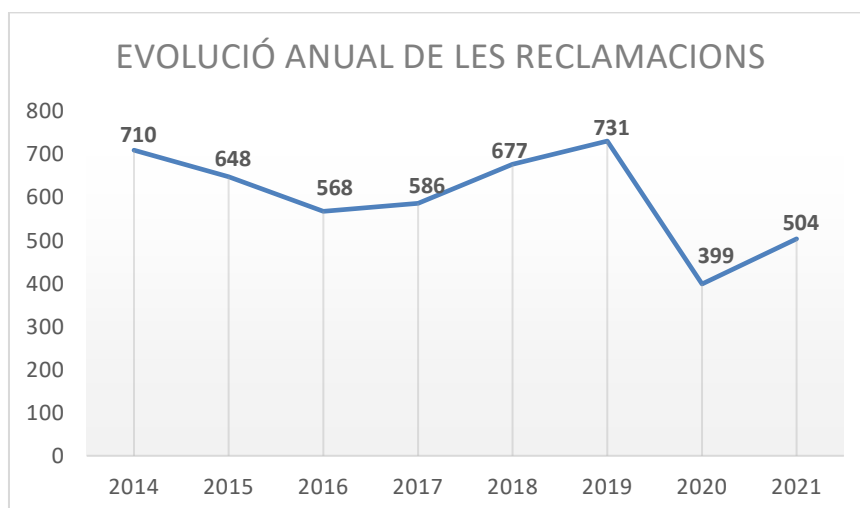
L'avaluació de l'opinió dels clients es realitza mitjançant la gestió dels suggeriments i reclamacions i el seguiment dels indicadors de satisfacció, audits, certificacions, acreditacions o estudis propis.

Després de l'any 2020 amb resultats afectats directament per la pandèmia, l'any 2021 ha recuperat certa normalitat, encara que no total.

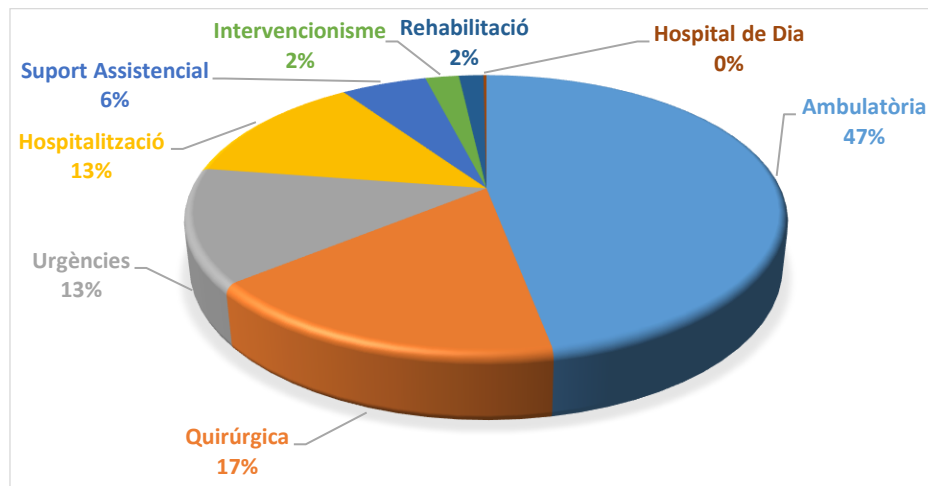
S'ha pogut observar la tendència de la ciutadania a presentar més suggeriments que reclamacions, ja que el que demanen és resolució immediata al seu problema.

ANÀLISI SISTEMÀTICA DE LES RECLAMACIONS

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
648	568	586	676	731	399	504



Percentatge de reclamacions en cada àrea



Motius (Cal tenir present que una mateixa reclamació pot tenir diferents motius).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Assistencials	51	51	65	81	103	61	94
Tracte	0	1	1	1	1	2	2
Informació	21	22	13	22	22	19	28
Organització/Tràmits	536	481	476	550	586	301	367
<i>Llista espera quirúrgica</i>	293	271	254	197	259	127	73
<i>Llista espera per visita ambulatoria</i>	52	30	52	36	47	27	73
<i>Llista d'espera per prova complementària</i>	9	62	43	134	116	34	52
Hoteleria	50	31	29	27	25	17	15
Documentació	8	11	15	10	7	4	6

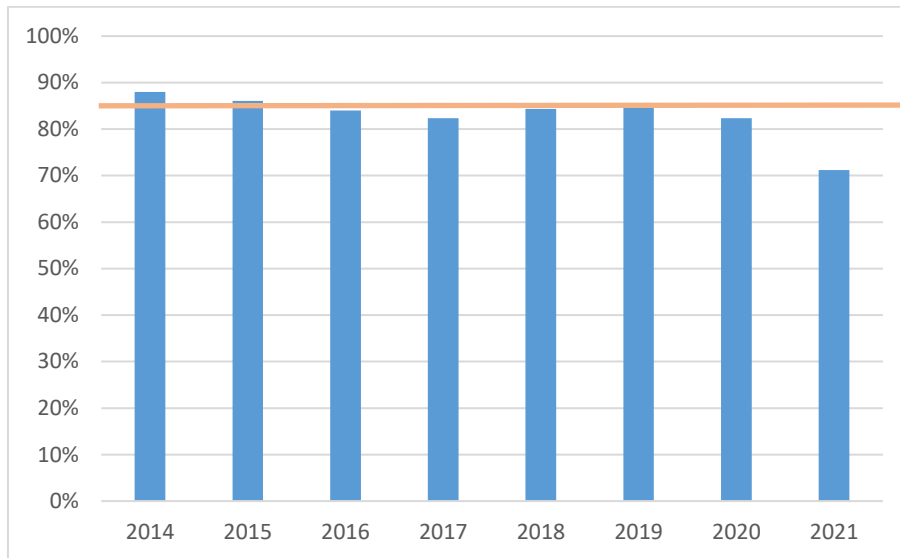
Comentaris

- ✓ Incrementen un 26% les reclamacions respecte a l'any anterior, passant de 399 a 504 (105 en nombres absoluts). Incrementen en tots els àmbits: 23% a Aguts (85 en nombres absoluts), 36% a Salut mental (5 en nombres absoluts), 100% a No públic (14 en nombres absoluts) i 14% a Atenció Intermèdia i dependència (1 en nombres absoluts).
- ✓ Per àrees, el 47% de les reclamacions fan referència a l'àrea Ambulatoria, el 17% a la Quirúrgica, el 13% a Urgències, el 13% a Hospitalització i la resta a les àrees restants.
- ✓ L'àrea amb una variació percentual major és la d'Urgències, on han incrementat a raó d'un 91%, seguida de l'Ambulatoria amb un increment d'un 70% i Hospitalització amb un 38%. Hi ha hagut decrements a les àrees Quirúrgica (36%), Rehabilitació (11%) i Intervencionisme (8%).
- ✓ L'anàlisi per motius mostra que el 72% corresponen a motius relacionats amb l'organització i tràmits, el 18% són assistencials, el 6% estan relacionats amb la informació, el 3% amb hoteleria, l'1% amb documentació i la resta amb el tracte. Les reclamacions de tracte ni incrementen ni disminueixen respecte a 2020 i es queden en 2.
- ✓ Les reclamacions per llista d'espera per intervenció quirúrgica disminueixen un 43%, passant de 127 a 73.
- ✓ Els motius més importants de reclamació són; insatisfacció d'assistència 82 (56 el 2020), demora per IQ 73 (127 el 2020), demora per consulta 73 (27 el 2020) i demora per prova complementària 53 (34 el 2020).

Temps de resposta a les reclamacions.

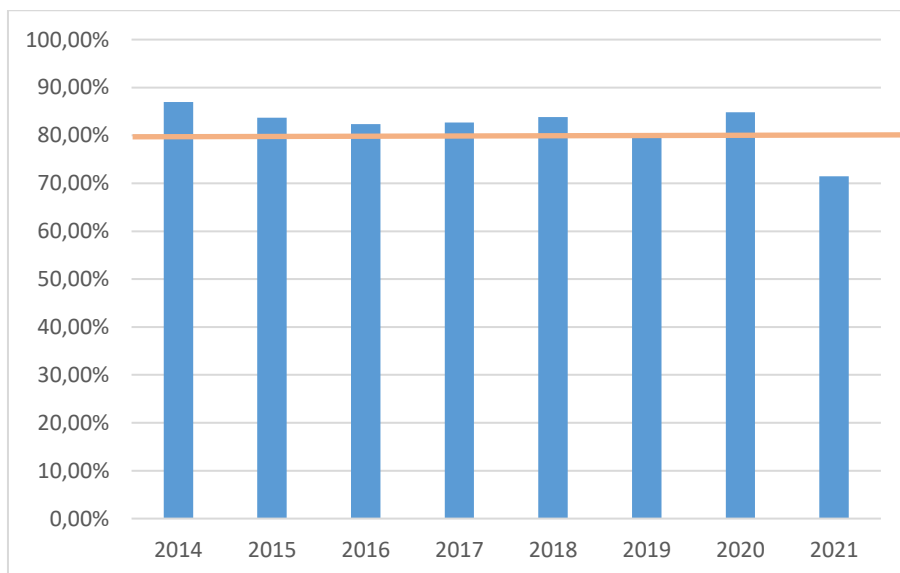
Anualment es realitza el seguiment del temps de resposta de les reclamacions, tant per part dels comandaments implicats, com de lliurament de resposta a l'usuari. L'objectiu és que la resposta del comandament a la unitat d'atenció al ciutadà sigui $\geq 85\%$ en menys de 10 dies i la resposta al pacient $\geq 80\%$ en menys de 15 dies.

Resposta del comandament a la UAC < 10 dies



Objectiu $\geq 85\%$

Resposta final a l'usuari < 15 dies



Objectiu $\geq 80\%$

Comentaris

- ✓ El percentatge de reclamacions respostes a nivell intern, en menys de 10 dies és del 71,20% i el temps de resposta a les reclamacions final a l'usuari <15 dies: és del 71,46%, no s'acompleixen els objectius en ambdós casos.

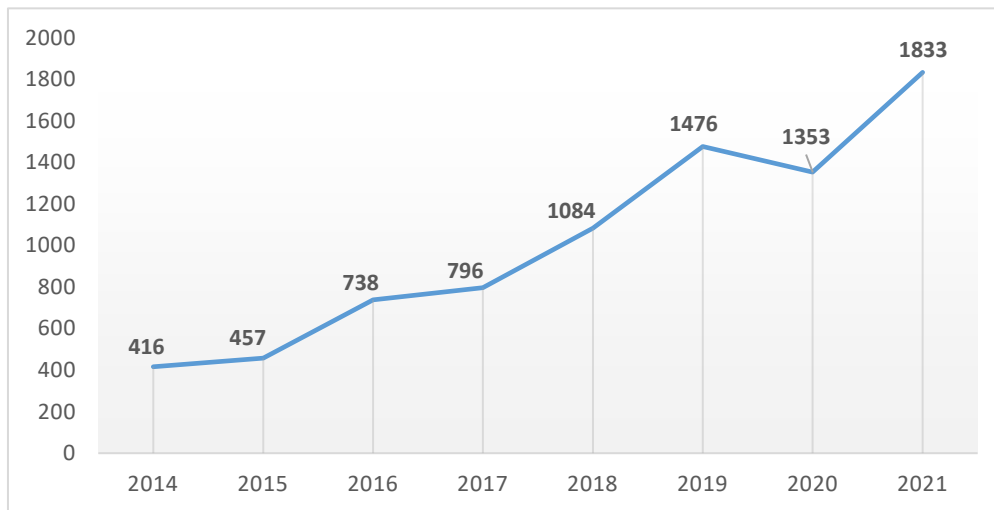
ANÀLISI DELS SUGGERIMENTS (QUEIXES)

De forma sistemàtica s'analitzen el total de suggeriments i els motius d'aquests, entenent com a suggeriments aquelles peticions escrites que l'usuari identifica com a tals i els temes que planteja es resolen sense que s'arribin a formular per escrit. Aquests, igual que les reclamacions, es prenen com a opcions de millora per a la institució.

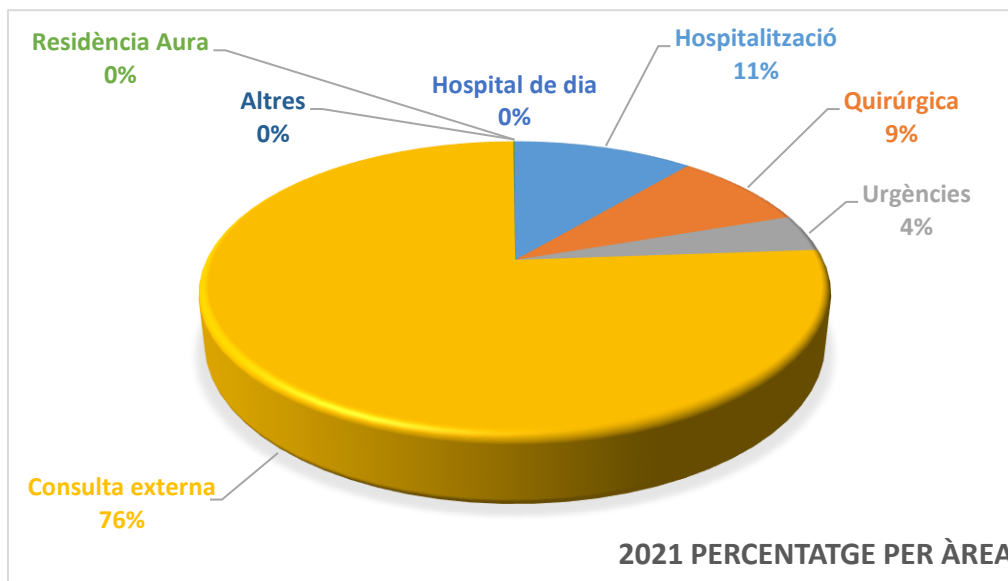
Taula 1: total de suggeriments per anys

Any	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total de suggeriments	416	457	738	796	1084	1476	1353	1833

Evolució anual dels suggeriments i queixes



Percentatge de suggeriments i queixes en cada àrees



Motius (Cal tenir present que un mateix suggeriment pot tenir diferents motius)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Assistencials	11	12	18	14	46	15	38
Tracte	0	0	0	0	2	0	3
Informació	12	26	32	50	59	63	99
Organització/tràmits	395	638	661	920	1273	1110	1359
Llista d'espera quirúrgica	157	199	222	162	257	165	107
Hoteleria	25	30	23	33	15	9	11
Documentació	12	32	38	67	81	156	323
NÚMERO TOTAL	457	738	796	1084	1476	1353	1833

Comentaris

S'han incrementat un 35% els suggeriments respecte l'any anterior, passant de 1353 a 1833 (taula 2). En nombres absoluts això significa un increment de 480. Segueix la tendència creixent des de 2014, amb l'excepció del 2020.

- ✓ L'àmbit d'aguts és el que concentra el percentatge més alt de suggeriments: un 95.30%, 1747 en valors absoluts. Pel que fa a la variació respecte l'any anterior, l'àmbit que més canvi ha experimentat és el de no públic, on hi ha hagut un increment del 450% (passant de 2 a 11 suggeriments), seguit del d'Atenció Intermèdia i Dependència, amb un increment del 120% (passant de 5 a 11 suggeriments).
- ✓ Per àrees, Consultes Externes és la que presenta la majoria de suggeriments (76.05%). Si ens fixem en la variació (gràfic 4), l'àrea que ha presentat un increment major respecte l'any passat és la d'urgències (114%) seguida de Consultes Externes (45%) i Hospitalització (28%). Hi ha hagut decrements en dues àrees: Hospital de dia (-50%) i l'àrea Quirúrgica (-18%).
- ✓ Els motius relacionats amb l'organització i tràmits suposen el 68.35% del total de suggeriments rebuts (1253 en nombres absoluts). L'increment més gran en valors percentuals respecte l'any anterior el trobem en els motius assistencials i relacionats amb documentació.
- ✓ La majoria de suggeriments rebuts estan ubicats a l'àmbit d'aguts i relacionats amb l'organització i tràmits (74.5%), seguits d'aquells relacionats amb la documentació (17.35%). Excepte els relacionats amb la llista d'espera quirúrgica (que passen de 165 el 2020 a 107 el 2021, disminuint un 35%), els suggeriments incrementen en tots els altres àmbits: assistencials (passen de 15 a 38), de tracte (passen de 0 a 3), d'informació (de 63 a 99), d'organització i tràmits (de 1110 a 1359), d'hoteleria (de 9 a 11) i de documentació (de 156 a 323).

DEMANDES JUDICIALS*

Demandes rebudes des d'assessoria jurídica per part de pacients

DEMANDES JUDICIALS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Diferència
Responsabilitat patrimonial	5	2	6	4	4	6	3	2	7	250%
Demandes penals o civils	1	3	4	1	0	1	0	0	0	--
Demandes extrajudicials	2	0	0	3	8	6	6	4	6	50%

*Son les demandes en curs (noves de l'any i anteriors no tancades)

Comentaris

- ✓ Durant l'any 2021 han incrementat les demandes de responsabilitat patrimonial i les extrajudicials, mentre que es mantenen en 0 les penals o civils.

SOL·LICITUDS DE SEGONA OPINIÓ

Segones opinions tramitades

La Unitat d'Atenció al ciutadà ha tramitat les segones opinions seguint la normativa del CatSalut

SEGONA OPINIÓ	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sol·licituds segona opinió	23	20	11	21	48	22	14	30
Derivacions per segona opinió	17	15	9	20	44	22	13	29

Comentaris

- ✓ Incrementen les sol·licituds de segona opinió, amb pacients amb molta pressió perquè es tramitin, tot i que no s'ajustin als criteris del Decret del CatSalut. De les 29 derivacions per segona opinió, se n'han acceptat 18 (62%). Les sol·licituds de segones opinions dels serveis: COT (17), Oncologia (6), Neurologia (3) i Urologia (1), Cirurgia (1), Cirurgia pediatria (1) i Rehabilitació (1).

ANÀLISI DE LA NAVEGABILITAT A L'EDIFICI DE HUV I EDIFICI B DE LA CLÍNICA DE VIC

Realitzada en el marc de la pràctica de navegació del CHV realitzada pels alumnes del postrau de "Seguridad y calidad asistencial y legal" de l'Hospital St. Joan de Déu.

Resultats

Edifici HUV

- S'identifiquen clarament les entrades. La senyalització exterior és clara, tant de la ciutat com de l'exterior del centre. Es mostra el nom de la instal·lació clarament a l'exterior de l'edifici, per la qual cosa les persones poden reconèixer que són al lloc correcte.
- S'identifica clarament l'entrada principal i el punt d'acollida i d'informació. L'entrada és acollidora i hi ha un mapa mural gran amb una indicació de la ubicació actual.
- El personal de recepció està correctament identificat i ofereix ajuda als ciutadans.

Edifici B de la Clínica de Vic des de l'Hospital Universitari

- Les indicacions del personal han estat clares, tot i que no es proporciona cap mapa.
- En el recinte de l'Hospital no es troba cap indicador. Només n'hi ha una vegada situats al carrer Mn Llorenç Vilacís.
- La identificació externa del centre és llegible, però poc visible ja que queda tapat per la caseta de la ONCE. L'entrada és poc acollidora i no s'identifica clarament el punt d'informació. El personal de recepció va amb uniforme però sense targeta identificativa. És amable en el tracte i les explicacions.
- A l'edifici B, tot i que hi ha línies que faciliten la circulació, en manquen en alguns espais.

OBJECTES PERSONALS

La UAC centralitza la gestió dels objectes personals que es troben o perden al Consorci, custodiant-los i retornant-los sempre que es pugui identificar el propietari.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Objectes perduts	115		134		150		147		126	
Objectes trobats	741		717		632		484		749	
Objectes trobats retornats	310	41,8	351	48,9	280	44%	255	52%	394	52,60%

Comentaris

- ✓ Es manté el nombre d'objectes perduts, mentre que disminueixen els objectes trobats.
- ✓ En cas de no identificar al propietari, els objectes es guarden 3 mesos. Els objectes de valor que no es poden retornar es porten a la guàrdia urbana. Es reciclen les ulleres a la Fundació Trueta i es recicla roba, llibres... per a altres usuaris que ho puguin necessitar (aspectes socials).

ALTES VOLUNTÀRIES I EVASIONS

Sistemàticament s'analitzen les altes voluntàries per a detectar possibles motius d'insatisfacció en l'atenció dels pacients que marxen.

	2017	2018	2019	2020	2021	Diferència
Altes voluntàries	29 (0,22%)	34 (0,11%)	30 (0,22%)	44 (0,38%)	36 (0,29%)*	-18.18%
Evasions	1 (0,007%)	5 (0,01%)	9 (0,067%)	1 (0,008%)	7 (0,056%)*	600%

*En relació a les altes.

Comentaris

- ✓ Disminució d'un 18,18% de les altes voluntàries en relació amb l'any anterior i augment de les evasions.
- ✓ El servei amb més altes voluntàries és Medicina interna, seguit de Cirurgia general i Ginecologia i Obstetrícia i els 7 casos d'evasions són a Cardiologia, Medicina interna, Observació i Salut Mental.

ENQUESTES SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

Durant el 2021 no han aportat resultats de les enquestes de PLAENSA.

ENQUESTES PRÒPIES

ENQUESTA A PERSONES DE L'ÀMBIT NO PÚBLIC

Anualment es passa una enquesta per conèixer l'experiència i els aspectes de millora detectats a pacients de mútues de salut i privats. El 2021 s'han obtingut un total de 1226 respostes.

Percentatge de les categories de resposta que són valorades com a positives:

	HUV 2016	HUV 2018	HUV 2019	HUV 2020	HUV 2021
Fidelitat	9,6	9,4	9,04	9,74	9,75
Satisfacció General	8,8	9	9,07	9,05	9,16



Comentaris

- ✓ La majoria de pacients (54%) han ingressat com a programats, seguint la tendència iniciada el 2020. Pel que fa als ingressos d'urgències, pràcticament no hi ha diferència entre el nombre que ingressa a través de la Clínica de Vic i el que ho fa directament a l'Hospital.
- ✓ La majoria de pacients (90 de 122) van ingressar directament a la 4a planta, en percentatges seria un 73.77% dels pacients que han contestat l'enquesta.
- ✓ De la resta de pacients que han contestat l'enquesta, la majoria dels que van canviar de planta durant el seu ingrés (un 82.14%) no troben diferències entre la planta on van ingressar inicialment i la 4a planta.
- ✓ Les principals diferències entre la ubicació a la 4a planta i a altres, són la tranquil·litat, el silenci i la comoditat.
- ✓ La mitjana de satisfacció és de 9,16 sobre 10 (9,05 l'any 2020), i un 97,52% dels pacients tornaria a aquest centre (97,43% l'any 2020).
- ✓ Els aspectes que valoren de l'estada no pública són el poder tenir una habitació individual amb el que comporta de comoditat tranquil·litat i silenci, els aspectes hotelers de l'habitació i l'atenció del personal.
- ✓ Els aspectes millor valorats són: el tracte i amabilitat dels/les metges i del personal d'infermeria i l'ajuda per controlar el dolor.
- ✓ La major part dels comentaris fets pels clients són en relació a la necessitat de millores en les instal·lacions, el menjar i aspectes organitzatius i l'atenció a urgències.

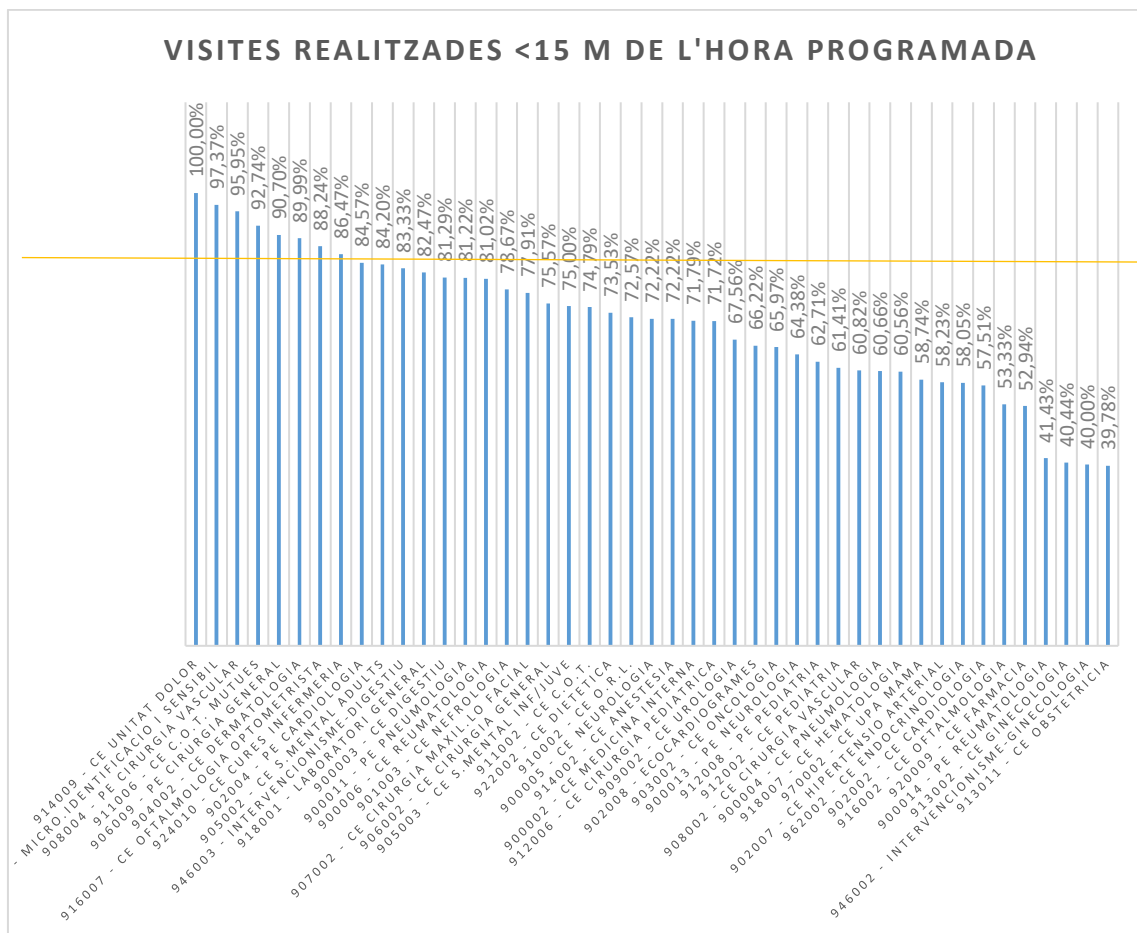
ANÀLISI DEL COMPLIMENT HORARI

S'analiza el compliment d'horari de les visites realitzades a consulta externa, laboratori i intervencionisme en relació a l'hora programada. Es considera que un 85% dels pacients han de ser atesos abans de 15 minuts després de l'hora programada.

Es realitza un càlcul amb dades informàtiques des de l'hora que té programada el pacient i arriba al centre (registre Qmàtic) i l'hora en què s'avisava per entrar a la consulta.

Hi ha excepcions en els casos de visites telefòniques, visites programades per a valoració de la derivació, comitè de tumors... i els casos en què l'usuari no fa el registre Qmàtic perquè no permet fer la comparativa entre l'hora d'arribada i l'hora de la visita.

S'ha fet un tall del total de visites fetes els mesos de maig, setembre i octubre de 2021, analitzant les visites realitzades < de 15 minuts, a partir de les dades automàtiques dels registres del Qmàtic.



Comentaris

- ✓ Elevat nombre de visites on no consta l'hora d'arribada, és a dir, que el pacient no passa pel registre del Qmàtic.
- ✓ Només un 71,98% (71,28% el 2020) de les visites es realitza en el període de marge de 15m després de l'hora programada, tot i així, el percentatge és superior al del 2020 que va ser 71,28%.
- ✓ Les consultes que assoleixen l'objectiu del 85% de les visites realitzades abans de 15m. són unitat dolor, cirurgia vascular, COT mútues, PE cirurgia general, dermatologia, oftalmologia, optometrista i cures infermeria.
- ✓ La creació de nous mitjans de visita dificulta l'anàlisi automàtic del compliment horari (visites telefòniques i audiovisuals).

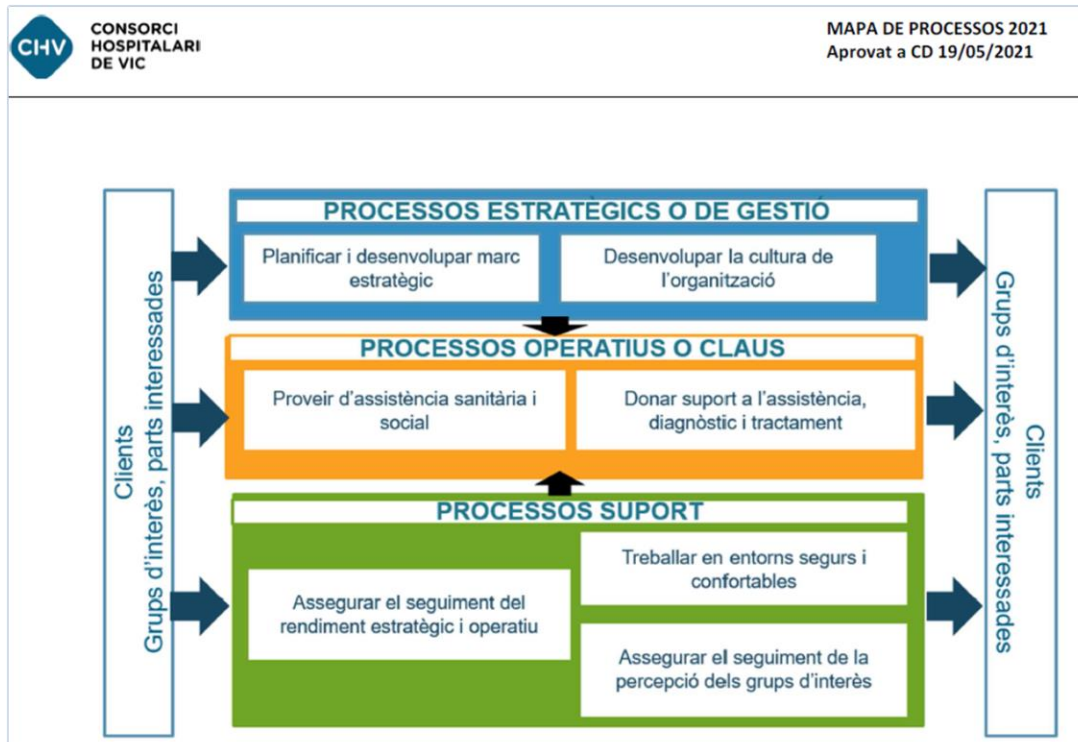
[🔍 Tornar a l'índex](#)

PROCESSOS

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PROCESSOS/CIRCUITS

MODELATGE DELS PROCESSOS

El mapa de processos vigent és l'aprovat en el Comitè de Direcció del 19 de maig de 2021.



ACREDITACIÓ DE CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA A CATALUNYA

L'acreditació de centres sanitaris és un procediment segons el qual una organització sanitària s'incorpora a un procés de verificació externa, que avaluarà el nivell en què se situa aquesta organització en relació a un conjunt d'estàndards prèviament establerts.

L'acreditació té com objectius:

- Impulsar el conjunt de professionals dels centres sanitaris a analitzar la seva organització i a incidir en la millora de la qualitat de l'assistència que s'hi presta.
- Garantir la competència de l'organització amb un nivell de qualitat realista i consensuat.

L'avaluació del centre sanitari es porta a terme per part d'una auditoria externa i, posteriorment, el Departament de Salut emet el dictamen en forma de certificat.

Està regulada per llei des de l'any 1981. Des d'aleshores ha sofert diferents reformes, l'última i més rellevant és la publicació del decret 5/2006, regulador de l'acreditació de centres d'atenció hospitalària d'aguts i de les entitats avaluadores. A partir d'aquesta reforma l'estructura dels estàndards s'inspira en el Model EFQM d'Excel·lència: 5 criteris d'agents i 4 criteris de resultats.

Des de la Direcció Tècnica del Consorci de Salut i Social de Catalunya, se'ns informa de la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats fins a 30 de setembre de 2022 (RESOLUCIÓ SLT/2364/2021, de 23 de juliol).

Metodologia de treball

El Departament de Salut ha acreditat, fins a 2021 els centres d'atenció aguda i de primària.

El Centre del CHV que s'ha acreditat (l'hospital d'aguts, Hospital Universitari de Vic) que en la seva metodologia de treball assigna, anualment, en un Comitè de Direcció el Director i dinamitzador responsables de cada criteri i subcriteri.

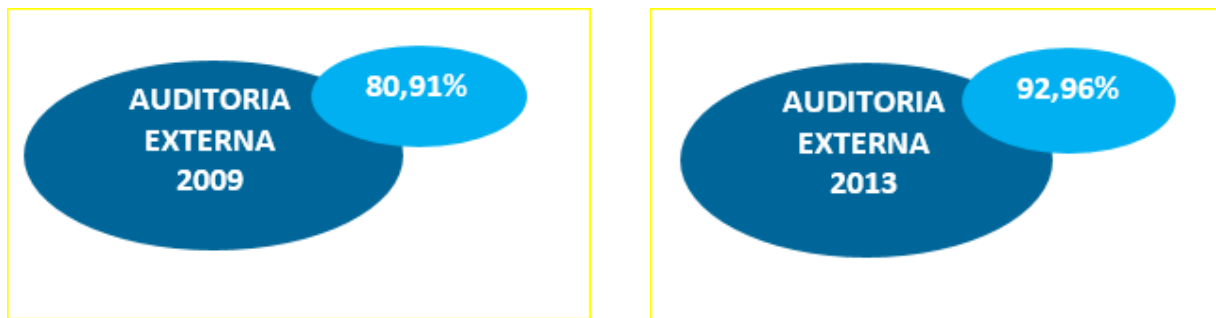
L'operativa de seguiment està assignada a la Unitat de Qualitat, concretament en la seva Cap, i compta amb una tècnica dinamitzadora per fer seguiment i suport metodològic en:

- Suport i acompanyament als directors i dinamitzadors de cada criteri/subcriteri en el treball de les evidències.
- Gestió, amb el Departament de Salut, de la informació i documentació que genera el procés d'Acreditació sempre amb el vist i plau de la Direcció del CHV.

L'HUV ha passat dues avaluacions externes de l'acreditació d'aguts, el 2009 i el 2013.

EVOLUCIÓ DE L'ESTAT DE L'ACREDITACIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

Els resultats de l'auditoria externa de les acreditacions realitzades pel Departament de Salut a l'Hospital Universitari de Vic són:



Durant l'any 2021 s'han activat revisions del manual d'acreditació dels hospitals d'agut passant alguns indicadors de qualitat a essencials i incorporant-ne de nous, pel que el nou manual d'estàndards d'acreditació d'aguts quedarà compost per:



Els percentatges corresponen al **grau d'acompliment** dels estàndards auditats, permet elaborar un pla de millora i una autoavaluació, amb els resultats següents (estàndards essencials):

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Estàndards essencials	89,94%	91,38%	92,67%	93,87%	90,39%	82,68%	82,77%
Estàndards excel·lència	--	--	--	64,11%	64,25%	63,81%	60,22%

Autoavaluació dels estàndards segons el manual d'Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya emès el 2020, on s'incorporen nous estàndards, se'n fusionen d'altres i on n'ha retirat alguns.

Per aquest motiu no es fa comparativa amb els anys anteriors pel canvi en el número d'estàndards.

[\(🔍 Tornar a l'índex\)](#)

RESULTATS DE CONTROL DE PROCESSOS/CIRCUITS

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA A LA COMARCA D'OSONA

Els indicadors de resultats es calculen segons l'"European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a. Ed. 2006 (EGC). El tractament estadístic i analític de les dades de les rondes del programa d'Osona ha estat dut a terme fins l'any 2018 pels serveis de l'Oficina tècnica de Sabadell (UDIAT, Parc Taulí) i són els següents. Les dades de la desena ronda (anys 2019 i 2020) i de l'any 2021 (onzena ronda, primer any), han estat obtingudes per la unitat d'Epidemiologia del CHV.

	RONDES							NIVELL EGC	
	5a (2009-10)	6a (2011-12)	7a (2013-14)	8a (2015-16)	9a (2017-18)	10a (2019-20)	11a (2021-22)	Acceptable	Desitjable
Taxa de participació	87,5%	85,9%	86,5%	84,1%	84,4%	68,9%	74,1%	> 70%	> 75%
Taxa de recitacions	4,6%	4,6%	3,5%	3,6%	3,9%	4,4%	4,2%	< 7%	< 5%
Taxa de càncers detectats	5,6‰	4,8‰	4,8‰	4,8‰	4,6‰	4,4‰	4,4‰	< 7 ‰	3,5 i 5 ‰
Càncers invasors ≤10 mm Ø	29,6%	27,3%	41,8%	24,5%	38,2%	27,8%	37,5%	≥ 25%	≥ 30%
Càncers invasors amb ganglis (-)	83,1%	81,81%	81,48%	64,2%	75,2%	66,7%	72,7%	> 70%	> 75%

Comentaris

- ✓ Els resultats de la participació en la desena ronda del cribratge de càncer de mama s'han vist afectats pel confinament que es va implantar a Catalunya a partir de la declaració de l'estat d'alarma per la pandèmia de SARS-Cov2 el març de 2020 i pel confinament municipal vigent els altres mesos de 2020. Durant l'any 2021 s'han recuperat, en part. La taxa de participació està afectada per aquesta contingència.
- ✓ Els altres indicadors dels resultats de la desena ronda freguen –arribant-hi o no arribant-hi- el nivell desitjable establert per l'"European Guidelines for quality assurance in mamography screening" 4a.Ed. 2006 (EGC), i es pot dir que el rendiment i eficàcia del programa no han sofert cap alteració amb significat clínic o epidemiològic i, en termes generals, es manté la qualitat de les rondes prèvies.

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE A LA COMARCA D'OSONA (PDPCCR)

Amb tres mesos de retràs per l'impacte de la pandèmia en la ronda anterior, l'abril de 2021 va començar la quarta ronda (de 2021 a 2022) del programa amb la invitació per quarta vegada de la població diana del municipi de Vic i de les àrees bàsiques de Sant Hipòlit de Voltregà, Santa Eugènia de Ter i Tona. El ritme de les invitacions, el flux de proves de les farmàcies al laboratori i la programació de les colonoscòpies a les persones amb un resultat positiu, han fet que s'hagi esmorteït l'impacte de l'aturada pandèmica i que a les acaballes de 2021 s'estigui en la finalització d'un primer any de ronda estàndard.

Les dades que es presenten corresponen a l'anàlisi duta a terme a mesura que els participants positius acaben el circuit diagnòstic i es completen i tanquen de manera molt dinàmica i, les que es presenten s'han extret el dia ú de desembre de 2021 conjuntament amb l'oficina tècnica de l'Hospital Clínic de Barcelona.

S'ha de mencionar, en relació a la positivitat de les proves que l'Institut Català d'Oncologia va decidir que, a partir del dia 27 de juliol de 2020, el punt de tall per a dictaminar un resultat de detecció de sang oculta en femta com a positiu passava de 100 nanograms d'Hemoglobina per microlitre a 155 ng Hb / µL. Pel que fa a Osona i al tancament de l'any 2021, per aquesta raó, hi ha un total de 125 persones amb un resultat entre 100 i 155 que no han estat classificades com a positives i no han estat citades per a colonoscòpia exploradora.

	2a ronda (2017-2018)	3a ronda (2019-2020) ¹	4a ronda (2021-2022) ²
Població diana	37.629	38.701	21.499
Exclusions	859	795	395
Població elegible	36.770	37.906	21.104
Participació (P)	22.785 (62'0%)	23.824 (62'9%)	10.335 (49'0%)
Cobertura (P+ colonoscòpia prèvia)	23.157 (63'0%)	24.185 (63'8%)	10.481 (49'7%)
PSOF+ (prova sang oculta en femta)	1.086 (4'8%)	1.094 (4'6%) ³	367 (3'6%) ³
Colonoscòpies realitzades (amb resultat)	982 (90'4%)	986 (90'1%)	243 (66'2%)

Resultats de les colonoscòpies	2a ronda (2017-2018)	3a ronda (2019-2020) ¹	4a ronda (2021-2022) ²
Normal/negativa	284 (28'9%)	304 (30'8%)	73 (30'0%)
Adenoma baix risc	211 (21'5%)	254 (25'8%)	69 (28'4%)
Adenoma risc intermedi	236 (24'0%)	228 (23'1%)	62 (25'5%)
Adenoma alt risc +/- Ca. In situ	156 (15'9%)	118 (12'0%)	13 (5'3%)
Càncer invasor	41 (4'2%)	28 (2'8%)	9 (3'7%)

Dades del tancament de la tercera ronda el 31 de març de 2021.

Les dades de la quarta ronda corresponen únicament al seu primer any de funcionament. El primer any (any 2021) va començar amb tres mesos de retràs per l'impacte pandèmic però s'ha arribat el desembre de 2021 amb la complimentació de tot el que estava previst de fer durant l'any. El segon any de la quarta ronda començarà sense cap retràs.

¹ La tercera ronda va finalitzar el 31 de març de 2021 per l'impacte i el tancament pandèmic

² La quarta ronda va començar el primer d'abril de 2021 per l'impacte i el tancament pandèmic però el 31 de desembre de 2021 s'ha recuperat tota l'activitat habitual del primer any de la ronda.

³ A partir del 27 de juliol de 2020, el punt de tall per a positivitat de la PDSOF va passar de 100 ngHb / µL a 155 ng Hb / µL.

Comentaris

- ✓ Les dades de la quarta ronda corresponen a l'extracció de dades del dia 2 de desembre de 2021. Aquesta va començar a Vic el primer d'abril amb tres mesos de retràs per la pandèmia però es va recuperar el flux de citacions i de treball i, el primer any de la quarta ronda va es va poder tancar el 31 de desembre de 2021.
- ✓ La taxa de càncer invasiu diagnosticat ha tingut la següent evolució: 1a ronda = 3'8 càncers per mil participants, 2a ronda i 3a. ronda = 1'8 càncers per mil participants i primer any de la 4a ronda = 2'8 per 1.000 participants
- ✓ El seguiment dels positius d'acord amb els resultats de la PDSOF i la modificació del seu punt de tall i l'organització de les colonoscòpies es basa en les directrius de l'Institut Català d'Oncologia.
- ✓ El programa, durant l'any 2021 ha pogut recuperar l'impacte pandèmic dels mesos de tancament i es comença el segon any de la quarta ronda per les poblacions previstes.

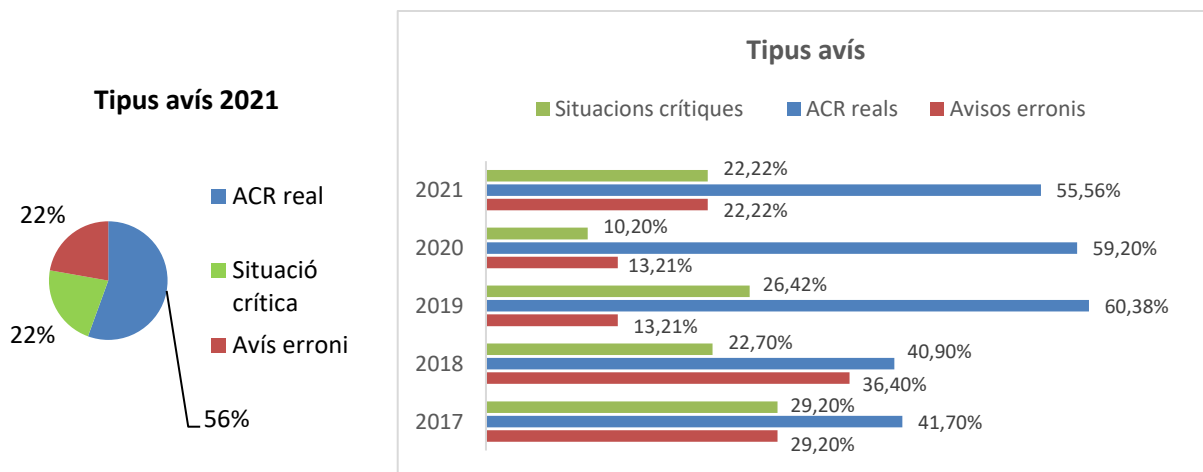
PROTOCOLS INSTITUCIONALS – DE PROCÉS

Inclosos dins els protocols institucionals s'hi poden trobar els que fan referència a temes de procés o circuits organitzatius.

RESULTATS DE LES AVALUACIONS FETES DURANT L'ANY 2021

Protocol d'aturada cardiorespiratòria

Semestralment l'equip de seguiment avalua l'aplicació del protocol a l'HUV, OSM, CdV i HSJM.

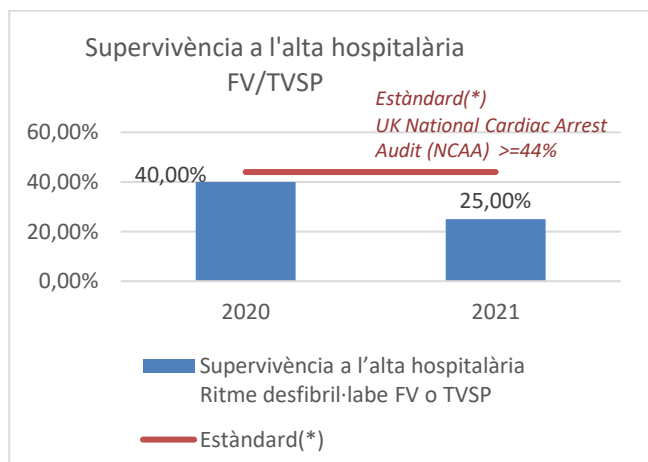
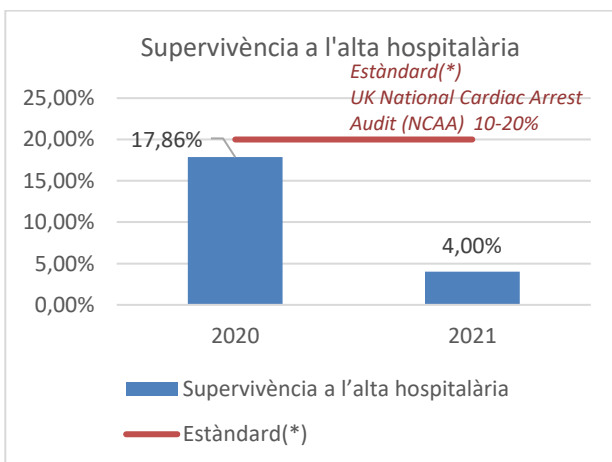
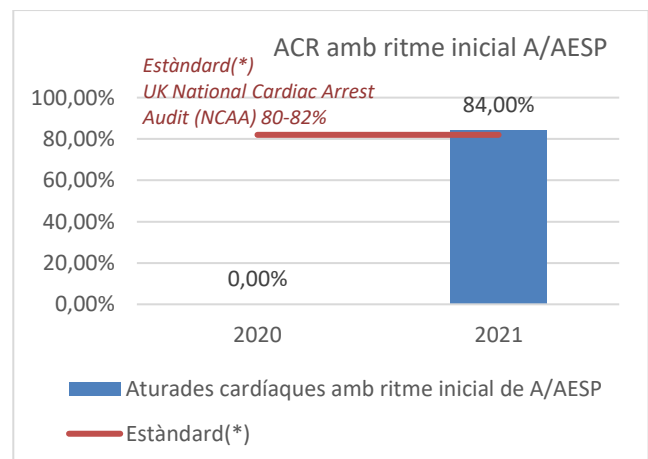
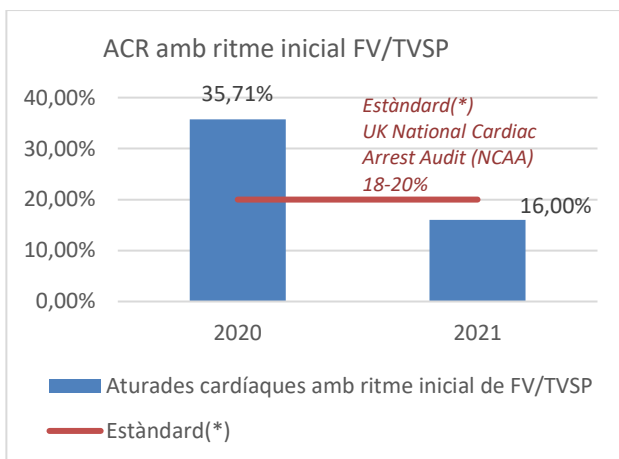
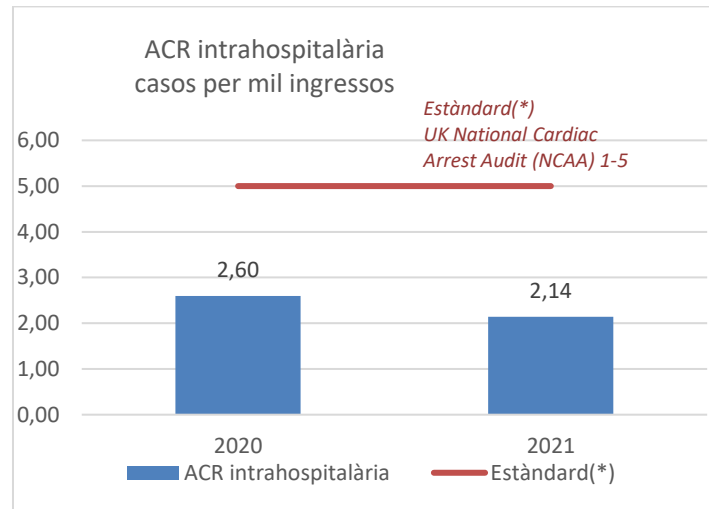


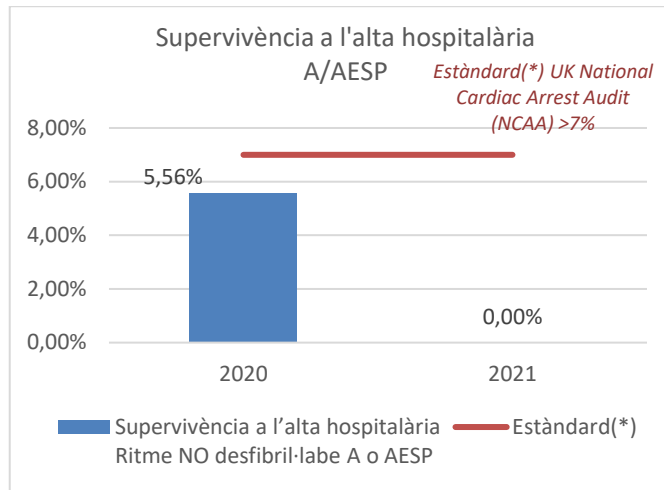
Comentaris

- ✓ El nombre de trucades a l'equip d'ACR al 2021 ha estat inferior en comparació al 2020 (45 vs 49) seguint la tendència dels darrers anys.
- ✓ S'han detectat 10 avisos erronis (22,22%), disminuint en comparació als 15 (30,61%) de 2020.
- ✓ Hi ha hagut 25 aturades reals (55,56% dels avisos), 3 menys que l'any 2020. La supervivència a l'alta hospitalària ha estat del 4% (per sota dels estàndards de la literatura).
- ✓ Les situacions crítiques han augmentat (10 vs 6).
- ✓ El registre de dades en els fulls de les aturades és del 100% pel que fa a la identificació del pacient i del metge. La identificació d'infermeria és del 80%.
- ✓ La localització de les ACR mostra un increment d'avisos de les plantes 3-1, 4-2 i 6-2; mentre que han disminuït a la 5-1, 6-1 i 1-1 (intervencionisme).
- ✓ El nombre d'aturades registrades en àrees d'alta complexitat com Urgències i UCI continua essent alt, seguint la tendència dels darrers anys i la major conscienciació de la importància de la recollida de les dades d'ACR.
- ✓ Menor número de problemes detectats. Els avisos amb problemes suposen un 38,89% de les activacions. Els principals problemes detectats han estat problemes amb el material en 6 activacions, pacients "no candidats a RCP" (4 activacions), de suport (2 activacions), d'avís (3 activacions), entre altres.

ÍTEMS ESTIL HUTSTEIN

Consens d'experts de la recollida de dades fonamentals de les aturades cardiorespiratòries intrahospitalàries.





Comentaris ítems estil UTSTEIN

- ✓ La incidència d'ACR intrahospitalària és de 2,14 % (Estàndard 1-5 % altes). Les dades en què es basa el càlcul són el nombre d'ACR per edifici, sobre les altes hospitalàries per edifici.
- ✓ El ritme inicial de l'ACR va ser desfibril·lable (FV/TVSP) en 4 casos (16,00%), per sota de l'estàndard de la literatura) i en 21 (84,00%), el ritme fou no desfibril·lable (A/AESP), dins de l'estàndard (entre 80-82%). La supervivència de les ACR a l'alta amb ritme desfibril·lable va ser del 25% i dels ritmes no desfibril·lables va ser nul·la (ambdues per sota de la literatura).
- ✓ Es difícil poder extraure conclusions en termes de supervivència de les ACR pel baix nombre d'ACR detectats.
- ✓ La durada de les maniobres de RCP han estat 33 minuts pels ritmes no desfibril·lables i 27 min amb els desfibril·lables, congruents amb la possibilitat d'aconseguir ROSC segons les guies de RCP.
- ✓ De les aturades que s'han produït, s'ha assolit ROSC en 6 casos (24%) però supervivència a l'HUV, només 1.

RESUM DADES REVISIONS CARRETONS D'ATURADA % D'ACOMPLIMENT

	2020		2021	
	% compliment	n Revisions fetes	n Revisions previsibles	% compliment
Total Carretons		28		
Check-list mensual dels carretons	93,49%	297	330	90,00%
<i>Ubicacions d'obertura temporal</i>	-	63	66	95,45%
<i>Ubicacions d'obertura permanent</i>	-	234	264	88,64%

Ítems avaluats	%	n Revisions fetes	n Revisions registrades informàticament	%
Identificació correcta de la persona que revisa el carretó	88,93%	226		
Has trobat el carretó segellat?	95,49%	218	226	96,46%
S'ha fet la revisió de materials i medicació caducats?	97,54%	223	226	98,67%
S'ha reposat (o sol·licitat) tot el material o medicació?	98,32%	219	221	99,10%
El material o la medicació és la que correspon?	89,75%	203	226	89,82%
incidències detectades amb el carretó	3,28%	12	226	5,31%

RESUM DADES REVISIONS DESFIBRIL·LADORS (% D'ACOMPLIMENT)

	2020	2021		
	% compliment	n Revisions fetes	n Revisions previsibles	% compliment
Total monitors-desfibril·ladors		25		
Revisió desfibril·lador infermeria correcta	82,59	869	1220	71,23%
<i>Ubicacions d'obertura temporal</i>	-	122	158	77,22%
<i>Ubicacions d'obertura permanent</i>	-	747	1062	70,34%

	%	n Revisions fetes	n Revisions registrades informàticament.	%
Incidències detectades amb el desfibril·lador	0,45%	8	980	0,82%

Comentaris

- ✓ En total, el compliment del checklist mensual de carretons és del 90%, inferior a 2020.
- ✓ Per tal de facilitar el càlcul del compliment del checklist mensual dels carretons d'aturada, s'han dividit les ubicacions en dos blocs: obertura permanent, 88,64% (han de complir totes les 12 revisions anuals) i les d'obertura temporal, 95,45%, en les quals el càlcul de la taxa de compliment es fa sobre el temps que han estat obertes. D'aquesta manera, s'ha pogut comprovar que les que tenen un compliment més alt, són les d'obertura temporal.
- ✓ Per calcular la taxa de compliment del checklist de revisió dels carretons, s'han tingut en compte les revisions registrades informàticament + les de paper. Per a la resta d'ítems, només s'han tingut en compte les registrades informàticament.
- ✓ Tots els ítems tenen una taxa de compliment >90%, exceptuant el cas de si el material o medicació és la que correspon, que s'acompleix en el 89,82% dels casos.
- ✓ La diferència de 2 monitors-desfibril·ladors respecte de l'any 2020 és perquè, aquest any, s'han inclòs en el recompte el de cateterismes i el de trasllats de la UCI.
- ✓ A 2021, el recompte de revisions dels monitors-desfibril·ladors s'ha fet per setmanes i s'ha tingut en compte les revisions registrades informàticament + les de paper. Fins a 2020, es feia mensualment.
- ✓ Les ubicacions amb obertura temporal tenen un millor compliment de les revisions del monitor-desfibril·lador (77,22%), que les d'obertura permanent, on la revisió s'ha de fer sistemàticament (70,34%). En global, el compliment és del 71,23%

[\(↩ Tornar a l'índex\)](#)

PRODUCTE

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PRODUCTE

PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS BASATS EN L'EVIDÈNCIA (ADBE)

Al CHV existeixen diferents eines orientades a ajudar al clínic, que tenen l'objectiu comú de millorar la qualitat de l'atenció, facilitar el treball diari en la presa de decisions i disminuir la variabilitat no desitjada.

Els tipus de documents dels que es disposa, són:

- **RUTES ASSISTENCIALS:** documents de desenvolupament de la gestió per processos assistencials que donen resposta pràctica a determinades situacions de salut que afecten als pacients, dins l'àmbit territorial.
- **GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA:** conjunt de recomanacions basades en l'evidència científica, realitzades per un grup interdisciplinari sobre un problema clínic en unes circumstàncies sanitàries específiques, amb l'objectiu d'ajudar als clínics i als pacients en el procés de presa de decisions. En el nostre cas són les recomanacions d'actuació entre diferents nivells de la Comarca d'Osona davant d'una patologia i/o producte concret. Inclouen aspectes de prevenció i promoció de la salut.
- **PROTOCOLS:** han de ser elaborats de forma interdisciplinària amb la participació de tots els professionals implicats i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Assenyalen i consensuen els passos a seguir davant tot pacient amb un determinat quadre clínic o sobre l'actitud terapèutica més adequada davant un diagnòstic clínic o un problema de salut. Respon a: *què s'ha de fer*.
- **PROCEDIMENTS:** explicació acurada de les actuacions en situacions clíniques determinades. Han de ser elaborats per part dels professionals que l'han d'aplicar, amb el vistiplau d'un expert en el tema i segons els coneixements científics existents i els recursos del Centre. Respon a: *com s'ha de fer*.
- **CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID:** Aquest programa es va introduir per establir un circuit específic preferent per al diagnòstic de càncer. L'objectiu és reduir el temps transcorregut entre la sospita fonamentada de càncer, la confirmació diagnòstica i l'inici del tractament, atribuïble als serveis sanitaris. Es basa en protocols ja elaborats i hi poden intervenir-hi diferents nivells assistencials. Cal tenir present però, que la disminució del retard no té un impacte en la supervivència, d'acord amb l'evidència científica disponible, però pot contribuir a la disminució del nivell d'angoixa que experimenta una persona en aquestes circumstàncies, així com millorar la qualitat del procés assistencial.
- **DOCUMENTS D'AJUT A LA PRESA DE DECISIONS (DAPD):** Explicació breu i resumida, molt gràfica (en format algoritme d'actuació, presentació de diapositives, etc.), pensada com a consulta ràpida per ajudar a prendre una decisió sobre una situació clínica o una tècnica concreta, sense profunditzar en el tema.
- **INSTRUCCIONS DE TREBALL:** En el cas de Documents institucionals, formen part, com annex, d'un protocol o un procediment. Document que recull la seqüència d'operacions, requisits i activitats realitzades en l'àmbit concret de determinats llocs de treball.

RESULTATS DE CONTROL DE PRODUCTE

PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS BASATS EN L'EVIDÈNCIA (ADBE)

ESTAT DE SITUACIÓ DELS PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS (ADBE)

	2017	2018	2019	2020	2021		
	Doc actualitzats	Doc actualitzats	Doc actualitzats	Doc actualitzats	Total Documents	Doc actualitzats	
	%	%	%	%	n	n	%
Procediments	50%	75,00%	75,00%	75%	8	8	100%
Protocols	45,2%	65,63%	66,67%	66%	35	27	77,14%
DAPD	100%	100%	100%	90%	10	9	90,00%
Instruccions	100%	100%	100%	100%	5	5	100%
Rutes assistencials		100%	100%	100%	1	1	100%
Total	52,4%	75,00%	79%	77%	61	52	85,25%

Comentaris

- ✓ El percentatge de documents actualitzats és del 85,25% (no es comptabilitzen com a actualitzats els que estan en tràmit de revisió), essent un 8% superior a l'any anterior.
- ✓ Dels 9 documents que no estan actualitzats, 3 estan en tràmit de revisió (33,33%).

[Veure informe complet](#)

SEGUIMENT DELS DOCUMENTS TREBALLATS

	2018		2019		2020		2021			Posposats a 2022	
	Treballats	Acabats	Treballats	Acabats	Treballats	Acabats	Treballats	Acabats	%	n	%
Avaluació	19	94,74%	17	94,12%	6	100%	11	10	90,9%	6	22,22%
Revisió	18	77,78%	21	57,14%	6	50%	17	14	82,35%	6	26,09%
Nova Elaboració	9	77,78%	7	42,86%	2	0%	5	3	60%	1	16,67%
Total	46	84,78%	45	68,89%	14	64%	33	27	81,82%	13	28,26%

Comentaris

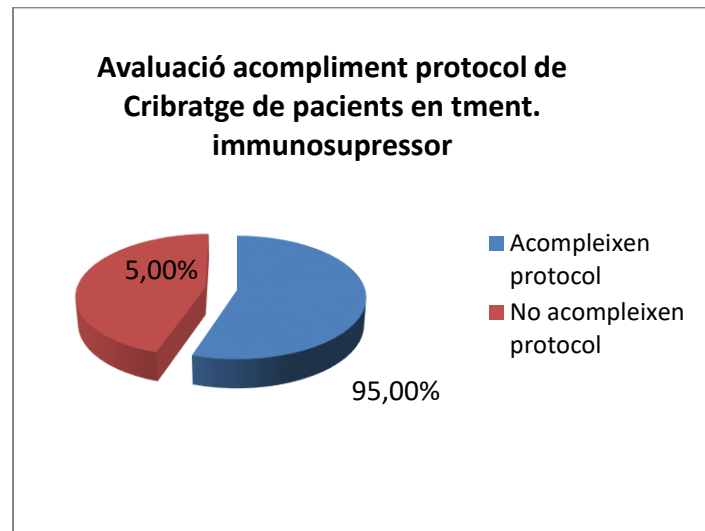
- ✓ Degut a les actuacions acumulades del 2020 a causa de la pandèmia, un 28% de les actuacions previstes per aquest 2021, s'han posposat per a 2022.
- ✓ Dels 33 documents treballats durant l'any 2021, se n'han finalitzat 27, un 81,82%.
- ✓ Les 3 revisions que no s'han acabat es varen iniciar al mes de novembre.

[Veure informe complet](#)

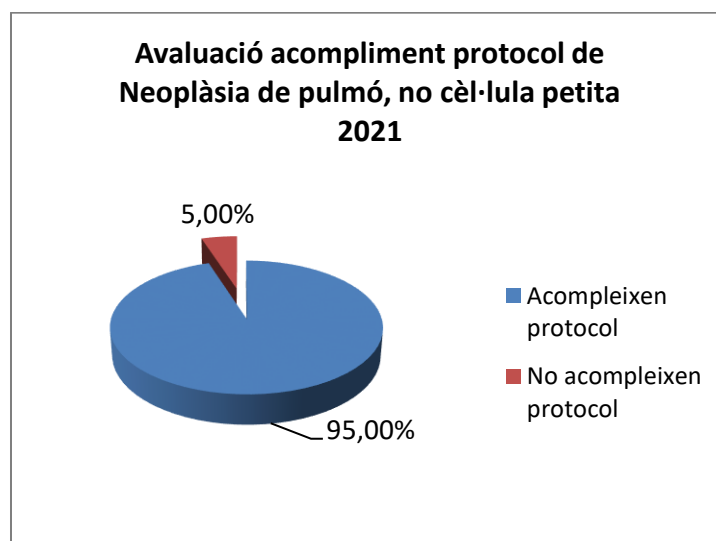
RESULTAT AVALUACIONS DE COMPLIMENT DELS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS 2021

L'avaluació del seguiment d'un protocol o procediment es realitza després de 2 anys de la seva implantació o en els períodes que hi vinguin marcats.

Aquest any s'han avaluat els següents:

CRIBRATGE DE PACIENTS EN TRACTAMENT IMMUNOSUPRESSOR**Comentaris**

- ✓ Es compleix el protocol en 19 dels 20 casos revisats (95%).
- ✓ Un pacient tenia el PPD demanat a desembre de 2015 i no figura resultat.
- ✓ Les vacunacions moltes vegades no consten a la història clínica del CHV, sinó que s'ha de consultar a la història clínica compartida (HC3).

NEOPLÀSIA DE PULMÓ, NO CÈL·LULA PETITA**Comentaris:**

- ✓ El protocol s'acompleix en un 95% dels casos.

INDICADORS QUE S'AVALUEN RELACIONATS AMB PROTOCOLS

	2017 n	2018 n	2019 n	2020 n	2021 n %	
Total Documents institucionals	42	52	63	62	62	
Documents Actualitzats	22	39	50	48	53	85,46%
Documents relacionats amb la prevenció i propagació de malalties	12	12	19	19	21	
Protocols de diagnòstic i tractament de neoplàsies	--	--	--	9	10	16,13%

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021		Nou abast a partir de 2020
	%	%	%	%	n	%	
Pla Director de Responsabilitat social Acreditació de centres d'atenció sanitària de Catalunya Protocols actualitzats que contenen apartat informació a donar al client. (% Sobre total de documents actualitzats)	100%	91%	100%	56%*	34	66,67%**	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Protocols institucionals avaluats. (% sobre total documents assistencials)	82,35%	68,18%	68,89%	15%*	27	43,55%	Inclou Revisions tancades, avaluacions d'acompliment i noves elaboracions finalitzades
Seguretat dels pacients (inici 2019) Protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients. (% sobre total de documents actualitzats)	--	--	14%	17%	19	30,65%	Inclou instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials
Documents actualitzats relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties (% Sobre total de documents relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties)	8,3%	0%	68%	74%	19	90,47%	Inclou tot tipus de Documents assistencials, Protocols i Procediments de la Direcció de Serveis i Plans Normalitzats de Treball (PNT) d'infermeria que fan referència a la prevenció i propagació de malalties.
Memòria CHV (inici 2020) Protocols actualitzats de neoplàsies(*) (% Sobre el total de protocols de diagnòstic i tractament de neoplàsies)	--	--	--	89%	7	70%	Inclou tot tipus de documents assistencials que fan referència al diagnòstic i tractament de neoplàsies (Vegeu detall apartat Tumors)

(*)Canvi de criteri a 2020, ampliant el denominador.

(**)En dos casos no procedeix. Protocols de neteja.

Comentaris

- ✓ En el càlcul de l'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'informació a donar al client/familiar, fins a 2019, només es comptabilitzaven els protocols i procediments institucionals. A partir de 2020, s'inclouen tots els tipus de documents institucionals: instruccions, procediments, protocols, DAPD, Trajectòries clíniques, Rutes assistencials i Circuit de Diagnòstic Ràpid. Per aquest motiu ha passat d'un 100% de compliment el 2019, a un 56% el 2020 i un 66,67% al 2021.
- ✓ Per calcular l'indicador de protocols institucionals avaluats, s'havien seguit diferents criteris durant els anys anteriors. Per aquest motiu, a partir de 2020 es va definir bé l'indicador i des d'aleshores es calcula el total d'actuacions finalitzades (revisions, avaluacions d'acompliment i noves elaboracions), sobre el total de documents institucionals.
- ✓ L'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients, es va començar a mirar al 2019. Aquest apartat es va incorporant a mida que es van revisant els documents. L'acompliment d'aquest any 2021 és d'un 30,65%, seguint la tendència a augmentar.
- ✓ Ha augmentat el percentatge dels documents actualitzats relacionats amb la prevenció i propagació de malalties, essent d'un 90,47% aquest any 2021.
- ✓ Ha disminuït el percentatge de protocols actualitzats de neoplàsies. Aquest any 2021, el resultat és del 70% de protocols actualitzats.

[Veure informe complet](#)

[👉 Tornar a l'índex](#)

PIPS (PROMOCIÓ I PREVENCIÓ DE LA SALUT)

Promoure la salut és establir el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut amb l'objectiu de millorar-la. Repercuteix en:

- El pacient, on es contempla com un aspecte bàsic en una assistència de qualitat.
- Pels professionals ho és per aconseguir un entorn de treball segur i saludable.
- Per la comunitat per treballar aspectes que repercuteixin en la salut global de la població.

La prevenció de la malaltia s'orienta a reduir la càrrega de mortalitat o morbiditat deguda a una determinada malaltia i actua en els diferents nivells de prevenció: primari, secundari, terciari i quaternari.

Des de l'any 2012, el CHV forma part de la Xarxa de centres i Hospitals promotors de la salut (HPH Catalunya), que té com a missió la promoció de la salut als centres sanitaris de Catalunya. El CHV, te constituït un grup de Promoció i Prevenció de la Salut (PiPS) format per professionals assistencials i no assistencials i de diferents àmbits.

OBJECTIUS

1. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament de pràctiques de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, que permetin al CHV fixar objectius orientats a aconseguir un major benestar biopsicosocial i una major qualitat de vida de l'individu i la comunitat.
2. Assessorar a la Direcció en el desenvolupament d'estratègies dirigides a augmentar l'apoderament en salut dels pacients i dels professionals, per capacitar-los en la presa de decisions saludables individuals i col·lectives, i d'influir en els determinants en salut. Entenent com a determinants en salut el conjunt de factors personals, socioeconòmics i ambientals que condicionen la salut de les persones, de la comunitat i del medi ambient.
3. Assegurar una visió global del conjunt d'activitats sobre la promoció i prevenció de la salut en l'àmbit territorial i de les línies i objectius establerts en el Pla de Salut de Catalunya.

METODOLOGIA

El grup PiPS participa directament com a dinamitzador, fent seguiment d'activitats relacionades amb la Prevenció i Promoció de la Salut i en algunes ocasions, com a promotor d'activitats com és el cas del projecte Actius en Salut que aquest any s'ha englobat dins el grup PiPS. Aquestes actuacions tenen per objectiu impactar en els diferents nivells de prevenció, actuant a nivell de treballadors i a nivell de pacients i comunitat.

Es participa de forma activa en:

- Participació en el grup de la xarxa Catalana d'hospitals promotors de la Salut (HPH) en l'elaboració d'estàndards, alfabetització de la Salut i entorn de treball segur i saludable
- Participació en el grup de treball multidisciplinari de la comarca d'Osona dins el projecte de promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física en els nens i adolescents del territori.
- Participació a la "Taula de Salut" en l'elaboració de la diagnosi des de les vessants salut i socials de la ciutat de Vic.

RESULTATS

% DE COMPLIMENT D'ACTIVITATS PREVISTES DE CADA UNA DE LES ÀREES

	Població Diana	Activitats previstes	Activitats realitzades	% de compliment
PROMOCIÓ DE LA SALUT	Treballadors	8	8	100%
	Pacients/Comunitat	7	5	71,42%
	Total Promoció	15	13	86,66%
PREVENCIÓ PRIMÀRIA	Treballadors	6	6	100%
	Pacients/Comunitat	9	8	88,88%
	Total P. Primària	15	14	93,33%
PREVENCIÓ SECUNDÀRIA	Treballadors	2	2	100%
	Pacients/Comunitat	2	2	100%
	Total P. Secundària	4	4	100%
PREVENCIÓ TERCIÀRIA	Pacients	2	2	100%
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA	Pacients Afecta a AP i AE	3	3	100%
TOTAL		39	36	92,30%

Comentaris

- ✓ Es compleixen un 92,30% de les activitats previstes.
- ✓ Les activitats amb un baix compliment són:
 - Consolidació de la consulta d'anquiloglossia per potenciar l'alletament matern.
 - Difusió de les infografies proposades des dels HPH per impulsar l'alfabetització en salut al CHV.
 - Participació, si s'escau en l'elaboració d'articles relacionats amb la prevenció i promoció de la salut a El Nou 9.
 - En prevenció terciària de la salut, pacients/comunitat, impulsar la realització de formacions a pacients i familiars relacionats amb malalties cròniques, tot i que s'han fet algunes accions hi ha molt marge de millora al igual que en aspectes de prevenció quaternària on és fa molt necessari incidir-hi.
 - Cal també impulsar accions dirigides a la Salut del Medi Ambient ja que la seva sostenibilitat repercuteix directament en la salut de la població.

Algunes formacions i activitats s'han vist aturades o no programades per la situació de pandèmia.

[Veure informe complet](#)

[👉 Tornar a l'índex](#)

DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

OBJECTIUS

1. Vetllar per l'estructura i l'organització de la història clínica, intentant crear una documentació general unificada que permeti garantir el manteniment en el temps de la informació i que aquesta sigui entenedora, perquè pugui seguir-la qualsevol equip assistencial.
2. Conèixer la qualitat de la informació i intentar millorar-la.
3. Promoure que la documentació s'ajusti a les normatives vigents (DOGC, BOE, Criteris d'acreditació hospitalària, codis deontològics, Comitè de bioètica, normatives internes CHV...)

METODOLOGIA

Es revisa un 1% de l'activitat seguint el criteri dels serveis escollits com prioritaris i els que sol·liciten els directors de servei segons objectius propis. El nombre mínim d'HC revisades per cada servei és de 30. Al llarg de l'any es reparteix l'activitat entre els professionals membres del grup, es recullen les dades en programa informàtic i se'n fa l'explotació i es redacta el document final de resultats a l'acabar l'any. També s'inclouen les HC revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat.

Degut a la situació de pandèmia només s'ha revisat la documentació clínica d'obligat seguiment.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES

URGÈNCIES

INFORME D'ALTA	2017	2018	2019	2020	2021	Dif. 20-21
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	100	50	48	51	48	
Constància d'al·lèrgies	77,0	76,0	85,4	88,2	81,3	-7,9%
Constància del motiu de consulta / malaltia actual	94,0	100,0	97,9	100,0	100,0	0,0%
Constància antecedents patològics	79,0	82,0	93,8	88,2	81,3	-7,9%
Constància d'exploració física	93,0	96,0	97,9	98,0	97,9	-0,1%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	93,0	98,0	97,9	98,0	93,8	-4,4%
Constància d'orientació diagnòstica i pla	89,0	98,0	100,0	100,0	89,6	-10,4%
Prescripció farmacològica correcta	38,0	40,0	39,6	81,6	39,6	-46,9%
Constància de seguiment posterior o destí	86,0	96,0	100,0	94,1	95,8	1,8%
Constància del nom del personal mèdic	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància del nom del personal d'infermeria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

Comentaris

- ✓ En l'anàlisi de l'informe d'alta d'urgències s'observa una estabilitat en el compliment, respecte l'any anterior, excepte en la prescripció farmacològica correcta, que es redueix en un -46,9%.
- ✓ En els ítems de la constància d'orientació diagnòstica es detecta un descens del -10,4% i en la d'al·lèrgies i antecedents patològics un -5,9%.
- ✓ L'ítem que segueix sense complir-se és la constància regular del nom de la infermera en l'informe d'alta (0%). (Criteri indicat en l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya).

HOSPITALITZACIÓ

INFORME D'ALTA	2016	2017	2018	2019	2021	Dif. 19-21
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	64	120	80	60	120	
Existència d'informe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància d'al·lèrgies	96,9	91,7	81,3	75,0	82,5	10,0%
Constància del motiu d'ingrés / malaltia actual	98,4	99,2	100,0	100,0	99,2	-0,8%
Constància d'antecedents patològics	98,4	98,3	88,8	93,3	99,2	6,3%
Constància d'exploració física	98,4	75,8	78,8	48,3	92,5	91,4%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	98,4	66,7	88,8	75,0	85,8	14,4%
Constància de valoració / comentaris	98,4	80,8	100,0	98,3	95,0	-3,4%
Constància de procediments	76,6	70,8	80,0	50,0	63,3	26,7%
Constància de diagnòstics principals	96,9	94,2	97,5	98,3	91,7	-6,8%
Constància de diagnòstics secundaris	84,4	60,0	57,5	31,7	85,0	168,4%
Constància de prescripció farmacològica	98,3	93,6	87,3	89,8	90,8	1,0%
Prescripció farmacològica correcta	100,0	100,0	97,1	96,2	100,0	3,9%
Estat en el moment de l'alta	100,0	98,0	86,3	100,0	93,3	-6,7%
Destí a l'alta	79,7	97,1	66,3	61,7	84,2	36,5%
Compliment global (tots els ítems correctes)	-	36,7	55,0	23,3	65,0	179,0%

Comentaris

- ✓ En la revisió d'informes d'alta d'hospitalització hi ha informe en el 100% de les històries revisades, a l'igual que en anys anteriors.
- ✓ Hi ha un increment del compliment de la majoria d'ítems de l'informe, respecte l'últim any que s'havia revisat -2019-.
- ✓ Augmenta un 91,4% el compliment de la constància d'exploració física, un 26,7% la de procediments, un 36,5% la constància del destí a l'alta del pacient i, principalment, la constància de diagnòstics secundaris, que s'incrementa un 168,4% respecte l'any anterior.
- ✓ El compliment global en que tots els ítems són correctes és del 65% enfront del 23,3% de l'any 2019.

ÀREA QUIRÚRGICA

TRAÇABILITAT DELS IMPLANTS	2020		2021	
	n	%	n	%
Total històries revisades (n)	50		30	
Hi ha el full d'implants escanejat a l'HC	48	98,2	30	100,0
Emplenat correctament (tots els ítems correctes)	48	100,0	30	100,0
- Identificació pacient (Nom i cognom)	48	100,0	30	100,0
- Consta N. Assistència	48	100,0	30	100,0
- Consta data de la IQ	48	100,0	30	100,0
- Consten etiquetes del que s'ha implantat	48	100,0	30	100,0

Comentaris

- ✓ Es manté el compliment en la traçabilitat d'implants respecte al 2020. S'ha revisat el full d'implant amb les etiquetes corresponents de les pròtesis de Cardiologia, Cirurgia Vasculard, COT, Oftalmologia i UPA Mama.
- ✓ Sobre 30 HC, en la totalitat constava el full d'implants escanejat i aquest estava emplenat correctament (identificació del pacient, N. Assistència, data IQ, etiquetes del que s'ha implantat).

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre d'altres procediments, en les intervencions quirúrgiques amb anestèsia general o regional, la radiologia amb contrast intravascular, intervencionista o amb anestèsia i en la donació i recepció d'hemoderivats.

El criteri ha estat escollir un mínim de 30 HC per servei. Considerant que és un objectiu del CHV que els CI segueixin un model propi, únicament s'ha valorat l'acompliment dels diferents ítems en els documents normalitzats, descartant de la revisió altres models utilitzats (com p.e. CI de societats científiques).

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/total CI valorats		Correcte/HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Global 2021	481	438	91,1	430	98,2	365	84,9	365	75,9
Global 2020	221	177	80,1	169	95,5	121	71,6	121	54,8
Global 2019	511	478	93,5	455	95,2	398	87,5	398	77,9
Global 2018	777	679	87,4	644	94,8	608	94,4	608	78,2

Comentaris

- ✓ S'han revisat un total de 481 HC, trobant-se CI en el 91,1% i sent normalitzat (document del CHV) en un 98,2% dels casos. De les HC revisades, el 75,9% tenen CI correctament emplenat.
- ✓ Aquest any s'ha detectat un increment del correcte emplenament del document en relació a 2020.

ANÀLISI DE LA DISPONIBILITAT D'HISTÒRIES CLÍNQUES

La progressiva informatització de la història clínica ha comportat que pràcticament no es consultin dades en paper i que la disponibilitat sigui del 100%.

ANÀLISI DE LA REVISIÓ D'HISTÒRIES CLÍNQUES

Les històries clíniques revisades s'han distribuït entre les fetes pel propi grup de documentació, en què s'havia previst analitzar l'1% de l'activitat realitzada, i les revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de qualitat. En total la revisió feta és :

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL segons activitat	3.282 (3,2%)	2.776 (2,7%)	2.849 (2,8%)	2.211 (2,2%)	1.432 (1,3%)	2.056 (1,9%)

Comentaris

- ✓ La revisió d'històries clíniques l'any 2021 suposa un 1,9% de tota l'activitat realitzada al CHV acomplint l'objectiu de >1% de l'acreditació docent.

[Veure informe complet](#)

[🔙 Tornar a l'índex](#)

TERAPÈUTICA

OBJECTIUS

- Millora constant de l'acte terapèutic:
 - Promoure una "indicació terapèutica de qualitat".
 - Correcta prescripció.
 - Estudiar i resoldre problemes relacionats amb la distribució i administració de medicaments.
- Vigilància de les reaccions adverses. Comunicar-les al Servei de Farmacovigilància i a nivell hospitalari.
- Assegurar la comprensió del tractament per part del pacient i la seva continuïtat fora del centre (coordinació amb diferents nivells assistencials).

METODOLOGIA

Depenen del grup de terapèutica els següents grups de treball; Comissió de farmàcia i terapèutica, Comitè de transfusions i Grup de prevenció d'errors de medicació. En cas necessari, el tècnic pot activar grups de treball específics o analitzar casos clínics concrets en que es sospiti problemàtica en relació a la medicació.

ERRORS DE MEDICACIÓ

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar per a que tot acte terapèutic, farmacològic o no, sigui en tot moment el més adequat segons els estàndards d'eficàcia, efectivitat i seguretat, produint-se els mínims riscos possibles per als pacients.

Per aquest motiu s'analitzen de forma sistemàtica els errors de medicació que es poden originar en els processos de prescripció, dispensació (preparació d'unidosi) i preparació/administració d'un medicament.

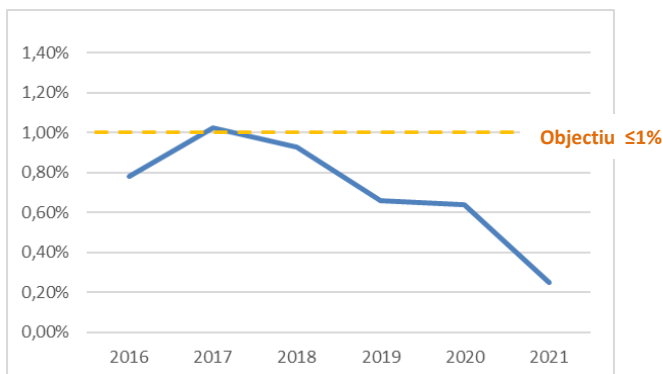
Periòdicament es recullen les dades dels diferents centres que integren el CHV mitjançant diferents fonts de dades (observació directa, registres...).

Així mateix, també es notifiquen errors mitjançant la comunicació voluntària, l'anàlisi dels èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) i les reclamacions realitzades pels usuaris.

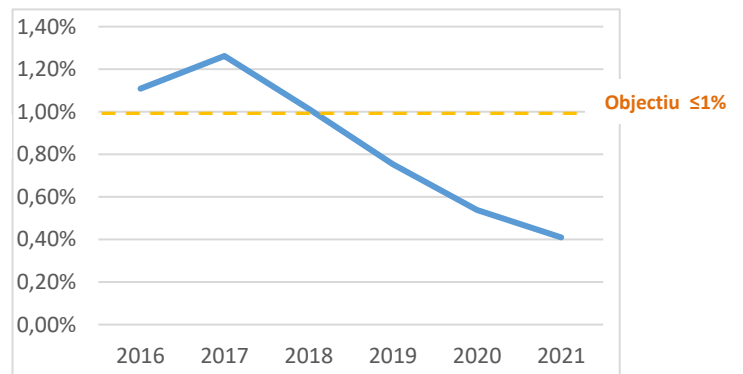
PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA PER PART DEL FACULTATIU

El servei de farmàcia revisa diàriament la prescripció informatitzada (validació) realitzada pel facultatiu responsable del pacient i registra els possibles errors de prescripció detectats. El percentatge d'errors de prescripció a l'HUV i a l'HSJM ha estat:

Errors prescripció HUV



Errors prescripció HSJM

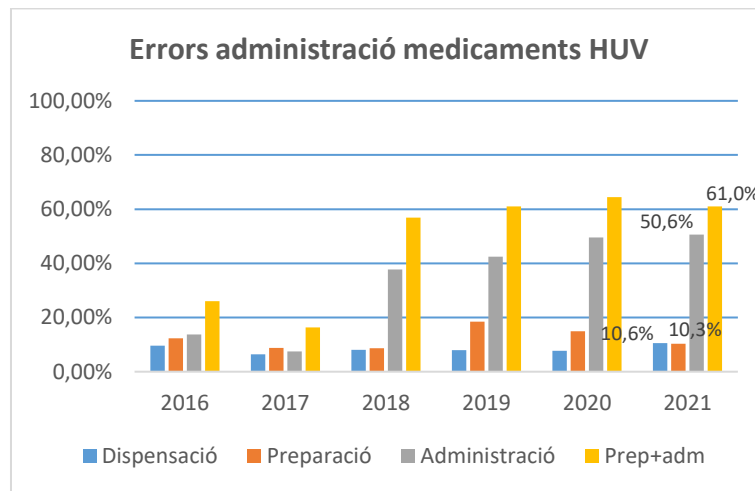


Comentaris

- ✓ El percentatge d'errors de prescripció al CHV estan per sota l'objectiu (1%).

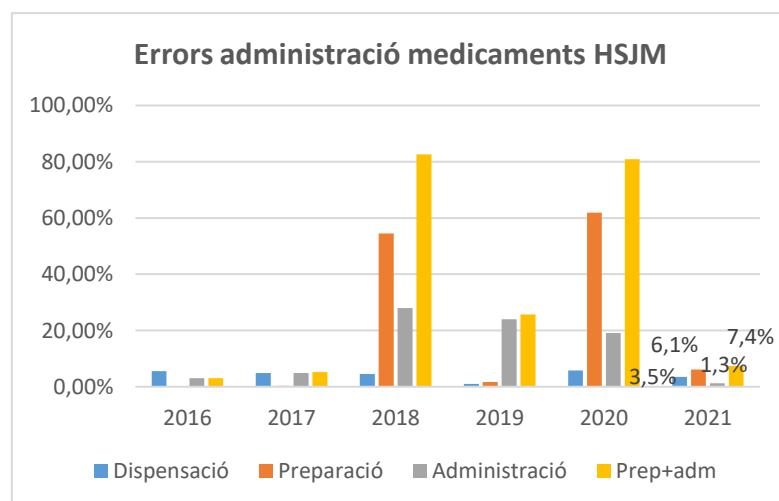
DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2021 s'han fet talls de prevalença d'observació directa, per a valorar la dispensació, preparació i l'administració dels medicaments. S'han observat un total de 712 pacient i 1550 fàrmacs a l'Hospital Universitari de Vic i s'han observat 134 pacients i 312 fàrmacs a l'Hospital de Sant Jaume de Manlleu.



Comentaris

- ✓ Preparació del medicament ;
 - El 10,58% dels fàrmacs no s'han preparat correctament (206/1385), ja que no s'han preparat prop del pacient.
 - ✓ Administració del medicament ;
 - Medicació parenteral: Administració errònia : 48,2% (362/751). Els motius amb més rellevància han estat per manca de desinfecció del lloc d'administració 8,12% (61 incidències/751 fàrmacs administrats) i manca d'identificació del fàrmac en perfusió 42,21% (317/751).
 - Medicació oral : Administració errònia : 52,94%(423/799). La medicació s'ha deixat a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa.
- En cap cas s'ha produït error en la dosificació o administració a pacient erroni.



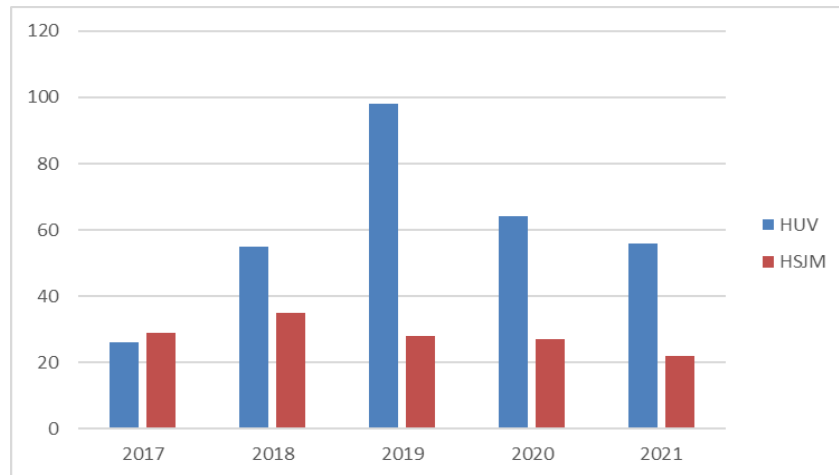
Comentaris

- ✓ Preparació del medicament ;
 - El 6,09% dels fàrmacs no s'han preparat prop del pacient.
- ✓ Administració del medicament ;
 - Medicació oral: no hi ha hagut errors d'administració.
 - Medicació parenteral : Administració errònia 10,53% (4/38). Els motius han estat per manca de desinfecció de la via d'administració en tots els casos.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DELS ERRORS DE MEDICACIÓ

La comunicació voluntària es basa en la comunicació confidencial, espontània i no punitiva, tal com ha intentat transmetre la cultura de qualitat al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació.

DECLARACIONS VOLUNTÀRIES D'ERRORS DE MEDICACIÓ



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació s'han mantingut constants a l'HSJM, però a l'HUV hi ha hagut un nombre menor de notificacions aquest any respecte el previ.

DETECCIÓ D'ERRORS A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS

No s'ha detectat cap ESPH per errors de medicació

ERRORS DE MEDICACIÓ A HEMODIÀLISI

Des de fa uns anys a hemodiàlisi existeix un registre propi dels errors de medicació adaptat a hemodiàlisi. Els resultats s'analitzen dins del Grup de Millora de Nefrologia, no detectant-se cap error al 2021.

[Veure informe complet](#)

INDICADORS QUALITATIUS DE TRANSFUSIONS

Uns dels subgrups del grup de terapèutica és el Comitè de transfusions i una de les seves funcions és l'anàlisi semestral dels indicadors de transfusions que es demanen per l'acreditació d'hospitals d'aguts.

Indicadors RESULTATS		2017	2018	2019	2020	2021
5d-06-D-07-E	Es registren a la història clínica les dades següents: - Concordança de dades entre el receptor i la bossa a transfondre. - Tipus de component transfós, que s'identificarà amb un número personal que hi intervé. - Aparició o no de reaccions adverses i/o complicacions durant i després de l'administració de la unitat transfusional.	Sí	Sí	Sí	Sí	Si
9c-02-02-01-E	Es mesura el nombre d'unitats transfoses per a cada tipus de component sanguini (concentrat d'hematies + sang total)	3434	3147	3234	3248	3478
9c-02-02-03-E	Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades / descartades i els motius (inclou caducitats) (Casos detectats).	86	84	62	54	37
9c-02-02-04-E	Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.	No	No	No	Si	Si
9c-02-02-05-E	Es mesuren les reaccions transfusionals (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-06-E	Es mesuren els errors comesos pel servei de transfusió (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-07-E	Es mesuren els errors d'administració de components sanguinis a la capçalera del llit del pacient (Casos detectats)..	0	0	0	0	1
9c-02-02-09-E	Es mesuren les incidències i els motius (Manca de dipòsits, Demora en el lliurament de comanda, Incidències amb el proveïdor extern, Transmissió de malalties contagioses). (Casos detectats).	0	0	0	0	0
9c-02-02-08-Q	Es mesura el grau de formalització adequat de les peticions de sang i components sanguinis.	100%	100%	100%	No	No

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 1 error en les transfusions durant el 2021, sense conseqüències pel pacient.
- ✓ Es disposa d'informació de tots els indicadors que demana l'acreditació hospitalària.

[Veure informe complet](#)

[\(🔥 Tornar a l'índex\)](#)

TEIXITS

OBJECTIUS

Millorar els processos relacionats amb les actuacions sobre els teixits mitjançant:

- La millora i adequació del procés diagnòstic. Anàlisi de la correlació entre el diagnòstic preoperatori i postoperatori.
- L'adequació del procediment quirúrgic.
- Aconseguir que cada servei proposi mesures de millora per disminuir el nombre de reintervencions.

METODOLOGIA

Trimestralment es monitoren de manera sistemàtica els següents indicadors:

- % de reintervencions
- Cesàries
- % de teixits enviats a AP
- Donació de teixits
- Dades de SP de IASIST

AVALUACIÓ DE LES REINTERVENCIONS

	2016	2017	2018	2019	2020	Any 2021		Objectiu
	%	%	%	%	%	Reintervencions	%	
TOTAL HUV	1.76	1.85	2.05	1.82	1.81	154	1.75	≤ 1,6%

Trimestralment s'analitzen les reintervencions de 5 serveis: C. general, COT, C.Vascular, Ginecologia-Obstetricia, Urologia i Cardiologia en el cas que superin l'objectiu del 1.6%. El grup de reintervencions valora si la segona reintervenció, realitzada dins els 30 dies següents a la intervenció anterior, es pot considerar realment una reintervenció. L'any 2021 s'ha revisat els casos del 2n semestre:

	ReIQ QV	ReIQ reals	Diferència
Global	45	41	-4

Comentaris

- ✓ Les dades de reintervencions s'extreuen del QlikView es manté a nivell global el percentatge de reintervencions en relació a l'any passat no acomplint-se l'objectiu ≤1.6%.
- ✓ L'anàlisi qualitativa de les reintervencions feta pel grup de Teixits indica que, de les 45 reintervencions revisades, 4 no es poden considerar com a tals. Això representa el 8,9% dels casos revisats.

AVALUACIÓ DE L'ÍNDEX DE CESÀRIES

	2016	2017	2018	2019	2020	Any 2021			Objectiu
						Cesàries	Parts	%	
Taxa de cesàries	22.5	24.5	22.9	24.4	20.9	203	973	20.9	≤ 19%
Taxa de cesàries ajustada	-	16.2	13.8	14.1	11.0			11.5	

Comentaris

- ✓ Des de l'any 2017 es calcula la taxa de cesàries ajustada, segons paràmetres d'exclusió del CatSalut, amb un resultat del 11,5% assolint l'objectiu establert.

CORRELACIÓ ENTRE ENVIAMENT DE TEIXIT A ANATOMIA PATOLÒGICA I REBUDA REAL DE LA MOSTRA (CIRCUIT CORRECTE)

El servei d'Anatomia Patològica (AP) realitza un seguiment periòdic de les incidències entre l'enviament de teixits i la rebuda real de la mostra, i les soluciona de manera immediata. Les dades que es presenten són globals de tot el Consorci Hospitalari de Vic i es calculen sobre l'activitat d'AP: 9.145 mostres de procedència interna i 12.890 externa.

Incidències internes	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Incidències sobre activitat	71 (0.72%)	50 (0.51%)	62 (0.67%)	82 (0.87%)	103 (1.31%)	134 (1.47%)

Incidències externes	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Incidències sobre activitat	15 (0.10%)	5 (0.03%)	19 (0.14%)	35 (0.24%)	24 (0.25%)	47 (0.36%)

Comentaris

- ✓ Les incidències internes augmenten en relació a l'any anterior i augmenten també les externes. Totes es resolen al moment i bàsicament són per identificació incorrecta i per recepció inadequada, i darrerament, error en la informació clínica que dificulta la feina del patòleg.

DONACIÓ DE TEIXITS EN DONANT VIU

Les dades que presentem fan referència a les donacions de cordó umbilical i de ronyó.

Mensualment el Banc de sang i teixits envia les dades de l'activitat del Programa de **Sang de Cordó** a nivell d'Espanya, en el qual participa el CHV.

	2017	2018	2019	2020	2021	Dif. 20-21
Nombre de donacions de cordó umbilical	193	135	89	33	140	324.2
Percentatge de mostres acceptades	56.5	45.9	44.9	30.3	97.9	(*)

(*) L'any 2021

Comentaris

- ✓ Les donacions de cordó umbilical, així com el percentatge de mostres acceptades, han augmentat en relació a l'any anterior.
- ✓ De totes les unitats rebudes, 14 s'han criopreservat per a transplantament, 51 s'han destinat als seus hemocomponents i la resta d'uniats s'han disposat al blobanc per a centres que estan fent recerca amb la sang de cordó.
- ✓ Del total de mostres obtingudes, 3 unitats es van desestimar: una d'elles no tenia el consentiment adjuntat a la donació i dues d'elles van presentar macrocòaguls.

Les dades dels **donants vius de ronyó** s'obtenen de la Unitat de Nefrologia que lliura la informació de forma anual.

	2017	2018	2019	2020	2021
Núm. transplantaments de ronyó de viu	0	1	1	1	1

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut un cas de donació de ronyó en viu durant l'any 2021.

[Veure informe complet](#)

[\(🏠 Tornar a l'índex\)](#)

TUMORS

OBJECTIUS

- ✓ Vetllar pel tractament uniforme i el seguiment correcte dels pacients amb neoplàsia que arriben al nostre hospital.
- ✓ Optimitzar el temps entre el procés diagnòstic i el tractament.
- ✓ Promoure el tractament òptim en els casos complexos, que seran aquells amb necessitat de tractament interdisciplinari (precisant bona coordinació entre els diferents serveis) i les histologies o localitzacions poc freqüents.
- ✓ Mitjançant els registres de tumors, conèixer les patologies neoplàstiques més freqüents en el nostre hospital per tal de detectar les necessitats i prioritats assistencials.

REUNIONS REALITZADES

Durant el 2021, la tècnica de tumors, s'ha reunit amb els responsables del RHT per comentar les dades i consensuar l'informe del 2021 amb la cap d'Oncologia per tractar el funcionament dels comitès de tumors.

METODOLOGIA

Anualment s'analitzen les dades de la memòria del registre hospitalari de tumors i s'activen revisions de les neoplàsies que es creu convenient. L'any 2021, dels 10 protocols de neoplàsies, n'hi havia 7 d'actualitzats i 1 en tràmit d'avaluació.

AVALUACIÓ DEL REGISTRE HOSPITALARI DE TUMORS

No es disposa de dades del RHT de l'any 2021 en data de 30/05/2022.

PROTOCOLS ACTUALITZATS DE NEOPLÀSIES

Indicador:

$$\% = \frac{\text{Protocols actualitzats de neoplàsies}}{\text{Protocols de neoplàsies}}$$

ACTIU 2021

Nom situació	Actualitzat		No actualitzat		Total n	Total %
	n	%	n	%		
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'ENDOMETRI	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'OVARI		100,00%	1	0,00%	1	100,00%
CIRCUIT D'ACTUACIÓ DAVANT D'UN GANGLI PERIFÈRIC PATOLÒGIC	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TERAPÈUTICA DE CÀNCERS DE CAP I COLL		0,00%	1	100,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE BUFETA URINÀRIA	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE MAMA	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE PRÒSTATA	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL MELANOMA CUTANI		100,00%	1	0,00%	1	100,00%
NEOPLÀSIA DE PULMÓ NO CÈL·LULA PETITA	1	100,00%		0,00%	1	100,00%
Total general	7	70%	3	30%	10	100,00%

[🔍 Tornar a l'índex](#)

RISCOS

PREVALENCIA DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ D'HOSPITALITZACIÓ (UPP)

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikView que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. Les gestants, puerperes i nens estan exclosos de la població de risc.

ÚLCERES PER PRESSIÓ IH

	HUV		HSJM	
	2020	2021(*)	2020	2021(*)
% de pacients amb valoració RISC UPP				
Altes estada >24h	7229	5039	636	480
Altes amb valoració Risc UPP	6301	4372	631	478
%Altes amb valoració Risc UPP	87.2%	86.8%	99.2%	99.6%

Objectiu SP > 90% - CHV > 95%

(*) gener-agost 2021

	HUV		HSJM	
	2020	2021(*)	2020	2021(*)
Altes amb risc UPP	%	%	%	%
	34.1%	33.5%	72.4%	72.2%

(*) gener-agost 2021

	HUV		HSJM	
	2020	2021	2020	2021
Taxa UPP-IH				
Altes estada > 2 dies	6272	6926	619	686
UPP-IH	81	130	6	7
% altes UPP-IH	1.29%	1.88%	0.97%	1.02%

Objectiu SP 6-8%

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència d'úlceres per pressió intrahospitalàries i l'impacte dels seus efectes indesitjables.

Durant el 2021 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HUV (5 talls) i HSJM (2 talls), amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

S'ha valorat la presència de matalàs dinàmic als pacients amb risc alt de patir una UPP així com d'utilització de coixí per reduir pressions en pacients amb risc moderat i alt que poden sedestar.

HUV mesures prevenció aplicades		2020		2021	
		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	29%	6	25%	24
	coixí reducció pressions	20%	5	25%	20
Pacients risc moderat	coixí reducció pressions	5%	11	100%	11

HSJM mesures prevenció aplicades		2020	2021		
		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	80%	11	79%	14
	coixí reducció pressions	100%	11	92%	12
Pacients risc moderat	coixí reducció pressions	43%	25	89%	28

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc amb l'escala de Braden a l'HUV és del 86.8%, no assolint l'objectiu de Seguretat de pacients ni del CHV. A l'HSJM, el compliment és del 99,6% (obj.95%)
- ✓ A l'HUV el 33.5% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH i a l'HSJM el 72.2%.
- ✓ La taxa d'UPP_IH té una incidència de l'1,88% a l'HUV i de l'1,02% a l'HSJM, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients. No es poden comparar dades amb el 2020 degut a l'excepció de la pandèmia COVID.
- ✓ Les mesures aplicades per disminuir el risc d'UPP tenen marge de millora en totes les àrees.

DECLARACIÓ VOLUNTÀRIA DE CAIGUDES

L'explotació de dades es fa a través del programa *QlikView* que obté les dades de les caigudes que s'han enregistrat en el Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria i de les notificacions voluntàries que arriben a la Unitat de Qualitat (unitats que no disposen del programa *Gacela*).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Objectiu
Caigudes declarades	n	n	n	n	n	n	
Hospital Universitari de Vic	78	71	101	89	73	102	
OSM	23	22	39	27	11	37	
Hospital Sant Jaume Manlleu	112	130	138	97	105	96	
GLOBAL CHV	213	223	278	213	189	235	
% de caigudes a HUV (x mil estades)	1.6	1.6	1.65	1.46	1.44	1.75	≤ 2 per mil
% de caigudes a HSJM (x mil estades)	4.7	5.6	5.56	3.99	4.37	4.22	≤ 2 per mil
% de caigudes a Salut mental (x mil estades)	9.4	7.9	7.34	5.32	1.89	6.68	≤ 2 per mil

	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Objectiu
Conseqüències	%	%	%	%	%	n	%	
Sense conseqüències i lleus	98.6	96.4	99.6	98.1	97.9	227	96.6	>95%
Conseqüències importants	1.4	3.6	0.4	1.9	2.1	8	3.4	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell global del CHV (46 caigudes més).
- ✓ La taxa de caigudes a l'HUV (àmbit aguts) assoleix l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP) mantenint-se per sota ≤2‰. A l'HSJM la taxa és del 4.22% i OSM es de 6,68% superant l'objectiu.
- ✓ El percentatge de caigudes a nivell de CHV sense conseqüències i/o lleus és del 96.6% assolint l'objectiu (SP>95%).
- ✓ Al CHV s'han produït 8 caigudes amb conseqüència greu, de les quals s'ha fet anàlisi causa-arrel al 100% del casos. Les conseqüències han estat fractura de fèmur en 4 de les caigudes i la resta: fractura orbital i maxil·lar, hematoma subdural que requereix drenatge, fractura nasal i fractura amb aixafament L4.

CAIGUDES REITERADES

A nivell del CHV s'analitza la reiteració de ≥ 3 caigudes en un mateix pacient, analitzant-se tots els casos per establir accions de millora.

ANY 2021

Edifici	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥ 3 vegades
HUV	1.07	1-2	0
HSJM	1.41	1-6	8
OSM	1.27	1-5	4

Comentaris

- ✓ Dels pacients que han caigut més de tres vegades s'ha fet anàlisi en el 100% dels casos.
- ✓ Hi ha hagut 8 pacients ingressats a l'HSJM que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 29 caigudes, que representen el 30.21% de les caigudes que s'han produït a l'HSJM. S'han analitzat i aplicat mesures preventives.
- ✓ A OSM hi ha hagut 4 pacients que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 14 caigudes, que representen el 37.84% de les caigudes que s'han produït a OSM.

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES

L'Aliança per a la Seguretat de Pacients indica que l'aplicació de mesures preventives dirigida a malalts que presenten risc disminueix la incidència de caigudes i l'impacte dels seus efectes indesitjables. Durant el 2021 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HUV (5 talls) i HSJM (2 talls), amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

S'avaluen els pacients enllitats i els llevats que duen mesures aplicades on les variables avaluades són:

Pacient llevat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Habitació endreçada (sense obstacles)
- Calçat adequat tancat
- Timbre a l'abast

Pacient enllitat:

- Llit en posició baixa i frenat
- Timbre a l'abast

Dades 2021

	HUV	HSJM
Pacients estudiats	386	144
Nº pacients amb mesures aplicades	343	116
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	88.9%	80.6%

Comentaris

- ✓ A l'HUV un 88.9% dels pacients tenen les mesures aplicades: les que tenen més oportunitats de millora són el calçat adequat i el timbre a l'abast en els pacients llevats.
- ✓ A l'HSJM un 80.6% dels pacients tenen les mesures aplicades i les oportunitats de millora són el llit en posició baixa i el timbre a l'abast en els pacients llevats.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DE PACIENTS

Per valorar l'acompliment de la identificació inequívoca de pacients (braçalet identificatiu amb dades correctes i llegibles) es van realitzar talls de prevalença, amb el mètode d'observació directa.

S'han observat 1966 pacients per valorar la identificació inequívoca.

Els talls i la mostra avaluada s'expressen a continuació:

- Hospitalització HUV (plantes d'internament): s'han observat 1098 pacients
- Hospitalització HSJM: s'han observat 278 pacients
- URG_OBS: s'han observat 165 pacients
- HEMODIALISI: s'han observat 154 pacients
- NOUNATS: s'han observat 47 nadons.
- Àrea Quirúrgica (UCSI): s'han observat 17 pacients
- Intervencionisme: s'han observat 30 pacients
- UCI: s'han observat 112 pacients
- Alternatives a l'hospitalització (H. Dia+UTE): s'han observat 65 pacients

Hospitalització

UNITAT	2020				2021			
	Pacients	Porta braçalet	És llegible	Id. correcta	Pacients	Porta braçalet	És llegible	Id. correcta
	n	%	%	%	n	%	%	%
HUV	821	98.1	99.7	93.5	1098	95.4	99.9	95.4
HSJM	133	99.2	100.0	99.25	278	95.3	99.2	94.6
CHV	954	94.5	99.8	94.3	1376	95.4	99.8	95.2

Unitat d'observació

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	94		90	
Porta braçalet	90	95.74%	86	95.74%
Identificació correcta	90	95.74%	86	95.56%

obj≥95%

Àrea d'Urgències

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	39		75	
Porta braçalet	39	100%	73	97.33%
Identificació correcta	37	94.87%	73	97.33%

obj≥95%

Unitat d'Hemodiàlisi

A la unitat d'hemodiàlisi, per la valoració de la identificació inequívoca, es valora que el pacient sigui portador de la targeta identificativa.

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	20		154	
Porten targeta identificativa	17	85%	154	100%

Àrea quirúrgica (CMA)

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	26		17	
Porta braçalet	26	100%	17	100%
Identificació correcta	26	100%	16	94.12%

obj≥95%

UCI

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	108		112	
Porta braçalet	106	98.15%	112	100%
Identificació correcta	104	96.30%	110	98.21%

obj≥95%

Alternatives a l'hospitalització

	2020		2021	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	16		65	
Porta braçalet	16	100%	60	92.3%
Identificació correcta	16	100%	60	92.3%

obj≥95%

Identificació inequívoca mare-nadó

Per realitzar la identificació inequívoca dels nounats, es van realitzar talls d'observació mensuals a les unitats 4-1 (4-2) i 1-2. En aquests casos es valora que el pacient sigui portador del braçalet, que el bressol estigui correctament identificat i hi consti el nom de la mare.

	2019	2020	2021		Obj.
	%	%	n	%	
Nounats avaluats	27	39	47		
Porta Braçalet	100.0	94.7	31	66.0	
✓ Núm. identificació	100.0	94.7	31	66.0	
✓ Nom i cognoms nounat o etiqueta mare	100.0	94.7	31	66.0	
✓ Verificat amb la mare si és correcte	96.3	94.7	31	66.0	
Braçalet correcte	96.3	94.7	31	66.0	100%
Bressol identificat correctament	96.3	94.7	42	89.4	100%
✓ Habitació	96.3	94.7	43	91.5	
✓ Nom Nounat	96.3	94.7	44	93.6	
✓ Nom de la mare	96.3	94.7	42	89.4	

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu ≥95% en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HUV excepte a Alternatives a l'hospitalització (92.3%) i també a l'HSJM (94.6%).
- ✓ No s'acompleix l'objectiu del 100% d'identificació inequívoca en nounats (66.0%) i bressol (89.4%).
- ✓ A hospitalització d'OSM (77.7%) no s'acompleix l'objectiu ≥95%.

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS

S'entén per identificació activa la verificació de que es tracta del pacient correcte, demanant al pacient que digui el seu nom i cognom.

Per valorar l'acompliment de la identificació activa en situacions de risc es van realitzar talls en les diferents plantes d'hospitalització (HUV, HSJM) en el moment de l'administració del medicament.

Hospitalització

UNITAT	2020		2021	
	Pacients n	Id. activa %	Pacients n	Id. activa %
HUV	635	24.8%	712	35.35%
HSJM	79	31.5%	134	18.18%
CHV	714	25.3%	846	29.79%

Comentaris

- ✓ El 35.35% dels pacients hospitalitzats a l'HUV i al 18.18% de l'HSJM als quals s'administra medicació endovenosa o de risc, se'ls hi fa identificació activa.

POSICIÓ CAPÇAL DEL LLIT – PREVENCIÓ DE LA PNEUMÒNIA IH

Per tal d'avaluar l'acompliment de l'aplicació de mesures estàndards en la prevenció de la pneumònia intrahospitalària indicades en el protocol del CHV, en tots els talls d'observació directa que s'han dut a terme durant l'any 2021 s'han inclòs les variables: "pacient al llit" i "posició del capçal 30º".

	2020	2021
HUV		
• Pacients al llit	124	311
• % capçal >30º	95.2%	92.3%
HSJM		
• Pacients al llit	44	40
• % capçal >30º	90.5%	86.8%

Comentaris

- ✓ Respecte l'any 2020, ha disminuït l'acompliment d'aquesta mesura tant a l'HUV com a l'HSJM, amb un resultat del 92.3% i un 86.8% respectivament.

RISC DE DISFÀGIA

L'objectiu d'aquesta valoració és garantir una alimentació segura (*evitant aspiracions*) als pacients amb edat $\geq 80a$ que estiguin ingressats amb ingrés $> 24h$.

Es comprovarà al Gacela si el pacient amb ≥ 80 anys té el test de deglució fet (obj $\geq 90\%$) i si aquest és positiu observarem si consta l'etiqueta identificativa al capçal del llit: "*Pacient amb disfàgia: alerta tinc risc d'ennuegar-me*" (obj $\geq 80\%$), segons el procediment de detecció i maneig de la disfàgia.

UNITAT	2020			2021		
	Test deglució >80 a.	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia	Test deglució >80 a.	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia
	%	n	%	%	n	%
HUV	77%	14	57.1	82.1%	30	50.0
HSJM	100%	17	100.0	59.7%	14	100.0
CHV	84.95%	31	72.7	84.95%	44	63.6

obj $\geq 90\%$

obj $\geq 80\%$

Comentaris

- ✓ HUV: El 82.1% dels pacients amb edat $\geq a$ 80 anys tenen el test de deglució fet (no complint l'objectiu $\geq 90\%$). El 50% dels pacients amb risc tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit (no complint l'objectiu $\geq 80\%$).
- ✓ HSJM: El 59.7% dels pacients amb edat $\geq a$ 80 anys tenen el test de deglució fet (no complint l'objectiu $\geq 90\%$). El 100% dels pacients amb risc tenen l'etiqueta identificativa al capçal del llit (assolint l'objectiu $\geq 80\%$).

[Veure informe complet](#)

[Tornar a l'índex](#)

INFECCIONS

OBJECTIU

L'objectiu del grup d'infeccions és la vigilància, correcció i prevenció de les infeccions nosocomials i relacionades amb l'assistència sanitària del Consorci Hospitalari de Vic per tal de disminuir la mortalitat i la morbiditat, aconseguint una millora de la qualitat de vida hospitalària del pacient, i per altra banda, reduir les despeses hospitalàries. Al igual que dirigir adequadament els tractaments antibiòtics que es fan servir per tractar les infeccions i disminuir així l'aparició de gèrmens multiresistents.

METODOLOGIA

El grup d'infeccions del Consorci Hospitalari de Vic utilitza la sistemàtica de treball, en què la vigilància de la infecció nosocomial es realitza mitjançant la incidència i la prevalença.

La metodologia de treball és el monitoratge dels aspectes de: Infecció nosocomial (IN), Infecció Relacionada amb l'Assistència Sanitària (IRAS), gèrmens intrahospitalaris aïllats per a detecció de "Brot Epidèmic" i utilització d'antibiòtics.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

El 19 de maig del 2021, es va realitzar 1 tall de prevalença VINCAt a l'Hospital Universitari de Vic.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

	2021	
	n	%
Casos revisats (n)	179	
Homes	72	40.2
Dones	107	59.8
Mitjana d'edat	59.23	
Dies d'estada (mitjana)	8.55	
Sonda urinària	37	20.7
S.U. circuit tancat	36	97.3
Catèter vascular	144	80.4
CV perifèric	129	89.6
CV central	15	10.4
CV central d'inser. perifèrica	15	100.0
Intubació	8	4.5
Cirurgia (durant l'ingrés)	47	26.3
Hi ha infecció nosocomial	17	9.5
Està amb tractament ATB	63	35.2

Comentaris

Factors de risc intrínsec

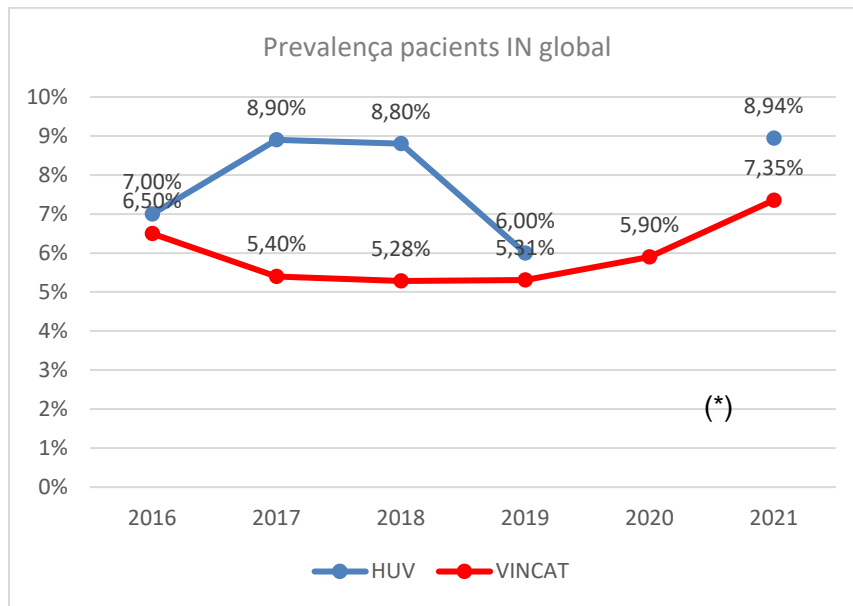
- ✓ Del total de pacients estudiats (179), prop del 60% són dones i la mitjana d'edat dels ingressats està en 59 anys.
- ✓ Es manté l'estada d'ingrés dels últims anys al voltant d'una setmana (8.5 dies).

Factors de risc extrínsec

- ✓ La prevalença en pacients portadors de sondes vesicals és d'un 20.7% (VINCAt 2021=20.12%) i l'ús de sistemes de circuit tancat en els dispositius urinaris és alta 97.3% (VINCAt 2021=93.6%).
- ✓ El 80.4% dels pacients ingressats porten un catèter venós (VINCAt 2021=76.8%) i d'aquests un 10% són centrals amb inserció perifèrica (VINCAt 2021=9.2%).
- ✓ Un 4.5% dels pacients crítics estan intubats
- ✓ Els pacients sotmesos a cirurgia durant l'ingrés és en un 26.3% dels casos (VINCAt 2020=28.5%)
- ✓ El servei més prevalent és MI amb un (20.1%) el seguit de Psiquiatria (16.2%), cirurgia general (12.8%) i COT (11.2%), els últims anys els serveis quirúrgics ocupaven un lloc més prevalent però possiblement a causa de la COVID s'ha vist afectada aquesta l'activitat.

Infeccions detectades

	2021	
	n	%
Casos revisats (n)	179	
Prevalença de pacients amb infecció global	16	8.9
Prevalença de pacients amb IN ingrés actual	15	8.4

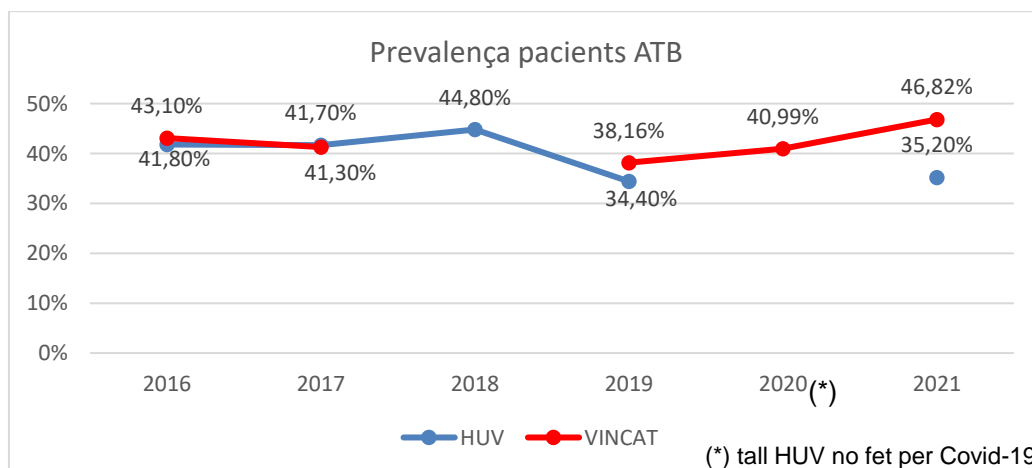


(*) tall HUV no fet per Covid-19

Comentaris

- ✓ Ha augmentat la prevalença de pacients amb infecció global (8.9%) respecte els últims talls que es situava entre un (6-8%)(VINCAT 2021=7.35%). Només hi ha 1 pacient amb infecció d'un ingrés anterior.
- ✓ Els serveis amb més infecció nosocomial són la UCI (44.4%), cirurgia general (16.7%) i Medicina interna (11.1%).
- ✓ La pneumònia ha igualat la taxa en infecció quirúrgica essent la més prevalent (16.7%), segurament una altra conseqüència de la COVID en malats crítics que necessiten intubació.
- ✓ La bacterièmia per catèter també ha augmentat vers els últims talls (5.6%) que estava al voltant del 3% i el catèter causant de la infecció és per CVC.
- ✓ A destacar també l'11.1% de flebitis derivades de l'ús de catèters venosos a hospitalització.
- ✓ Els pacients que presenten infecció urinària són portadors de sonda vesical.
- ✓ El 64.7% de les infeccions tenen cultius practicats.
- ✓ Els microorganismes més prevalents són bacteris gramnegatius com la pseudomona aeruginosa (16.7%), l'E.Coli (11.1%) i la Klebsiella oxytoca (11.1%).

Ús d'antimicrobians



(*) tall HUV no fet per Covid-19

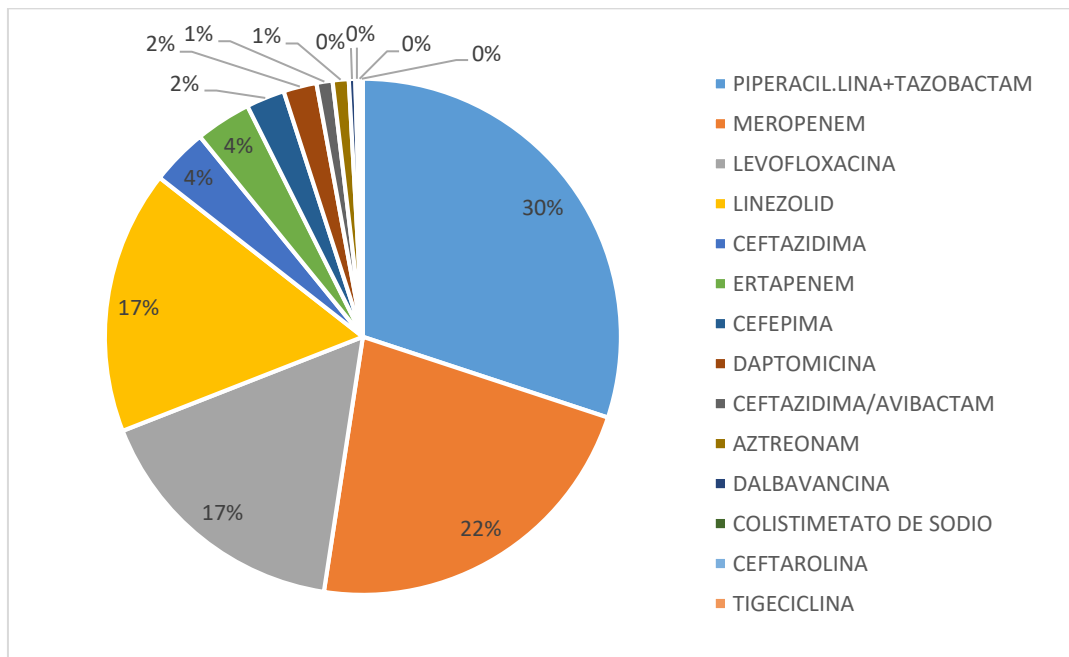
Indicació ATB1		
	Frequency	Percent
Indicació desconeguda	4	6,3
Profilaxi mèdica	3	4,8
Profilaxi quirúrgica o altres	1	1,6
Tractament dirigit	18	28,6
Tractament empíric	37	58,7
Total	63	100,0

Comentaris

- ✓ La prevalença de pacients amb ATB és del (35.2%) (VINCat 2021=46.82%) i els serveis amb una prevalença més elevada són medicina interna (27%), cirurgia general (22%) i la UCI (16%). No es disposa de la dada del VINCat de 2018.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



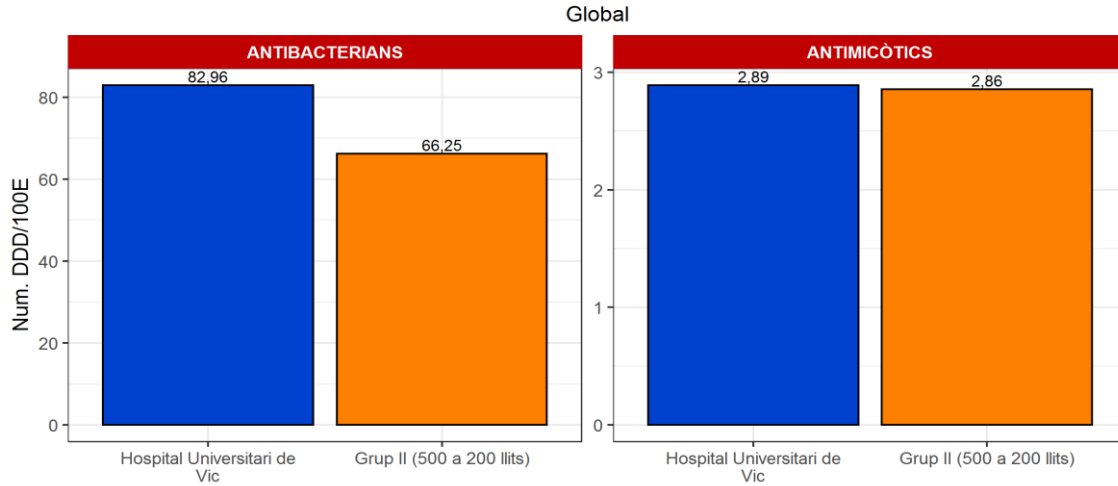
Comentaris

- ✓ Piperacil·lina-tazobactam i meropenem són els antibiòtics restringits més prescrits amb un 30% i 22% respectivament, seguits de levofloxacina amb un 18% i linezolid amb un 16%.
- ✓ Dels antibiòtics avaluats un 67% segueixen les indicacions del CHV. Els dos antibiòtics que s'han prescrit més fora de les indicacions són meropenem, piperacil·lina-tazobactam i levofloxacina.
- ✓ S'han realitzat un total de 387 recomanacions amb una acceptació global del 74%.

Monitoratge del consum d'antimicrobians (DDD) per serveis segons grup

Resultats anuals

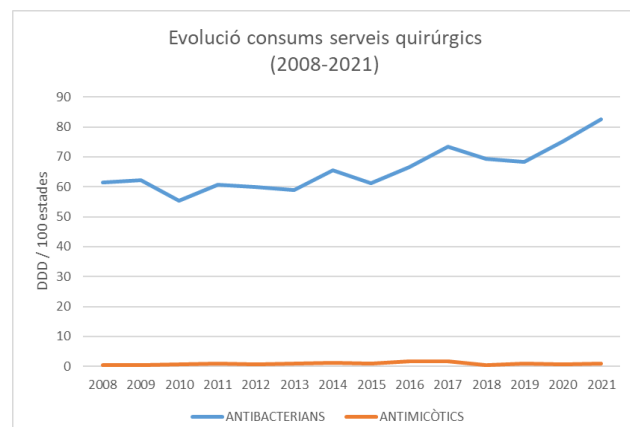
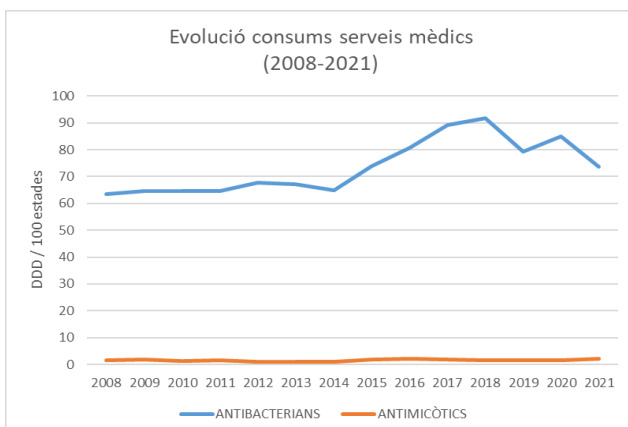
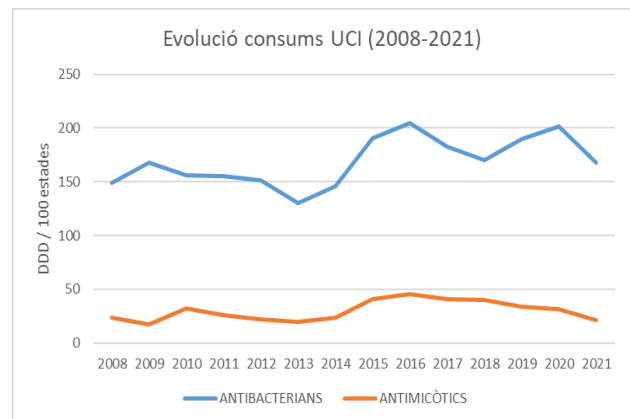
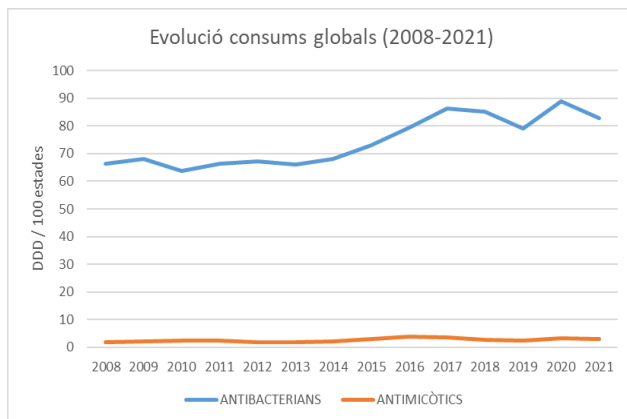
Consum per tipus d'antimicrobià



Comentaris

- ✓ L'any 2021 el consum global d'antibacterians va ser de 82.96 DDD/100 estades, per sobre del grup II del VINCat (66.25 DDD/100 estades). Això és així també a nivell dels diferents serveis analitzats (UCI, S. Mèdics, S. Quirúrgics).

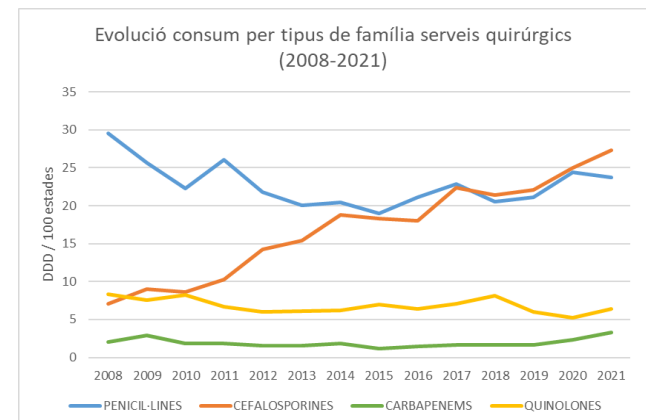
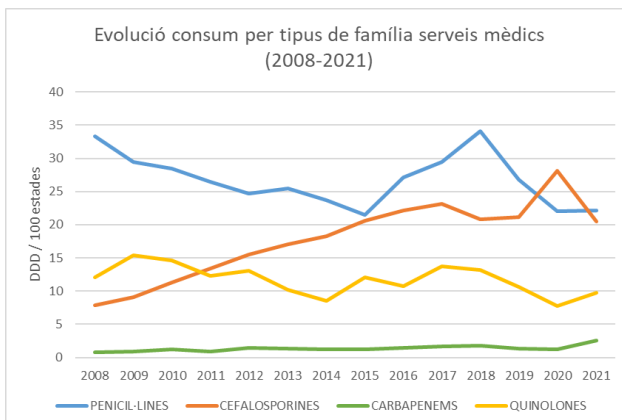
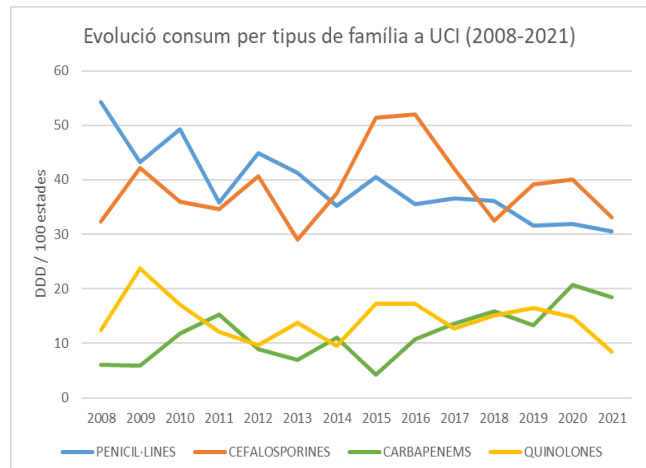
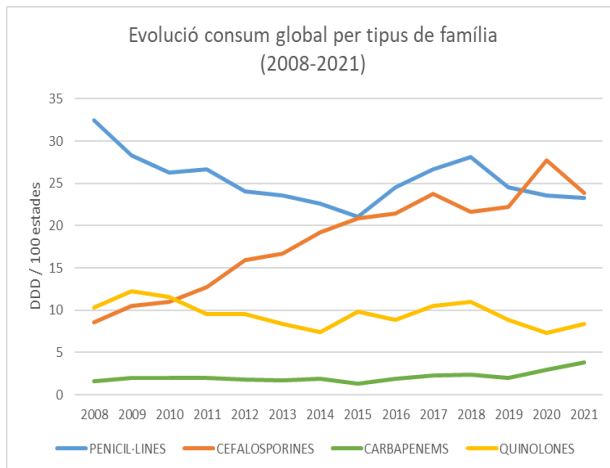
Resultats evolutius (2008-2021)



Comentaris

- ✓ El consum d'antimicrobians es manté estable en els darrers anys i per sobre del grup II del VINCat. L'any 2021 s'observa un descens de consum als serveis mèdics i a la UCI, respecte als anys anteriors, però augmenta als serveis quirúrgics.

Monitoratge del consum d'antimicrobians (DDD) per serveis segons família



Comentaris

- ✓ S'observa una tendència a incrementar el consum de carbapenems a tots els serveis en els darrers anys, tot i que l'any 2021 el resultat ha estat de 3.82 DDD/100 estades, per sota del **grup II del VINCat (4.56 DDD/100 estades)**.
- ✓ El consum de cefalosporines torna a nivells pre pandèmics i seguint la tendència a l'alça. El resultat de 2021 a nivell global va ser de 23.83 DDD/100 estades, per sobre del **grup II del VINCat (16.32 DDD/100 estades)**.

HIGIENE DE MANS

Es calcula l'indicador de referència del VINCat i Seguretat de pacients (SP) "Nombre total de litres de preparats de base alcohòlica (PBA) entregats a les unitats d'hospitalització x 1.000/nombre d'estades"

Unitat	Litres total PBA
Hospitalització	1184 litres
UCI	268 litres

1184 Litres totals de PBA

Indicador PBA hospitalització = $\frac{1184}{54111} \times 1000 = 21,8$ litres

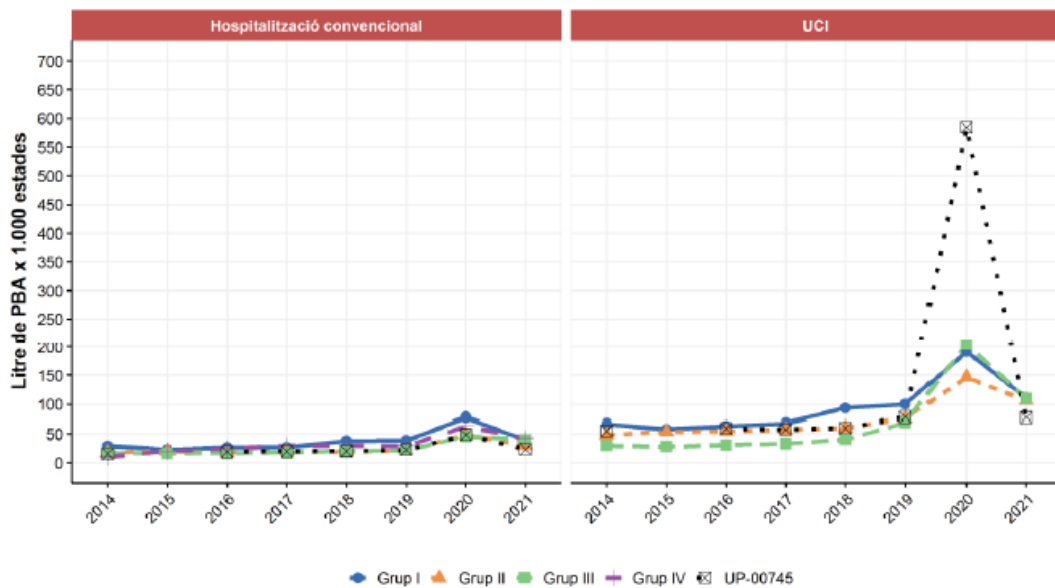
Objectiu OMS >20 litres

268 Litres totals de PBA

Indicador PBA UCI = $\frac{268}{3464} \times 1000 = 77,3$ litres

Objectiu OMS >20 litres

Gràfic 9: evolució del consum PBA a les unitats d'hospitalització convencional i a les unitats UCI

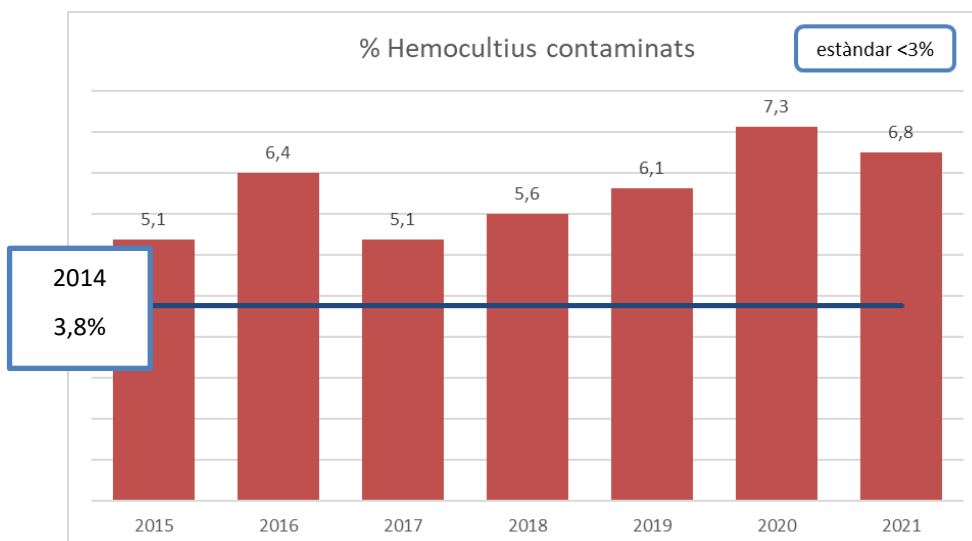
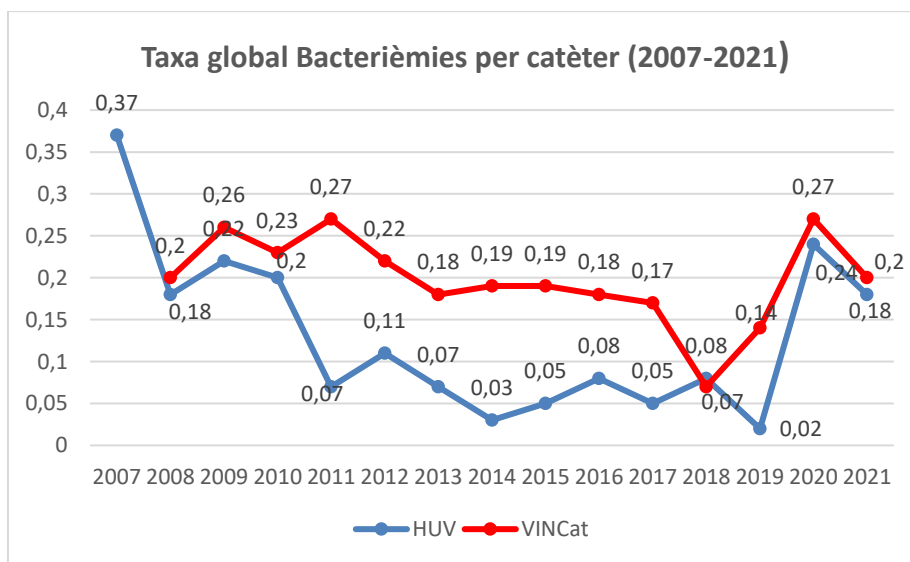


Comentaris

- ✓ La taxa d'adherència d'higiene de mans a l'HUV l'any 2021 és del 68.7%.
- ✓ S'assoleix el lílindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres) a hospitalització, però està per sota del grup II del VINCat (30.11 litres/estades x 1000).
- ✓ El consum a la UCI es triplica en relació a la resta d'unitats d'hospitalització segurament a causa dels pacients COVID que han omplert la UCI aquest darrer any. Aquesta dada està per sota del grup II del VINCat (106.3 litres/estades x 1000).
- ✓ Si mirem l'evolució del consum de PBA des del 2014, s'observa l'increment de consum degut a la pandèmia l'any 2020 a hospitalització convencional i, especialment, a la UCI molt per sobre de la mitjana de les UCI's de tots els grups del VINCat.
- ✓ Actualment la prevalença de llits amb dispensador de PBA és del 62.5% ja que a hospitalització la col·locació dels dispensadors no compleix els criteris del VINCat. Aquest resultat està per sota del grup II del VINCat (78.55%). A la UCI el 100% dels llits tenen dispensador PBA al punt d'atenció, per sobre del grup II del VINCat (99.32%).

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

Bacterièmies per catèter

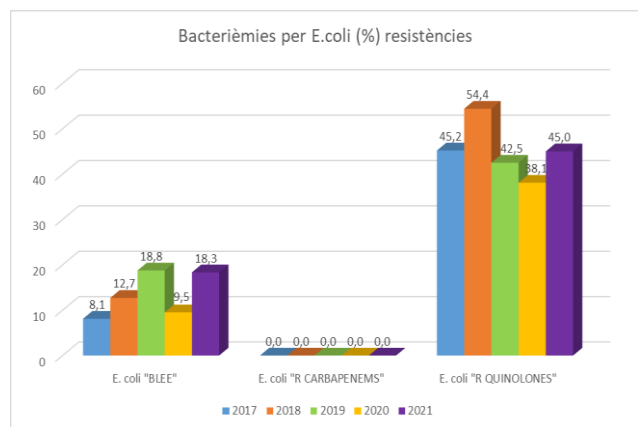
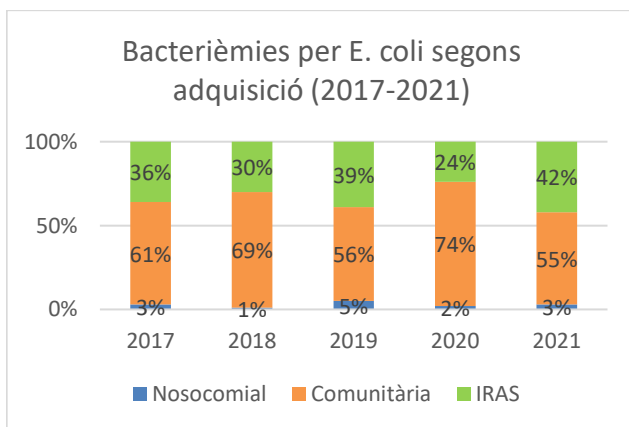


Comentaris

- ✓ La taxa de bacterièmies global és del 0.18 x1000 (VINCat 2021=0.20 x1000). Continua la tendència de les taxes per sota de la mitjana del VINCat des de l'any 2008, quan es va iniciar el registre. S'observa un increment de la taxa global des de l'inici de la pandèmia per COVID-19, tot i que el resultat de 2021 ha disminuït respecte l'any anterior.
- ✓ Igual que la resta de centres de Catalunya, les bacterièmies es distribueixen sobretot en pacients crítics (70% dels casos) que representa una taxa del 2.02 x1000 (VINCat 2021=1.14 x1000). Bàsicament, són per catèters centrals i els gèrmens causants de la infecció són *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil.lina (MARSA), pseudomonas, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus epidermidis* i *haemolyticus*.
- ✓ A l'àrea mèdica (hospitalització) hi ha una taxa del 0.07 x1000 (VINCat 2021=0.18 x1000). Els catèters causants de les bacterièmies són per CVP i els gèrmens majoritaris són els *Staphylococcus epidermidis* i *aureus* sensible.
- ✓ La taxa d'hemocultius contaminats ha disminuït respecte l'any passat però continua per sobre dels estàndards òptims.

Bacterièmies per E. Coli d'origen urinari

	2021	
	n	%
Àrea mèdica	45	75.0
Àrea quirúrgica	10	16.7
Àrea de pacients crítics	5	8.3



HUV:

		Tractament empíric adequat a les guies		
		No	Si	Total
Tractament empíric adequat a l'activitat in vitro	No	1 (1,7%)	7 (11,7%)	8 (13,3%)
	Si	9 (15,0%)	43 (71,7%)	52 (86,7%)
	Total	10 (16,7%)	50 (83,3%)	60 (100,0%)

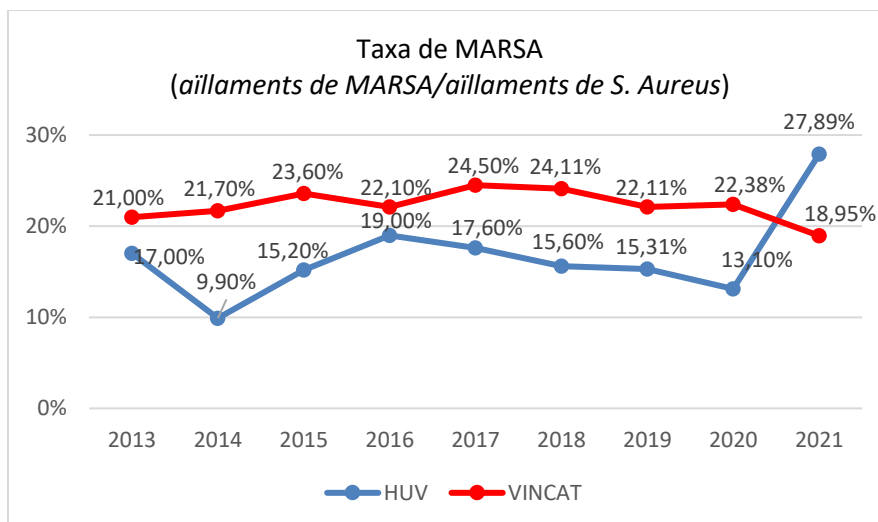
VINCAT GRUP II:

		Tractament empíric adequat a les guies		
		No	Si	Total
Tractament empíric adequat a l'activitat in vitro	No	21 (3,9%)	38 (7,1%)	59 (11,0%)
	Si	85 (15,8%)	394 (73,2%)	479 (89,0%)
	Total	106 (19,7%)	432 (80,3%)	538 (100,0%)

Comentaris

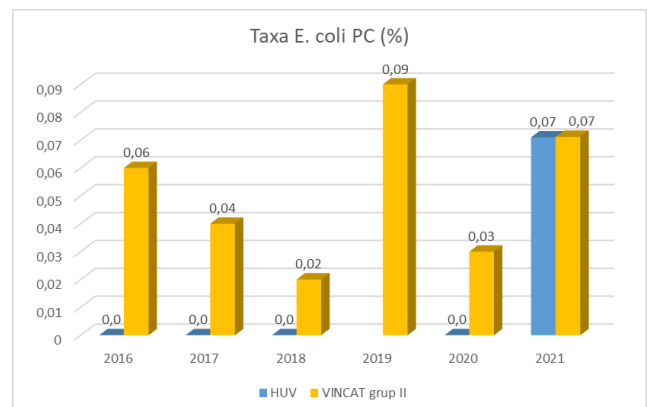
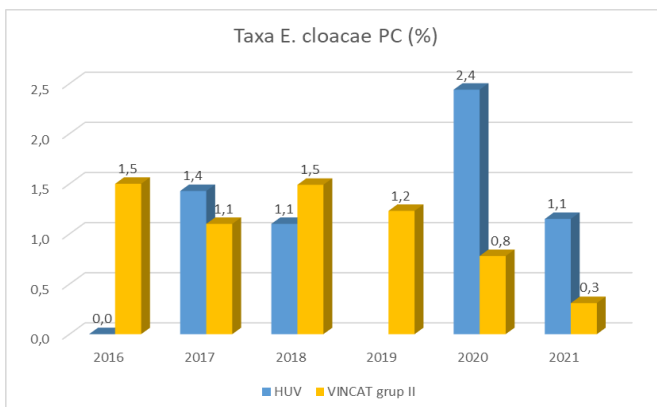
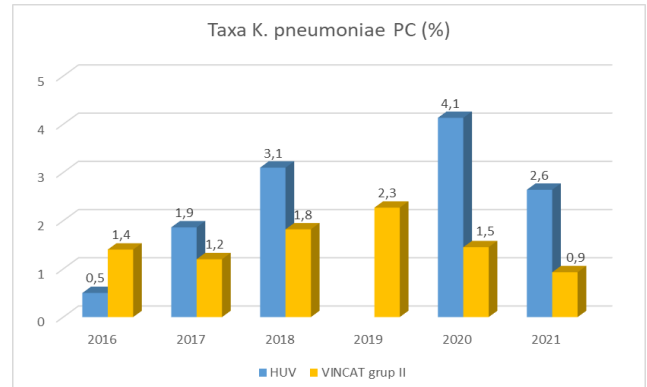
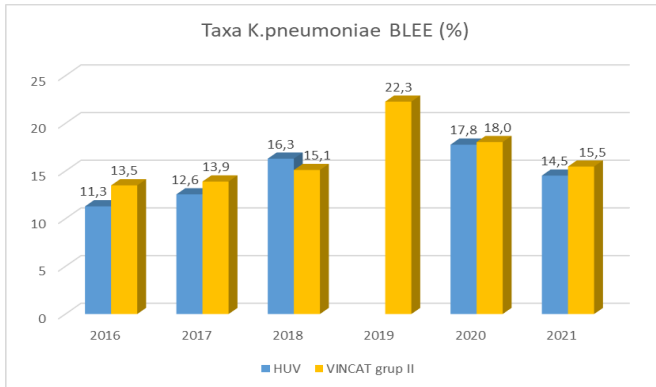
- ✓ L'any 2021 s'han detectat 60 casos, més de la meitat dels quals són d'adquisició comunitària (55%) similar al grup II (VINCat 2021=58%), seguits dels IRAS (41.7%) que estan per sobre del grup II (VINCat 2021=29.5%). L'adquisició nosocomial continua sent baixa (3.3%), inferior a la del grup II (VINCat 2021=11.5%).
- ✓ La majoria de casos (75%) estan hospitalitzats a l'àrea mèdica, igual que en anys anteriors. A l'àrea de pacients crítics el nombre de casos continua sent baix, estant per sota del grup II (VINCat 2021=9.1%).
- ✓ L'antibiòtic més utilitzat és la Ceftriaxona (60%). Destaca que l'ús de carbapenems s'ha duplicat en relació als anys anteriors a la pandèmia. Malgrat això, de moment, no es detecten resistències als carbapenems.
- ✓ L'adequació del tractament a les guies i a la sensibilitat "in vitro" és del 71.7%, situant-nos per sota del grup II (VINCat 2021=73.2%). Per contra, estem millor respecte al VINCat amb les prescripcions que no s'ajusten a les guies ni a les sensibilitats "in vitro" amb un 1.7% (VINCat 2021=3.9%).
- ✓ Les resistències d'E.Coli per betalactamases d'espectre estès (BLEE) i les quinolones han augmentat respecte l'any 2020, però seguim sense resistències d'E.Coli a carbapenems.

Microorganismes multirresistents (MTR)



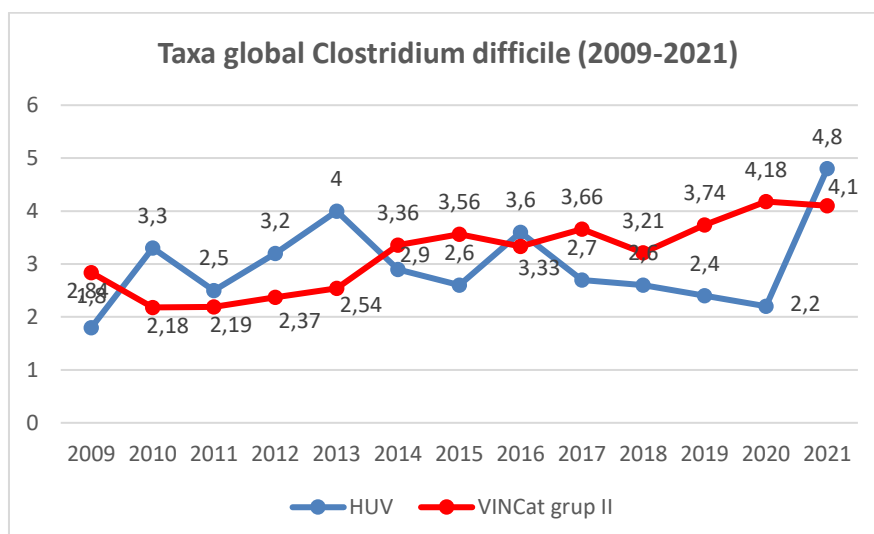
Comentaris

- ✓ Taxa de resistència a meticil·lina en S. Aureus (MARSAs): 27.89% (VINCat 2021 grup II: 18.95%)
- ✓ Tots els indicadors de MARSAs estan per sota de les dades del grup II del VINCat des de l'any 2013 al 2020. L'any 2021 s'observa un augment significatiu en tots els indicadors excepte en les bacterièmies per MARSAs que han disminuït lleugerament.



Comentaris

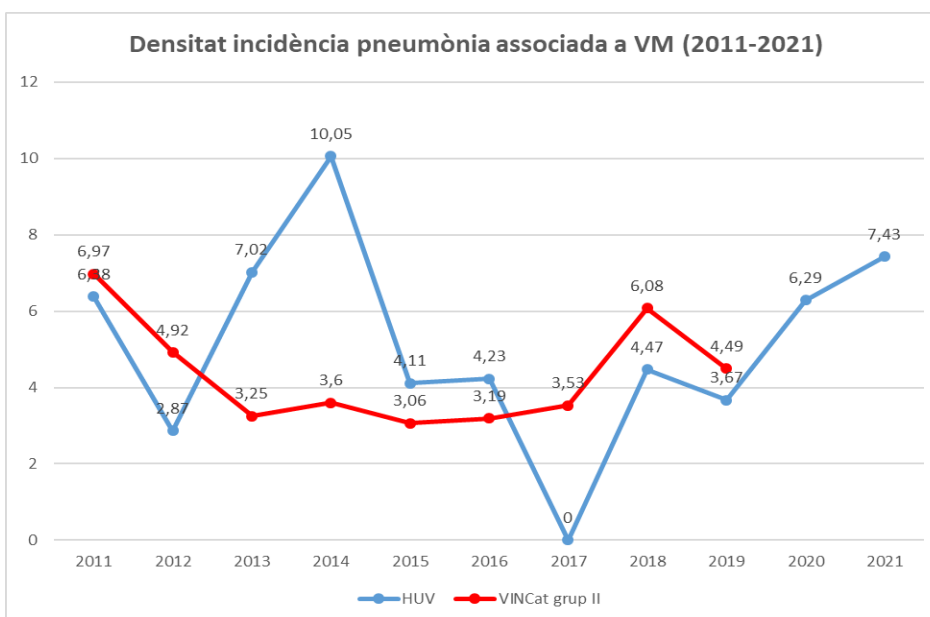
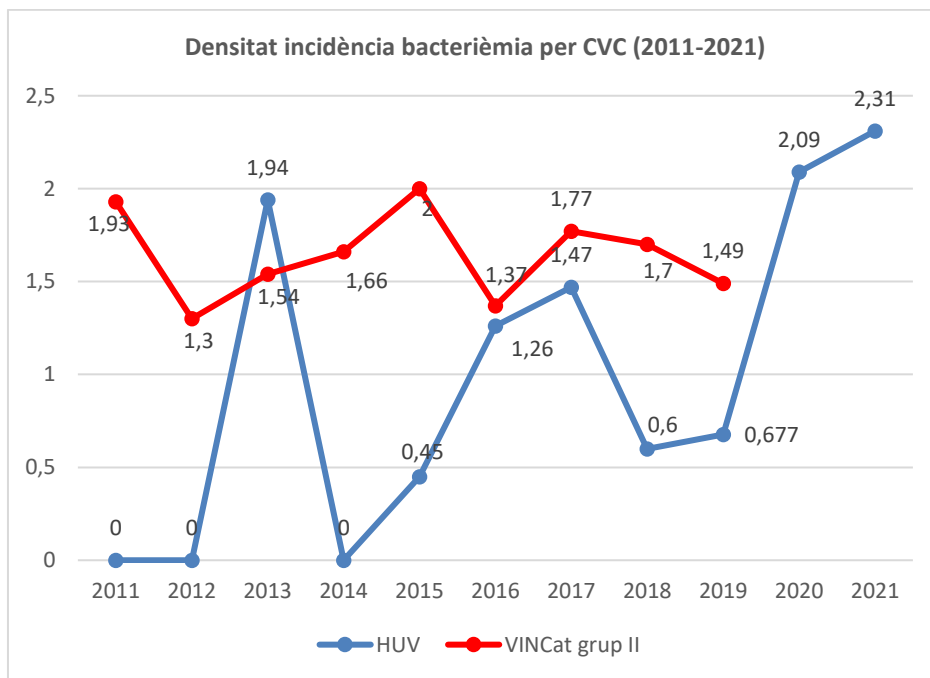
- ✓ Taxa de *Klebsiella pneumoniae* BLEE: 14.52% (VINCat 2021 grup II: 15.47%)
- ✓ Taxa de *K.Pneumoniae* productora de carbapenemes (PC): 2.64% (VINCat2021grup II: 0.93%).
- ✓ Taxa de *Enterobacter cloacae* PC: 1.15% (VINCat 2021 grup II: 0.31%)
- ✓ Taxa d'*Escherichia coli* PC: 0.07% (VINCat 2021 grup II: 0.07%)
- ✓ Els últims dos anys ha augmentat la taxa de microorganismes productors de carbapenemes (*K.pneumoniae* i *E.cloacae*), destaca l'augment significatiu de les bacterièmies per KLPN PC.
- ✓ En *E.Coli* PC s'ha augmentat i igualat la taxa del VINCAT.

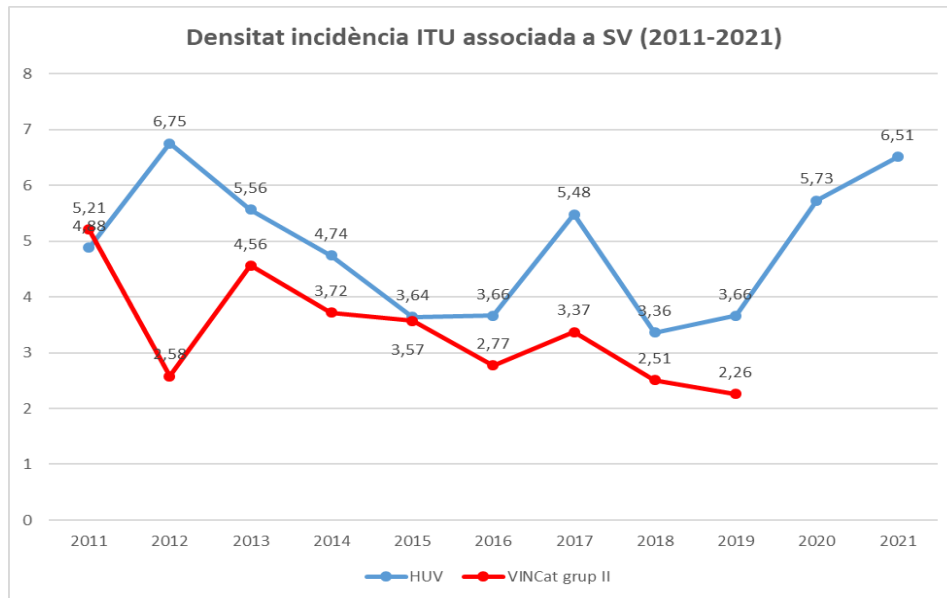


Comentaris

- ✓ Ha augmentat la taxa global del clostridium a un 4.8 X10000 respecte a l'any 2020 que vam tancar amb una taxa del 2.2 X10000 i també augmenta respecte el total de Catalunya i pel grup II (VINCat 2021=4.1 x10000) segurament degut a l'increment de l'ús d'antibiòtics durant la pandèmia de COVID-19.
- ✓ La meitat dels clostridiums detectats s'han adquirit degut a l'assistència sanitària (IRAS) amb una taxa del 2.4 x10000 (VINCat grup II 2021=1.24 x10000)
- ✓ La taxa de clostridium d'origen nosocomial ha estat del 1.37 x10000 (VINCat grup II 2021=1.5 x10000) i 1.03 x10000 d'origen comunitari (VINCat grup II 2021=1.36 x10000).

Infeccions a la UCI





Comentaris

- ✓ Densitat incidència de bacterièmia per CVC: s’observa un increment des de l’inici de la pandèmia. No disposem de dades de 2020 i 2021, per poder saber si encara ens mantenim per sota dels hospitals del grup II del VINCat.
- ✓ Densitat incidència de pneumònia associada a VM: hi ha hagut un increment des de l’inici de la pandèmia. No disposem de dades dels hospitals del grup II del VINCat per poder-nos comparar.
- ✓ Densitat incidència d’ITU associada a SV: des de l’any 2016 estem per sobre dels resultats dels hospitals del grup II del VINCat. S’observa un increment sostingut en els darrers anys.

VIGILÀNCIA INFECCIÓ LOCALITZACIÓ QUIRÚRGICA

Les intervencions sotmeses a vigilància l’any 2021, per part del CHV en el programa VINCat són: pròtesi electives de maluc (PTM) i genoll (PTG), cirurgia electiva colorectal i cesàries.

MALUC	TAXA ILQ	GENOLL	TAXA ILQ
2017	0%	2017	3.6%
2018	2.6%	2018	7.4%
2019	3%	2019	2.9%
2020	2%	2020	3.2%
2021	1.2%	2021	3.0%
GRUP II (VINCat)	1.8%	GRUP II (VINCat)	1.53%

CÒLON	TAXA ILQ	RECTE	TAXA ILQ
2016	7.4%	2016	6.3%
2017	1.2%	2017	3.4%
2018	4.5%	2018	3.7%
2019	----	2019	----
2020	11.4%	2020	10.5%
2021	1.7%	2021	10.0%
GRUP II (VINCat)	6.3%	GRUP II (VINCat)	12.9%

CESÀRIA	TAXA ILQ
2016	3.7%
2017	6.7%
2018	6.5%
2019	----
2020	----
2021	4.3%
GRUP II (VINCat)	1.3%

Comentaris

- ✓ S'han detectat 18 infeccions de localització quirúrgica el 2021 als procediments seleccionats que tenen criteris d'inclusió del VINCat. Una de PTM, 6 de PTG, 2 de cirurgia de recte, 1 de cirurgia de còlon i 8 cesàries.
- ✓ S'ha reduït la taxa d'ILQ a totes les cirurgies en relació als anys anteriors, però les PTM i les cesàries continuen estant per sobre del grup II del VINCat.
- ✓ S'observa una disminució progressiva de la infecció en el cas de les cesàries. Sospitem que hi ha un infraregistre en les dades del VINCat degut a que el nostre seguiment post-alta és més exhaustiu que en la majoria d'hospitals.
- ✓ Destaca la consolidació de la profilaxis adequada en totes les cirurgies.
- ✓ Cal insistir en el registre del bundle colorectal, sobretot en la temperatura (24.4% no registrada).

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

ESTUDI DE PREVALENÇA

L'any 2021 es van realitzar 2 talls de prevalença VINCAt 2021 en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Sant Jaume de Manlleu es van realitzar el 26 maig i el 17 de novembre de 2021.

Factors de risc intrínsecs

	2021	
	n	%
Casos revisats (n)	131	
Homes	55	42.0
Dones	76	58.0
Mitjana d'edat	80.62	
Dies d'estada (mitjana)	26.46	
Desorientació temporal-espacial	57	43.5
GDS avançat >5	14	48.3
Gran dependència	80	61.1
Barthel <45	80	63.0
Disfàgia	31	23.7
Incontinència fecal i/o urinària	72	55.0
Úlceres per pressió	20	15.3

Comentaris

- ✓ EL 58.0% dels pacients estudiats (76) són dones i la mitjana d'edat global és de 80.6 anys igual que la resta de centres d'Atenció Intermèdia catalans que és de 79 anys.
- ✓ Destaca que més de la meitat dels pacients presenten gran dependència amb Barthel <45 (VINCAt 2021= 39.7%) amb GDS avançat el 48.3% i amb incontinències el 55.0% (VINCAt 2021=55.7%)
- ✓ Pel què fa a la desorientació (43.5%) estem mol semblants al (VINCAt 2021=42.6%)
- ✓ Continua baixant la mitjana d'estada respecte l'últim tall augmentant així la rotació dels pacients i reforçant la idea de la convalescència versus la llarga estada i la sortida que es dona des de l'hospital d'aguts. L'any 2018 l'estada dels pacients encara era més llarga, de 40 a 47 dies.
- ✓ La prevalença de UPP(15.3%) puja, com a la resta de centres d'Atenció Intermèdia de Catalunya, igualant la taxa del VINCAt (VINCAt 2021=15.4%) , fins aleshores la tendència a HSJM era a la baixa aconseguint taxes del 9.6%.
- ✓ També a destacar la taxa de disfàgia que és molt igual al (VINCAt 2021=23.5%)

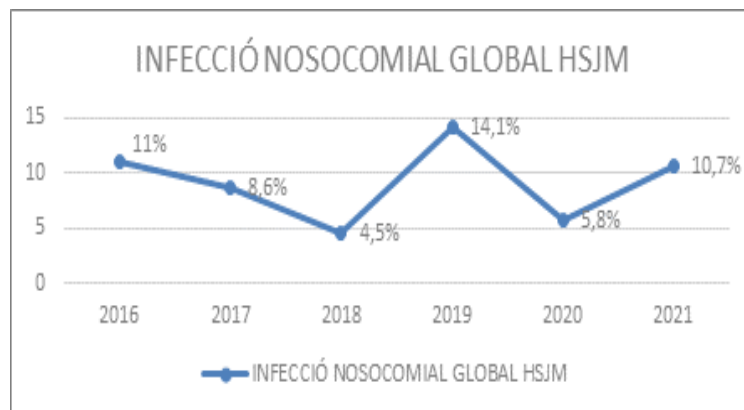
Factors de risc extrínsecs

2021		
	n	%
Casos revisats (n)	131	
Intervenció quirúrgica recent	24	18.3
Catèter urinari	21	16.0
Catèter vascular	36	27.5
CV perifèric	36	27.5
CV central	0	0.0
Traqueotomia	3	2.3
Gastrectomia (PEC)	2	1.5
Sonda nasogàstrica	2	1.5

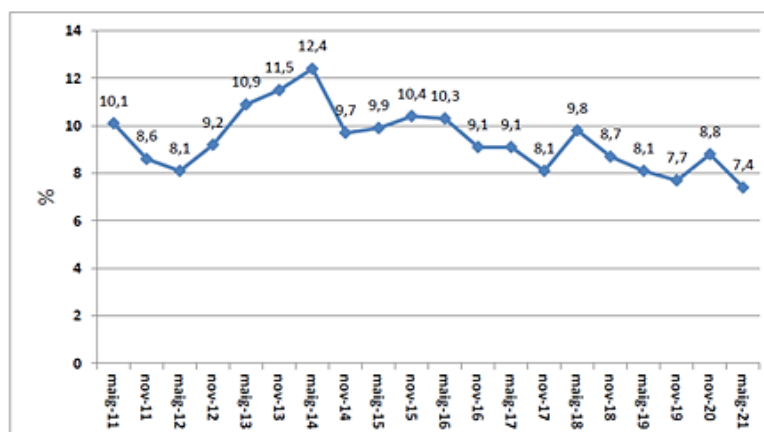
Comentaris

- ✓ Respecte l'últim tall augmenta el percentatge de pacients amb intervenció quirúrgica (18.3%), situant-nos a nivells de l'època pre-COVID i per sobre al (VINCat 2021=9.8%)
- ✓ La taxa global dels pacients portadors d'una sonda vesical és del 16.0%, tot i que en el darrer tall ha millorat la taxa acostant-nos a als resultats del VINCat (VINCat 2021=10.6%)
- ✓ Seguim amb taxes elevades de pacients portadors de catèter venós perifèric (27.5%) (VINCat 2021=13.4%)

Infeccions detectades



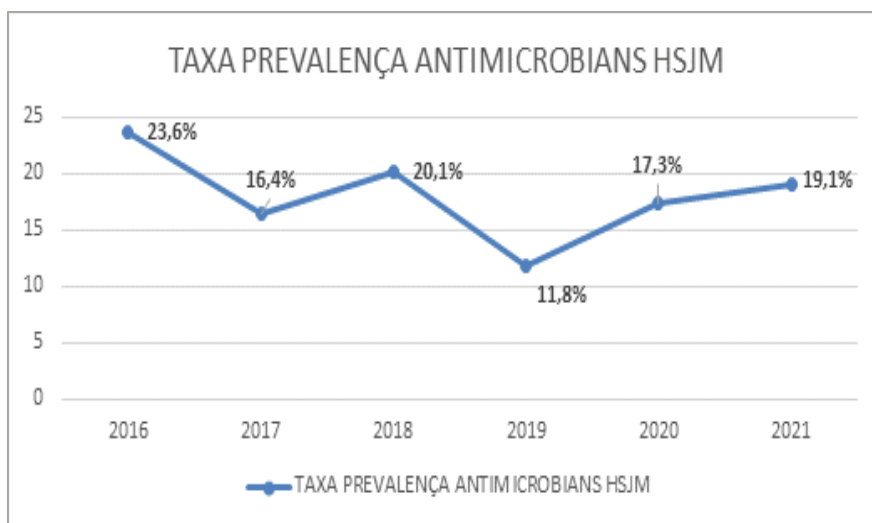
Taxa infecció nosocomial hospitals d'Atenció Intermèdia de Catalunya



Comentaris

- ✓ Disminueix la infecció nosocomial respecte al primer tall i la taxa global es situa en un 10.7% per sobre de la mitjana de Catalunya (7.4%). Cal tenir present que el 2020 només es va fer un tall pel tema COVID.
- ✓ Les infeccions urinàries segueixen sent les més prevalents (42.9%), igual que a la resta de Catalunya (VINCat 2021= 58.8%). Cal destacar que en el segon tall s'ha disminuït el percentatge d'infecció urinària respecte el primer tall. Aquest fet reforça la vigilància continuada de l'ús de sondes.
- ✓ La prevalença de pacients amb sonda urinària ha disminuït respecte al primer tall i cap dels pacients portadors de sonda del segon tall ha presentat ITU.
- ✓ Apareixen infeccions on els gèrmens causals són multiresistent (SARM, *E.Coli Blea* i *Klebsiella pneumoniae cefamicinassa plasmídica*), tots ells detectats al primer tall.

Ús d'antimicrobians



Taxa prevalença d'ús d'antimicrobians a Catalunya

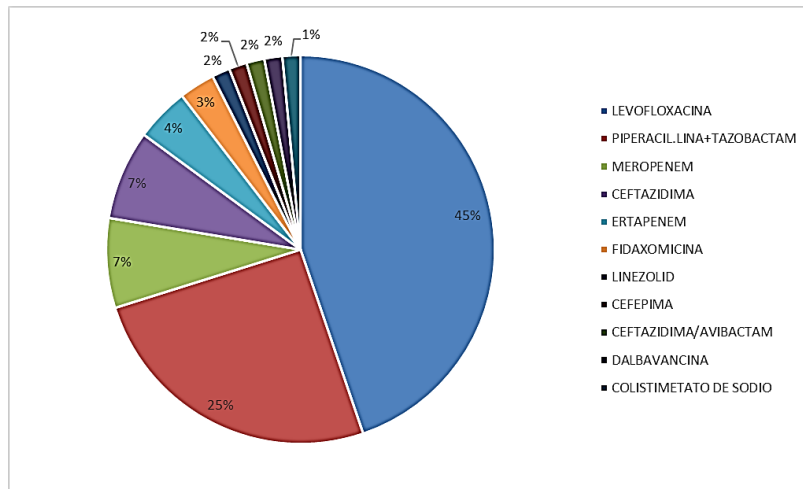
	Nov 2019	Nov 2020	Maig 2021
Prevalença d'ús d'antibiòtics	890 (12.2%)	698 (11,6%)	764 (11%)
Indicació antibiòtics			
Empíric (%)	561 (7,6%)	373 (6,2%)	365 (5,2%)
Dirigit (%)	250 (3,4%)	290 (4,8%)	336 (4,8%)
Profilàctic (%)	68 (0,9%)	26 (0,4%)	60 (0,8%)

Comentaris

- ✓ Es manté la prevalença (19.1%) d'ús d'antimicrobians a l'HSJM superior a la global de Catalunya (11%), segurament degut a la tipologia dels pacients que ja ingressen amb antibiòtics pautats des de l'hospital d'aguts.
- ✓ Amb l'inici del grup PROA l'any 2018 es veu una disminució, però degut a la situació pandèmica la tendència a la baixa no s'ha consolidat.
- ✓ El tractament empíric és d'un 60% també per sobre al percentatge de la resta d'hospitals a Catalunya (VINCat 2021=47.7%)
- ✓ La taxa de cultius no practicats és del 50,0% similar a la resta d'hospitals d'Atenció Intermèdia catalans (VINCat 2021=55%). Cal seguir reforçant la pràctica de fer cultius davant les infeccions i així dirigir el tractament.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



Comentaris

- ✓ Levofloxacina és l'antibiòtic restringit més prescrit amb un 45%, seguit de piperacil·lina-tazobactam amb un 25%, meropenem i ceftazidima representen un 7% dels antibiòtics restringits prescrits.
- ✓ Dels antibiòtics avaluats un 56% segueixen les indicacions del CHV. Els dos antibiòtics que s'han prescrit més fora de les indicacions són levofloxacina, piperacil·lina-tazobactam i ertapenem.
- ✓ S'han realitzat un total de 14 recomanacions amb una acceptació global del 86%.

HIGIENE DE MANS

Es disposa de les dades evolutives de la taxa d'adherència per unitat:

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CONVALESCÈNCIA	76.5%	68.4%	69.7%	69.4%	-	77.4%	78.1%
PSICOGERIATRIA	-	-	63.7%	57.7%	-	62.2%	77.3%
REHABILITACIÓ	-	-	-	-	-	-	88.5%

Comentaris

- ✓ La taxa d'adherència a la higiene de mans a l'HSJM ha estat del 80.5%.
- ✓ En general la taxa es manté en els intervals alts que marca l'OMS i enguany s'ha assolit, per primer cop, el nivell de lideratge segons l'autoavaluació de l'OMS.
- ✓ Des de 2017, i de forma global, s'assoleix el llindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres). Això és així a totes les unitats de l'HSJM. Aquest resultat reforça la idea que a l'HSJM s'ha consolidat la cultura de Seguretat de Pacients en matèria d'higiene de mans.
- ✓ La prevalença de llits amb dispensador de PBA a l'HSJM és del 64.5%. La prevalença de llits amb dispensador va augmentar l'any 2019 amb la col·locació de PBA's a les habitacions de Psicogeriatria en el punt d'atenció. Aquest resultat no ha variat des d'aleshores.

[Veure document complet](#)

[👉 Tornar a l'índex](#)

MORTALITAT

OBJECTIU

- Identificar els errors o complicacions existents que són causa d'èxits o hi contribueixen.
- Analitzar les mesures pal·liatives i de suport físic que ha rebut el pacient.
- Impulsar la pràctica de sessions de mortalitat pels propis centres de responsabilitat, així com també a llarg termini sessions generals de mortalitat.
- Impulsar la realització de necròpsies i la donació de teixits
- Estudiar aspectes concrets de la mortalitat que es creguin d'interès.
- Reduir la taxa de suïcidis a la Comarca d'Osona i impulsar la col·laboració entre els diferents nivells assistencials per a prevenir-lo.

METODOLOGIA

- El grup de mortalitat revisa el 100% dels èxits del Consorci Hospitalari de Vic.
- S'analitzen de forma sistemàtica el 100% de les mortalitats perinatales i la correlació clínico-patològica.
- La Comissió mixta analitza el 100% de casos de suïcidis de la Comarca d'Osona.

MORTALITAT GLOBAL CHV

	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Dif. 20 - 21	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%		
Global (n)	447	447	536	493	534	530		-4 èxits	
Correlació clinicopatològica	75.0	77.8	100.0	92.3	83.3	3	100.0		
ESPH/èxits no Ingrés cadàver	7.5	7.9	6.9	4.7	8.5	43	8.2	-2.6	
Criteris de Rutstein	0	1	0	0	1	0			0
Donacions de teixits (n)	19	23	15	43	21	38			
Donants multiòrgans (n)	1	2	0	0	1	1			

Comentaris

- ✓ El nombre d'èxits global del CHV és de 530 (118 èxits HSJM, 54 CdV i 358 HUV), disminuint el nombre de casos respecte de l'any anterior (4 menys).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Augment, respecte de l'any anterior, de les donacions (17 més). Hi ha hagut 1 donant multiòrgan i 38 donacions de teixits.
- ✓ Durant l'any 2021, 105 èxits han estat COVID representant el 19,8% dels èxits.

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ CHV

	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Dif. 20- 21	Objectiu
	%	%	%	%	%	n	%		
Global (per altes)	3.1	3.1	3.8	3.5	4.4	487	3.9	-11.3	
Mitjana edat	81.0	80.6	80.8	81.0	80.6	81.2	anys	0.7	
Tancament informe èxitus <15 dies	79.0	81.5	80.6	80.4	63.5	354	72.7		
Quirúrgica (èxitus <48h IQ)	0.17	0.14	0.41	0.18	0.34	8	0.23		
ESPH/Altes	0.24	0.26	0.27	0.16	0.37	42	0.34	-9.4	<0.5%
Mortalitat materna	0	0	0	0	0	0			
Perinatal (per mil)	1.6	6.1	4.3	3.5	4.9	5	5.1	2.8	≤ 6.25 x mil
Necròpsies	2.8	1.8	0.8	2.6	0.8	1	0.2	-73.9	>7%
Indicació de necròpsia correctament resoltes	55.6	41.0	30.6	53.1	22.9	5	22.7		
Terminal / agònic a l'ingrés	51.8	51.9	53.7	47.4	33.4	197	40.5		

Comentaris

- ✓ Augment de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior, 81.2 anys al 2021.
- ✓ Increment dels èxitus <48h postintervenció quirúrgica, 1 d'ells intraquiròfan.
- ✓ Augment del percentatge d'informes d'èxitus tancats <15 dies, 72.7% l'any 2021.
- ✓ Disminució dels ESPH/altes respecte l'any 2020 (-9.4%), mantenint-se dins l'objectiu establert.
- ✓ No hi ha hagut cap èxitus matern i la mortalitat perinatal ha augmentat respecte a l'any anterior. L'any 2019 es modifica el càlcul de l'indicador de mortalitat perinatal, considerant-se mort perinatal la mort fetal de més de 20 setmanes, enlloc de les 22 setmanes considerades fins a l'any 2018
- ✓ Disminució de les necròpsies realitzades durant el 2021, no acomplint l'objectiu. Ha demanat 1 necròpsia el servei d'UCI. El grup de mortalitat creu que s'haurien d'haver fet 21 necròpsies més a: Pneumo, Cardio, Unitat d'Observació, 4 a Convalescència HSJM, 6 a MI i 8 a UCI.
- ✓ Augmenta el percentatge de pacients terminals / agònics a l'ingrés (40.5%) en relació a l'any anterior.

MORTALITAT A URGÈNCIES CHV

	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Dif. 20 - 21	Obj
	%	%	%	%	%	n	%		
Èxitus a Urgències	0.05	0.13	0.08	0.06	0.09	43	0,13	43.6	
Mitjana edat	80.8	75.0	70.4	72.2	79.09	72.14	anys		
ESPH/altes	0.0	0.0031	0.0028	0.0026	0.007	1	0.003	-58.3	
Ingressos cadàver (n)	9	4	2	7	2	8			
Necròpsies (sobre exit.urg - judicials)	7.1	4.8	6.9	5.6	8.3	2	5.7	-31.4	>7%

Comentaris

- ✓ Increment del nombre d'èxitus, 43 a 2021 (8 ingressos cadàver), 18 més que l'any anterior.
- ✓ Disminució de la mitjana d'edat en relació a l'any anterior.
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Hi ha hagut 1 ESPH.
- ✓ S'han fet 2 necròpsies, el 28.6% de les demanades, no assolint l'objectiu (>7%), per indicació del grup s'haurien d'haver demanat 9 necròpsies més.

ÈXITUS SECUNDARIS A PROBLEMES HOSPITALARIS (ESPH) CHV

Amb un tancament del 80.4%, s'han detectat 43 ESPH representant un 8.2% dels èxits de l'any 2021.

TIPUS DE PROBLEMES HOSPITALARIS DETECTATS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n	n	n	n	n	n
Infecció nosocomial	20	15	24	7	36	27
Tècnica diagnòstica-terapèutica	18	12	15	12	21	9
Insuf. valoració/demora de tractament/profilaxi	12	10	12	8	8	8
Incident nociu	4	11	7	2	4	8
Problema organitzatiu-estructural	0	0	3	0	0	0
Número de problemes Hospitalaris	54	48	61	29	69	52

ESPH EVITABLES	2016	2017	2018	2019	2020	2021		Obj.
Insuf. valoració/demora de tment. + organitzatius	%	%	%	%	%	n	%	
ESPH evitables / èxits	2.7	2.3	2.8	1.6	1.5	8	1.5	<3%
Informes realitzats (sobre els sol·licitats)	50.0	40.0	31.3	30.0	40.0	1	20.0	

Comentaris

- ✓ Durant el 2021, el motiu més freqüent d'ESPH és la infecció nosocomial i la tècnica diagnòstica terapèutica, amb 27 i 9 casos respectivament.
- ✓ Es mantenen els èxits evitables en relació a l'any anterior, amb un resultat de 1.5%, tots ells per insuficient valoració o demora de tractament, s'assoleix l'objectiu (<3%). En tots els casos s'han establert possibles accions de millora.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA CHV

	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
	%	%	%	%	%	Èxits (*)	Sí nota	
						n	n	%
H.Universitari de Vic	97.8	95.8	94.8	96.0	91.85	255	249	97.65
URG + UCI	93.2	97.7	95.6	91.2	91.57	95	88	92.63
Altres àrees	0.0	0.0	-	100.0	0	0	0	0
Activitat mutual i no pública (4-1 i 4-2)	97.1	96.8	97.8	100.0	85.42	54	48	88.89
H. St. Jaume Manlleu	97.5	98.1	96.9	98.4	96.18	118	98	83.05
GLOBAL CHV	96.8	96.4	95.7	96.3	92.48	522	483	92.53

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

(*) No s'inclouen els ingressos cadàver en les dades (8), no cal nota èxitus.

Comentaris

- ✓ El percentatge global de tot el CHV és del 92.53%, no assolint l'objectiu ≥95%.

MORTALITAT AJUSTADA PER RISC HUV

L'Índex de Mortalitat Ajustada per Risc (IMAR) és el quocient entre el nombre de defuncions observades i el nombre de defuncions esperades.

Valors de l'IMAR > 1 denoten un major nombre de defuncions observades respecte a les esperades; per exemple, un IMAR de 1,15 significa que s'observa un excés de mortalitat del 15% respecte al que seria esperable.

Per a una correcta interpretació del resultat de l'indicador, s'ha de tenir sempre en compte la contribució, que és el resultat de restar les defuncions esperades a les defuncions observades. La contribució resulta generalment més útil que el propi IMAR per quantificar l'excés de mortalitat ja que permet determinar amb exactitud el nombre absolut de defuncions observades per sobre de les esperades.

Aquest indicador s'obté a partir de l'aplicatiu IAMETRICS de IASIST (dades de gener a desembre 2021).

IMAR CHV 2021	1,0608
Defuncions Observades	307
Defuncions Esperades	289,4
Contribució	17,6
Episodis Avaluats	10.940
Defuncions no avaluades	62

Comentaris

- ✓ S'obté un valor de l'IMAR > 1 (valor de 1,0608), que indica que la mortalitat observada al CHV durant l'any 2021 ha estat superior a l'esperada. En nombres absoluts són 18 èxits observats, relacionats amb aparell respiratori, circulatori i vascular entre d'altres.

[Veure informe complet](#)

ANÀLISI DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

Seguint les directrius establertes pel conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre el CHV i el Departament de justícia, es va crear la Comissió Mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona.

Enfocament	<ul style="list-style-type: none"> - Conveni de col·laboració signat el 12 de juliol de 2006 entre el CHV i el Departament de justícia, pel qual es va crear la Comissió mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona. (Original del conveni a DG). - Ratificació amb data 1 de desembre de 2014, del contingut del Conveni de col·laboració entre el CHV i el Departament de justícia de l'any 2006 amb el Sotsdirector de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, de Barcelona comarques, el Dr. Carles Martín. - Instrucció de funcionament del grup de mortalitat. Revisió 03, de 18 de gener de 2019. - Instrucció de funcionament de la Comissió Mixta, de 27 d'abril de 2018.
Desplegament	<ul style="list-style-type: none"> - Actes de les 2 reunions de la Comissió mixta del 2021 per seguiment d'objectius i anàlisi de suïcidis (19/02/2021 i 09/07/2021). - Actuacions específiques a nivell de psiquiatria i salut mental del CHV: urgències, hospitalització SM i atenció ambulatoria. - Activitats formatives internes i externes: <ul style="list-style-type: none"> Escrits a pissarra virtual per a professionals del CHV publicats; <ul style="list-style-type: none"> • 6 de setembre : "Encén una espelma per donar suport a la prevenció del suïcidi". • 10 de setembre : "El suïcidi, una realitat evitable". Conferència "Abordem el suïcidi a l'adolescència" realitzada online el 08/09/2021 a les 17h. - Sessions formatives a nivell d'atenció primària i gatekeepers: 3 sessions. - Altres activitats: 8 activitats entre conferències, comunicacions, treballs i projectes.
Avaluació	<ul style="list-style-type: none"> - Seguiment semestral de les dades de suïcidis a la comarca d'Osona. (09/07/2021). - Reunió de la comissió mixta per tancament de dades de l'any anterior (19/02/2021). <p>Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i les dades consten al Dossier de qualitat 2021, disponible a la pàgina web (www.chv.cat).</p>
Revisió	En la reunió de tancament de dades de l'any s'analitza el funcionament del grup i es proposen els objectius de la comissió mixta per l'any següent.

DADES DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número suïcidis	12		10		20		9		16	
Mitjana edat	57,7	(37-82)	46,9	(37-62)	56,2	(30-83)	53	(39-85)	54,2	(17-85)
Homes	12		8		14		9		13	
Dones	0		2		6		0		3	
Taxa suïcidis per 100.000 hab.		7,71		6,32		12,46		5,52		9,74

Objectiu marcat : < 7 per 100.000 habitants

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut un augment de la taxa de suïcidis de la comarca d'Osona, sense arribar al pic assolit l'any 2019.
- ✓ S'han analitzat el 100% dels casos.

[Veure informe complet](#)

[\(↶ Tornar a l'índex\)](#)