



CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC



Fundació Hospital
de la Santa Creu de Vic



SERVEIS AUXILIARS
A LA SANITAT (AIE)

DOSSIER

DE RESULTATS DE QUALITAT I SEGURETAT DE

PACIENTS DEL

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC / FHSC

ANY 2024

Document elaborat per:

Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients

Consorti Hospitalari de Vic / FHSC

28/07/2025

*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 I SP	4
POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DELS PACIENTS	5
SEGURETAT DELS PACIENTS	7
Notificacions dels incidents de seguretat de pacients del departament de salut	8
CIUTADÀ	11
Resultats d'Atenció directa al ciutadà (Client)	11
PROCESSOS	14
Resultats de PLANIFICACIÓ de processos/circuits	15
Modelatge dels processos	15
Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya	15
Auditories, certificacions i inspeccions	18
Resultats de CONTROL de processos/circuits	21
Programa de detecció precoç del càncer de mama a la comarca d'Osona	21
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte a la comarca d'Osona (PDPCCR)	21
Protocols institucionals de procés	23
Resultats de les avaluacions fetes durant l'any 2024	23
PRODUCTE	27
Resultats de PLANIFICACIÓ de producte	27
Resultats de CONTROL de producte	29
ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA	29
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència (ADBE)	29
Prevenió i Promoció de la Salut (PIPS)	34
Documentació clínica	36
Terapèutica	41
Teixits	47
Tumors	50
Riscos	52
Infeccions	60
Mortalitat	78
ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA	84
Documentació clínica	84
Terapèutica	85
Riscos	88
Infeccions	94
Mortalitat	110

INTRODUCCIÓ

El Consorci Hospitalari de Vic/FHSC (a partir d'ara entitat), 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 i la Seguretat de Pacients (QISP) com un aspecte clau per donar resposta a aquest repte. L'entitat treballa en el tema de la millora de la qualitat i la Seguretat de Pacients (SP) des de l'any 1985.

El model de gestió de la QISP de l'entitat 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.

Es disposa d'un Pla director de qualitat i seguretat de pacients com a instrument de planificació i gestió global de l'organització 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, i aquest:

- S'alinea 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'alinea amb el Pla Estratègic del Consorci Hospitalari de Vic/FHSC/SAS.
- Contribueix a assolir els objectius i a desenvolupar el pla de millora contínua de l'entitat.
- S'orienta envers la Missió, visió i valors que defineixen l'entitat com a institució.
- Dóna compliment als criteris de qualitat i SP requerits per a l'Accreditació de centres d'aguts.
- Dóna compliment als requisits legals i institucionals referents a temes de qualitat i seguretat.
- S'integra amb el Codi ètic de l'entitat ja que aquest es fonamenta en els principis bàsics de la bioètica: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia, que contemplen 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 i Seguretat de pacients es basa fonamentalment en la seva vessant de millora contínua:

- S'utilitzarà la metodologia de millora contínua del PDCA (Plan, Do, Check, Act), per tal que els productes i processos estiguin planificats, controlats i millorats de forma sistemàtica.
- Definició dels productes assistencials realitzada pels professionals que garanteixin la seguretat dels pacients i liderada pels tècnics dels grups de Qualitat i Seguretat de Pacients.
- Ajudar a definir sistemes de treball que garanteixin l'adequació de la pràctica clínica (medicina basada en l'evidència), establir sistemes de control del funcionament (elaboració, implantació i seguiment), proposar/implantar millores i quantificar el cost.

L'ànim de millora contínua i superació constant, orienta el programa de qualitat i seguretat de pacients cap a la integració dins la gestió de la Qualitat total, dels aspectes de seguretat de pacients i de l'acreditació hospitalària, tant de l'atenció aguda, com de salut mental i intermèdia (diferenciant les dades específiques d'Atenció intermèdia quan és el cas).

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT I SP

Els professionals del Consorci Hospitalari de Vic participen de forma activa en diferents temes de qualitat i seguretat de pacients, 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 I SP

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Difer 23-24
Global	247	181	220	207	230	335	45,65%
<i>Externs</i>	15	7	8	9	6	12	

TÈCNICS I PROFESSIONALS DE LA UNITAT

Independentment de la dedicació, interns i externs.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Global	18	17	18	15	17	17

Comentaris

- ✓ Durant el 2024 ha augmentat un 45,65% els professionals que han participat en temes de Qualitat i SP, sent 335 les persones que col.laboren activament amb la Unitat de Qualitat i SP.

POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DELS PACIENTS

Durant l'any 2023 en l'elaboració del nou Pla estratègic de l'entitat 2023-2026 s'ha tornat elaborat la política de qualitat i seguretat de pacients específica (en els últims anys la QiSP estava incorporada en cada polítiques dels grups d'interès).

La política de QiSP va ser aprovada per Consell de Govern del CHV el 14 de març del 2023.



POLÍTICA DE QUALITAT I DE SEGURETAT DE PACIENTS

Orientació vers el propòsit, la visió i els valors

Dins la orientació del propòsit i la visió es preveu orientar l'organització per oferir serveis de qualitat amb criteris d'equitat, efectivitat, eficiència i sostenibilitat, amb la implicació dels diferents grups d'interès, per tal d'aconseguir millores en la salut de la ciutadania, aplicant pràctiques de valor i segures.

Objectiu

- ☑ Consolidar i implicar als professionals en la gestió de la qualitat total utilitzant procediments i recursos d'efectivitat demostrada, mitjançant pràctiques de valor i l'ús del cercle de millora contínua PDCA, per oferir un alt nivell de qualitat en el servei, tot vetllant per la seguretat dels pacients.
- ☑ Implantar un model de gestió basat en la qualitat total, que es fonamenta en conèixer les necessitats dels grups d'interès i en definir els processos per cobrir-les de manera satisfactòria, de forma segura, amb els recursos adients i els productes assistencials de valor definits pels professionals, amb l'objectiu final d'aconseguir una assistència eficient, basada en la utilització dels procediments i recursos d'efectivitat demostrada, que satisfacin a la ciutadania amb una bona experiència, i garanteixi la sostenibilitat de l'empresa.
- ☑ Consolidar la gestió de qualitat total i orientar l'empresa cap a la ciutadania, amb la finalitat d'identificar els ciutadans/clients 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.
- ☑ Millorar el continuum assistencial, generar confiança, seguretat i acolliment a la ciutadania, als cuidadors i als clients que contracten serveis.
- ☑ Comprometre'ns en garantir la seguretat, la prevenció de la malaltia, la promoció de la salut i a assegurar el continuum assistencial.
- ☑ Cercar la màxima qualitat en els resultats, l'excel·lència, la millora contínua i la seguretat dels pacients, fent servir pràctiques de valor.
- ☑ Proporcionar assistència de qualitat i segura, basada en criteris d'eficiència amb suport metodològic i acreditada de forma externa (certificacions, premis, auditories).

Ambit

La base d'aquest model és l'equilibri constant entre les *capacitats del personal*, la *satisfacció del client* i els *recursos disponibles*.

- ✓ L'aparició de nous coneixements científics i avenços tecnològics comporta una adaptació constant del personal i de l'organització.
- ✓ Els canvis que s'experimenten en l'evolució de la societat repercuteixen en les necessitats i expectatives de la població, pel què és necessari que ens adaptem a aquest dinamisme.
- ✓ La limitació de recursos implica fer-ne una gestió acurada.



- ☑ Les direccions establiran un sistema de treball on els **processos/circuits i productes** estiguin planificats, controlats i millorats, segons les necessitats dels ciutadans/clients.
- ☑ Els projectes, estudis i nous sistemes d'organització tindran com a pilars fonamentals **orientar-nos vers els ciutadans/clients**, millorant la seva salut, garantint la seva seguretat i la millorant l'eficiència.
- ☑ Les direccions impulsaran que **el personal participi** en activitats que potenciïn la **millora contínua**, el treball en equip i la gestió de la qualitat i la seguretat de pacients.
- ☑ Les direccions establiran un sistema de gestió de la qualitat i SP no com un objectiu, sinó com un sistema de treball, mitjançant el cercle de millora contínua PDCA (Plan/Do/Check/Act; planificar, aplicar, controlar i millorar).

Operativa per portar-ho a terme

- ☑ La Direcció reconeixerà en els directius 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/ clients, oferint un producte de reconeguda qualitat, per tal d'aconseguir millores en la salut, i en la seva atenció.
- ☑ La Direcció posarà a disposició dels directius 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.
- ☑ S'establiran accions formatives i de divulgació de temes de qualitat i seguretat de pacients per al personal, fomentant així una cultura de millora contínua i de seguretat de pacients en la pràctica habitual.

SEGURETAT DELS PACIENTS

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

- El **lideratge** dins l'organització: incorporació d'objectius estratègics sobre seguretat, implicació directa de la Gerència en els temes de la seguretat de pacients 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, utilitzar llistats de comprovació, 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, anàlisis dels incidents per evitar que es troni a produir establint accions de millora
- Crear un **ambient d'aprenentatge**: fer simulacions, incrementar la formació, promoure declaració d'errors, garantir una actitud no punitiva, fomentar el treball en equip, millorar la comunicació i aprendre a partir dels errors.

Les actuacions de seguretat dels 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 L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció A132f.- Comitè de seguretat dels pacients, aprovat pel Comitè de Seguretat dels pacients a 14 /06/June 2022 (versió 09) ☐ Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat dels pacients, aprovat Comitè de Seguretat dels pacients June 2022el 18.06.2020 (versió 02) ☐ Banner específic de seguretat dels pacients disponible a la intranet ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions del Comitè de Seguretat de Pacients (CSP) per seguiment dels temes: 03.04.2024, 10.07.2024 i 27.11.2024. Contingut de cada acta: • 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 (Quadre de Comandament). • Projectes avalats per la màxima evidència científica (OMS): ✓ Higiene de mans ✓ Identificació inequívoca / Caigudes ✓ Errors de medicació ✓ Hemoderivats ✓ Bacterièmia per catèter ✓ Xec-list quirúrgic ✓ Pacient politraumàtic ✓ Suïcidi • Contencions • 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 • Resum dels acords presos. • Informació dels membres del CSP ☐ Reunions dels referents dels diferents grups de millora amb el Tècnic en Seguretat de pacients en dates: 07.03.2024, 31.05.2024, 30.11.2024 i 14.12.2024. ☐ Inici projecte Hoshin seguretat pacients • Presentació a referents hospitalització i caps d'unitat /comandaments. 28.11.24 • Presentació a responsables grups de millora 30.11.24 • Creació grup millora seguretat pacients HSCreu inici reunions amb acta 05.11.24

	☐ Reunions dels referents dels grups de millora de seguretat de pacients amb els membres de cada grup: • Alternatives Hospitalització: 13.02.2024, 07.05.2024 i 22.10.2024. • Àrea quirúrgica: 19.02.2024, 27.05.2024 i 30.09.2024. • Hospitalització: 18.12.2024 • HSJM: 08.05.2024 i 15.10.2024. • Àrea Salut Mental: 03.03.2024, 19.06.2024 i 20.11.2024. • UCI: 27.03.2024, 17.07.2024 i 21.11.2024. • Urgències: 18.12.2024.
Avaluació	☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13/11/2024 i propostes de millora per l'any següent. ☐ Seguiment dels esdeveniments adversos detectats al SNI SP Cat, en cada una de les actes del CSP. I en les reunions de seguiment amb els responsables dels grups de millora. ☐ Anàlisi causa-arrel en 20 de 20 (100%) dels esdeveniments adversos amb matriu de risc extrem (1) i alt (19) . Total incidents comunicats via SNI SP Cat l'any 2024: 178 . Per àrees: – Hospitalització – Àrea Quirúrgica – Uci – Alternatives Hospitalització – Urgències – HSJM – Salut Mental ☐ Lliurament al Departament de Salut dels indicadors de seguretat dels pacients dels centres HUV en termini. • Tancament indicadors any 2023 (tots els obligatoris + 29 opcionals) – 13.02.2024 (Dels 77 objectius possibles, 45 prioritaris (100%) i 29 opcionals • Tancament indicadors del primer semestre 2024 – 11.08.2024. • Tancament indicadors segon semestre 2024 anuals i bianuals 2024 13 Febrer 2025.
Revisió	☐ Instrucció A132f.- Comitè de seguretat dels pacients – versió 09 (juny 2022) ☐ Instrucció A422a.- Funcionament del grup de seguretat dels pacients – versió 02

NOTIFICACIONS DELS INCIDENTS DE SEGURETAT DE PACIENTS DEL DEPARTAMENT DE SALUT

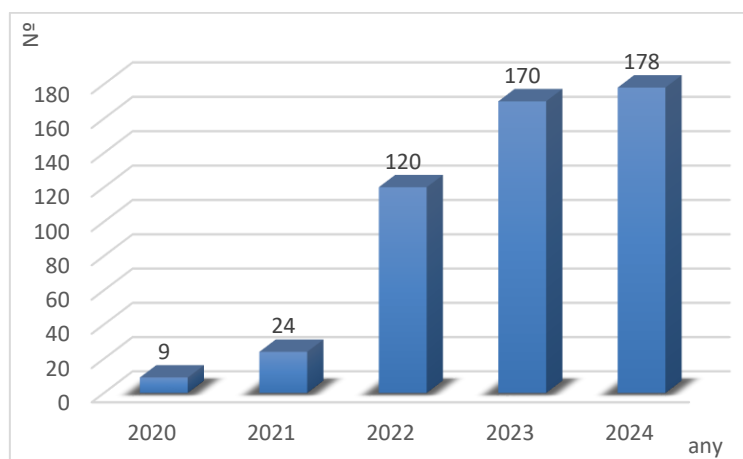
Els incidents relacionats amb la seguretat del pacient que es detecten al CHV es poden notificar de manera voluntària i anònima en el programa del Departament de Salut anomenat SNI SP Cat (Sistema de Notificació d'Incidents de Seguretat dels Pacients de Catalunya) vigent des de desembre del 2020.

L'objectiu es promoure la notificació d'incidents per tal de poder aplicar accions de millora i barreres que garanteixin la seguretat del pacient. Durant l'any 2024 s'han notificat 178 incidents.

Un objectiu estratègic del CHV és impulsar la millora continua en seguretat del pacient:

- Identificar i valorar els riscos als que està sotmès el pacient a la organització.
- Reduir els incidents i esdeveniments adversos deguts a l'assistència sanitària
- Reduir o eliminar els perills als que pot estar sotmès el pacient dins del sistema sanitari.
- Gestionar de forma proactiva els riscos
- Augmentar la confiança en el sistema sanitari per part dels pacients, societat i els professionals
- Millorar els resultats sobre els pacients en termes de salut i d'efectivitat en situacions clíniques
- Reduir les despeses produïdes pels danys produïts sobre els pacients, i per una millor utilització dels recursos assistencials.

EVOLUCIÓ DE LES NOTIFICACIONS AL SNISP CAT



NOTIFICACIONS 2024

Lloc

- UCI: 57 (34,11%)
- Alternatives a l'hospitalització: 34 (19,10%) (Hospital de dia, CE i hospitalització domiciliària)
- Urgències: 30 (16,85%)
- Àrea hospitalització: 31 (17,41%)
- Àrea quirúrgica: 16 (8,98%)
- Hospital Sant Jaume: 4 (2,24%)
- Salut Mental: 6 (3,37%)

Tipus d'incident

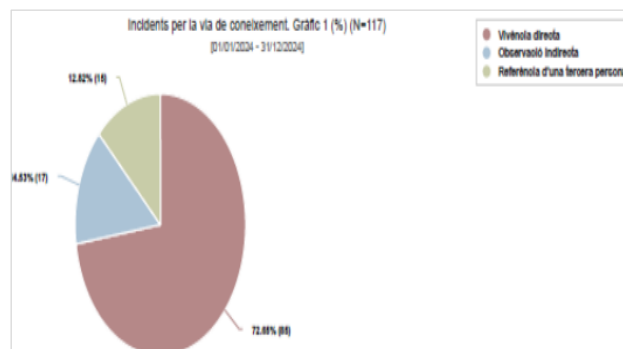
- Dispositius o equips assistencials: 50 (28,09%)
- Medicació: 48 (26,97%)
- Gestió clínica i procediments: 22 (12,36%)
- Documentació analògica i digital: 13 (7,3%)
- Caigudes: 12 (6,74%)
- Gestió clínico-administrativa: 9 (5,06%)
- Infraestructures, locals o instal·lacions: 6 (3,37%)
- Nutrició: 5 (2,81%)
- Accidents: 5 (2,81%)
- Comportament del pacient: 4 (2,25%)
- Infecció associada a l'atenció sanitària: 3 (1,69%)
- Productes sanguinis: 1 (0,56%)

QUI NOTIFICA ELS INCIDENTS

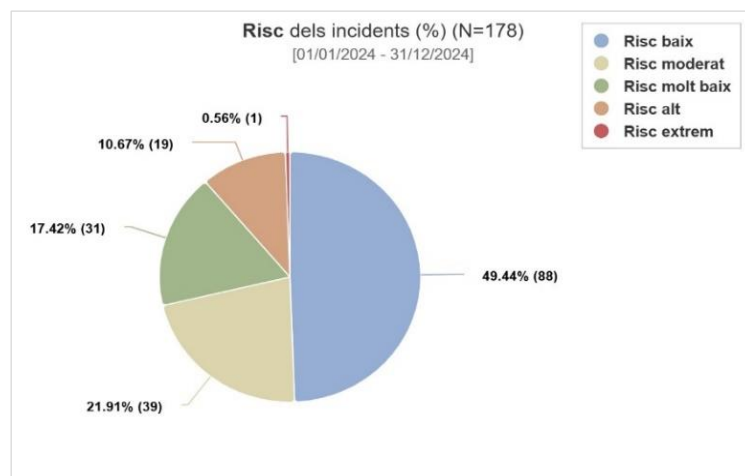
Per categories

- Infermer: 129 notificacions (73,71 %)
- Metge: 34 notificacions (19,43%)
- Residents: 2 notificacions (1,14%)
- Fisioterapeuta: 2 notificacions (1,23%)
- Farmacèutic: 1 notificacions (0,57%)
- Tècnic cures aux. infermeria: 4 notificacions (2,29%)
- Altres: 3 notificacions (1,71%)

Via coneixement



CLASSIFICACIÓ DELS INCIDENTS SEGONS LA GRAVETAT



Comentaris

- ✓ El nombre de incidents relacionats amb la seguretat de pacients s'ha incrementat de manera progressiva, implicant una major cultura de seguretat dins la organització per trobar punts de millora constant dins l'assistència sanitària.
- ✓ Els incidents amb més risc són analitzats de manera immediata (anàlisi causa-arrel) per implantar accions de millora per part dels comandaments en 15 dies (a 2024 s'han realitzat 19 anàlisis causa arrel).
- ✓ Els incidents més notificats estan relacionats amb dispositius /equips assistencials (28,09 %), medicació (26,97%), procediments o gestió clínica (12,36%) i les caigudes del pacient durant la seva hospitalització (7,3%).
- ✓ Son els propis professionals sanitaris els que declaren els incidents relacionats amb la seguretat de pacient, que viuen en primera persona, reforçant el fet de la cultura no punitiva i de millora continua que implica aquesta notificació.

[👉 Tornar a l'índex](#)

CIUTADÀ

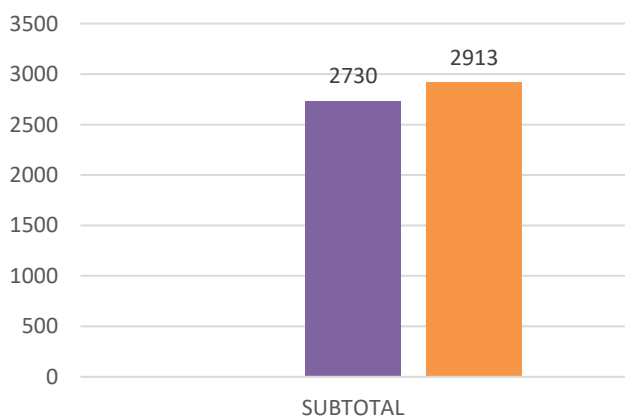
Pel que fa a la deducció del grau de satisfacció del pacient a través de l'atenció directa, passem a exposar els resultats de l'exercici:

RESULTATS D'ATENCIÓ DIRECTA AL CIUTADÀ (CLIENT)

El quadre total de resultats i incidències ateses a la Unitat pel que fa a l'atenció directa al pacient és el següent:

	2023	2024	Variació 24/23	
Reclamacions:	754	1012	258	34%
Suggeriments:	1976	1901	-75	-4%
SUBTOTAL	2730	2913	183	7%
Requeriments cossos policials:	90	0	-90	-100%
Segones opinions:	18	22	4	22%
Agraïments:	47	58	11	23%
Objectes perduts:	190	184	-6	-3%
Objectes trobats:	447	522	75	17%
Atencions sense registre	72	67	-5	-7%
Registre Pandora TSC	3	8	5	167%
SUBTOTAL:	867	861	-6	-1%
TOTAL:	3597	3774	177	5%

Total de reclamacions i suggeriments. Comparativa 2023 i 2024



DIES DE RESPOSTA RECLAMACIONS

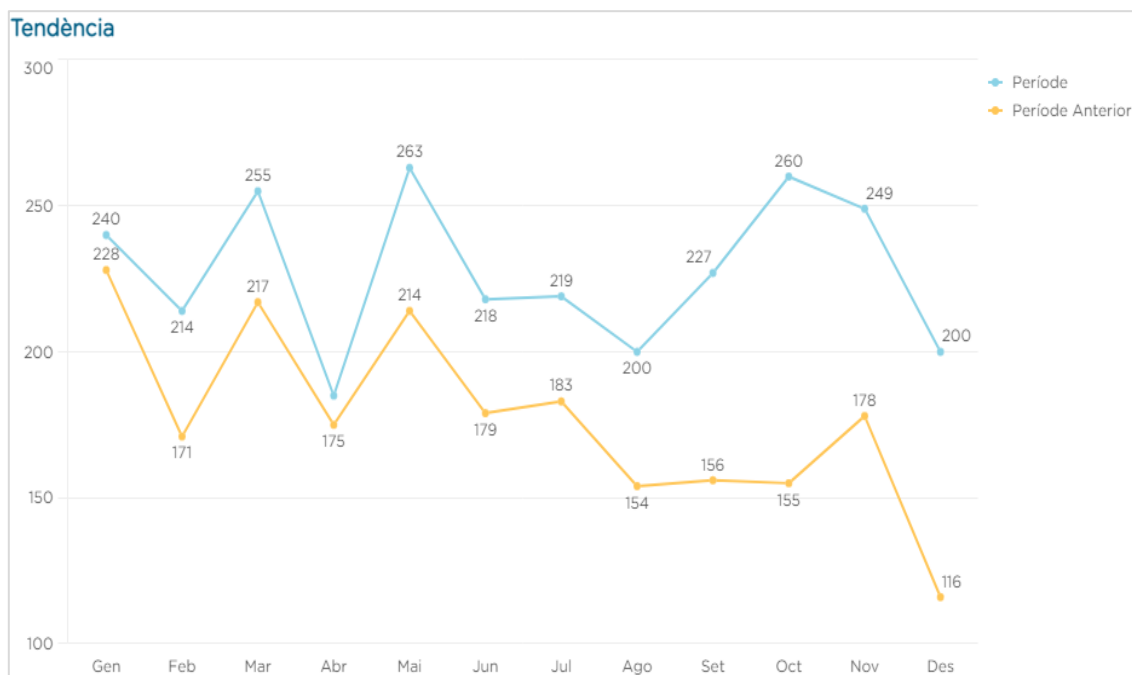
	2023	2024
Resposta interna < 10 dies	49,10%	70,80%
Resposta definitiva < 15 dies	27,20%	33,80%
Mitjana temps resposta definitiva	36,51	34,12

DIES DE RESPOSTA SUGGERIMENTS

	2023	2024
Mitjana temps resposta definitiva (dies)	13,41	8,04

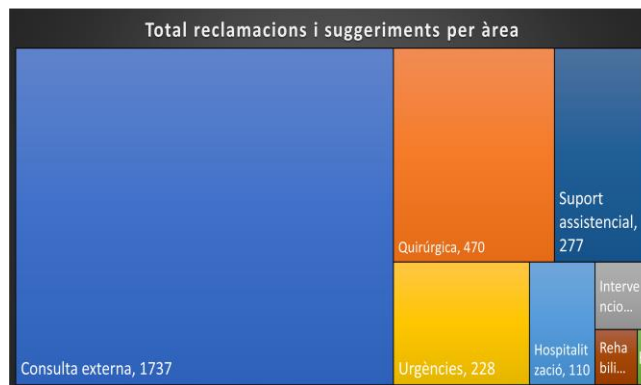
La línia evolutiva és la següent;

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Reclamacions	731	398	504	683	754	1012
Suggestiments	1476	1353	1833	1443	1976	1901
TOTAL	2207	1751	2337	2126	2730	2913



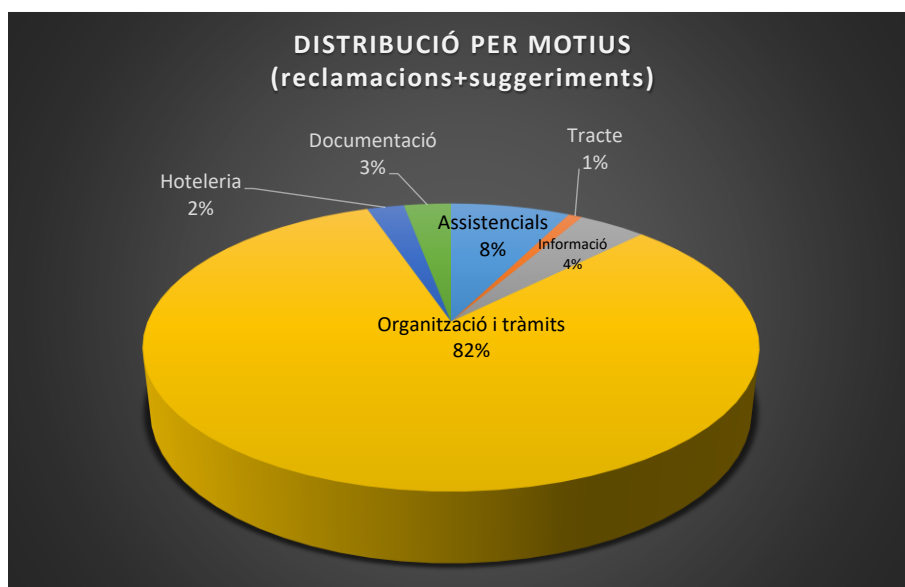
Distribució de totals per àrees i àmbits (reclamacions+suggestiments)

AREA/ÀMBIT	Aguts	At.Interm i de	Privat	Salut Mental	TOTAL
Hospitalització	80	8	19	3	110
Quirúrgica	465	0	5	0	470
Intervencionisme	43	1	6	0	50
Urgències	192	0	34	2	228
Consulta externa	1593	12	10	122	1737
Hospital de dia	9	0	0	0	9
Suport assistencial	269	0	8	0	277
Rehabilitació	32	0	0	0	32
Total	2683	21	82	127	2913



Total per Motius en els diferents àmbits (reclamacions+suggeriments)

MOTIUS PER ÀMBIT	Aguts	At. Inter. I dep.	No públic	Salut mental	TOTAL
Assistencials	248	5	21	15	289
Tracte	17	0	1	0	18
Informació	135	2	17	9	163
Organització i tràmits	2255	4	33	102	2394
Hoteleria	53	10	15	3	81
Documentació	113	2	6	11	132
TOTAL	2821	23	93	140	3077



(👉 Tornar a l'índex)

PROCESSOS

L'Oficina de Processos del Consorci Hospitalari de Vic (CHV) neix amb l'objectiu d'impulsar la millora contínua i l'eficiència organitzativa a través del **Lean Management**, una metodologia centrada en la simplificació de processos, l'eliminació de tasques que no aporten valor i la implicació activa dels professionals. En l'àmbit sanitari, aquest enfocament ha guanyat molta rellevància els darrers anys per la seva capacitat de generar resultats sostenibles i millorar l'experiència tant dels pacients com dels equips assistencials.

Durant el 2024, l'Oficina de Processos ha liderat dues línies principals: la millora dels processos assistencials i organitzatius, i el desplegament de l'estratègia del Consorci mitjançant la metodologia Hoshin Kanri. A continuació es destaquen alguns dels projectes més rellevants desenvolupats durant aquest període:

- **Millora del procés ambulatori a Cardiologia:** S'han reestructurat les agendes segons la demanda real, prioritzant l'eficiència, l'accessibilitat i la qualitat. Els **resultats han estat molt significatius**:
 - ✓ Les **primeres visites preferents** han passat de **29 a 19 dies** d'espera.
 - ✓ Les **visites ordinàries**, de **70 a 62 dies**.
 - ✓ Les **ecocardiografies transesofàgiques** s'han reduït de **43 a 24 dies**.
 - ✓ Els **holters interns**, de **106 a 60 dies**.
 - ✓ Els **ecocardiogrames**, de **86 a 64 dies**.

Tot això s'ha aconseguit amb un **augment de l'activitat del 12%**, fet que demostra la capacitat de millora amb els recursos existents. Encara hi ha algunes proves pendents d'ajust, però ja s'han identificat accions concretes per millorar-les.

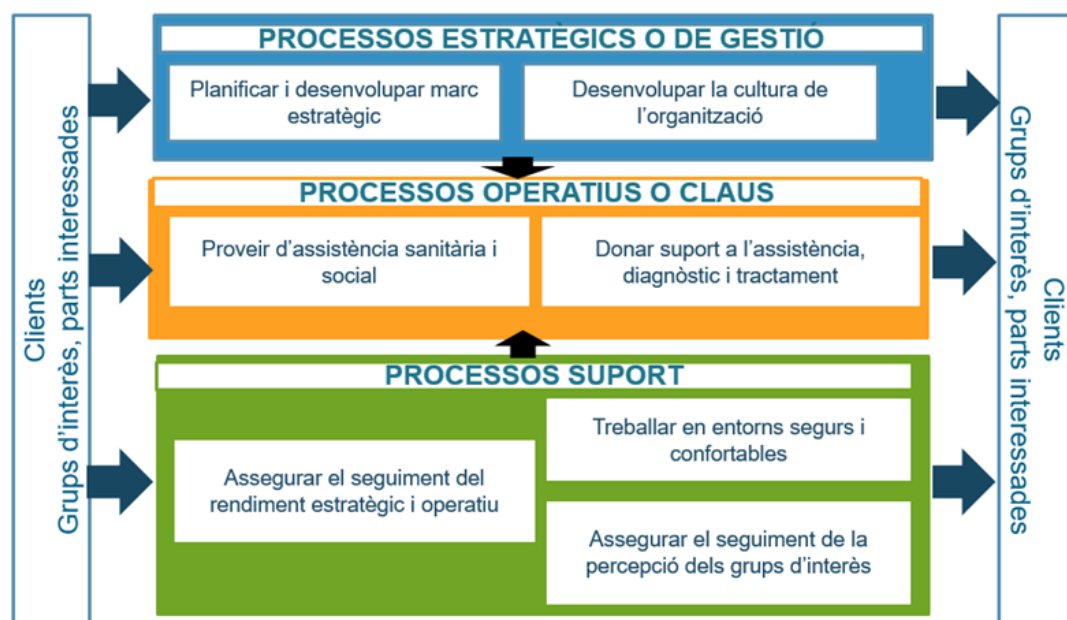
- **Millora del procés ambulatori general:** S'ha elaborat una instrucció que defineix el funcionament integral de l'àrea ambulatoria i s'ha implantat una nova fórmula de càlcul per a la previsió d'activitat. També s'han mapejat els fluxos de derivació entre centres i iniciat sol·licituds bidireccionals des de l'hospital a l'atenció primària per millorar la continuïtat assistencial. Els **rebutjos han disminuït del 14,5% al 10,31% (-28%)** i les **reprogramacions, un 14%**.
- **Fent eficient el procés quirúrgic:** S'ha analitzat i reorganitzat el procés quirúrgic per millorar la planificació i programació: s'han creat slots quirúrgics, estandarditzat temps i materials i activat una unitat de curta estada, entre d'altres accions. Els trasllats s'han reduït un 30% a la unitat de curta estada i un 20% a nivell global. Estem en fase de perfeccionament donat que les suspensions s'han de seguir disminuint.
- **Desplegament estratègic amb Hoshin Kanri:** Aquesta eina permet transformar els grans objectius estratègics en accions concretes, mesurables i alineades amb l'activitat diària dels professionals. Gràcies a aquest mètode, el 42% dels objectius estratègics del CHV han estat actius i s'han desenvolupat 22 projectes, monitoritzant mensualment el 80% dels projectes estratègics actius i amb un 62% de fites assolides.

Amb aquest conjunt de projectes, l'Oficina de Processos contribueix en millorar la planificació, la gestió i l'eficiència de diversos àmbits assistencials del CHV. Un aspecte clau ha estat treballar estretament amb els professionals assistencials i de suport, des del lloc on passen les coses, per garantir que les millores s'ajusten a la realitat i responen a les necessitats reals dels equips i dels pacients.

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 General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS) se'ns informa de la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats fins a 31 de desembre del 2023 (Resolució SLT/621/2023).

L'any 2023 s'ha editat un nou Manual d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya on:

- S'han fusionat i/o modificat un total de 180 estàndards essencials
- Han passat a Essencials (E) un total de 131 estàndards No essencials (Q)
- S'han incorporat 69 estàndards nous (E+Q)

Finalment, el nou model inclou 1312 estàndards en la seva totalitat, 832 dels quals són essencials (E) i 480 No essencials (Q).

Metodologia de treball

Cada centre d'atenció de l'entitat (Aguts, Atenció Intermèdia-Dependència i Salut Mental) compta amb un responsable per l'Accreditació.

L'únic centre que s'acredita externament és l'hospital d'aguts (HUV), i anualment s'assigna o ratifica en un Comitè de Direcció, el director i dinamitzador responsables de cada criteri i subcriteri.

L'operativa de seguiment està assignada al Unitat de Qualitat i Seguretat dels pacients, concretament en la seva Cap, i compta amb una tècnica dinamitzadora. Aquest seguiment es tradueix 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'Accreditació sempre amb el vist i plau de la Direcció de l'entitat.

L'HUV ha passat dues avaluacions externes de l'acreditació d'aguts, el 2009 , el 2013 i la darrera el 2024 .

El procés de recollida d'evidències va finalitzar el 22 de desembre de 2023 que és quan es va donar per tancat l'enviament de l'autoavaluació al Departament de Salut.

L'auditoria externa va ser realitzada per l'empresa ICDQ els dies 27 i 28 de maig de 2024.

NIVELL D'APLICACIÓ DE L'ACREDITACIÓ AL CHV L'ANY 2024

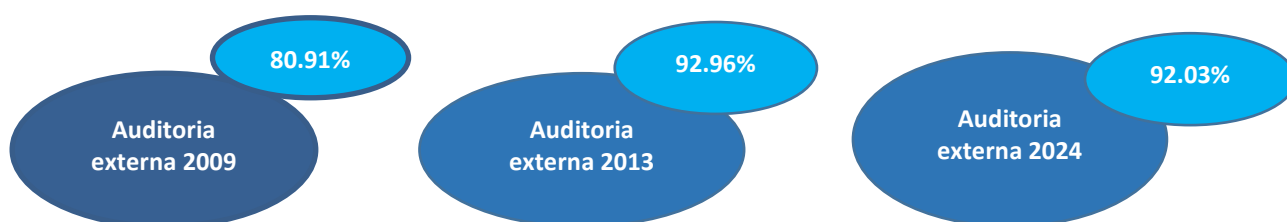
Enfocament	☐ DECRET 5/2006, de 17 de gener, pel qual es regula l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda i el procediment d'autorització d'entitats avaluadores DOGC núm. 4554,19.01.2006. ☐ RESOLUCIÓ SLT/621/2023, de 23 de febrer, per la qual es prorroga la vigència dels certificats d'acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda atorgats fins al 31 de desembre de 2023. ☐ Instrucció A43a: Acreditació Hospitalària (revisió 08/11/2019). ☐ Quadre de distribució de criteris a Dirigents i Dinamitzadors. Aprovat a CD 06/02/2024. ☐ Informe de resolució del Departament de Salut del resultat definitiu de l'acreditació 2013, rebuda el 05/05/2014. ☐ Base de dades evidències de l'Accreditació a l'HUV. Plataforma OCTOKPI ☐ Manual acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya. Abril 2023
Desplegament	☐ Seguiment estàndards Acreditació amb Dinamitzadors i/o Dirigents previ a l'auditoria externa: - Radiodiagnòstic: 14/03/2024, 25/04/2024 - Infraestructures: 19/03/2024 - Àrea Hospitalització: 19/03/2024 - Laboratori Clínic: 20/03/2024 - Hoteleria: 20/03/2024 - Treball social: 20/03/2024 - Farmàcia: 20/03/2024 - Estratègia Ciutadana: 22/03/2024 - Àrea Ambulatoria: 22/03/2024 - Urgències: 22/03/2024 - Gestió clients: 22/03/2024 - Alternatives a l'Hospitalització: 22/03/2024 - Logística: 25/03/2024 - Comptabilitat: 25/03/2024 - Planificació i SIS: 25/03/2024 - Organització i transformació Digital: 26/03/2024

	- Talent: 26/03/2024 - Direcció de persones: 26/03/2024 - Comunicació: 27/03/2024 - Relacions Laborals i Administració de Persones: 02/04/2024 □ Simulacions Auditoria amb Dirigents i Dinamitzadors: - Àrea Quirúrgica: 30/04/2024 - Urgències: 30/04/2024, 06/05/2024 - Hospitalització: 30/04/2024 - Àrea Ambulatoria: 30/04/2024 - Planificació i SIS: 02/05/2024 - Talent: 08/05/2024 - Gestió Clients: 10/05/2024 - Logística: 13/05/2024 - Assessoria Jurídica: 13/05/2024 - Transferència del coneixement: 13/05/2024 - Laboratori Clínic: 14/05/2024 - Prevenció i Medi ambient: 14/05/2024 - Organització i Transformació Digital: 16/05/2024 - Anatomia Patològica; 17/05/2024 - Relacions Laborals i Administració de Persones: 22/05/2024 - Comunicació i Estratègia Ciutadana: 22/05/2024 - Hospitalització: 23/05/2024 - Direcció de Persones: 23/05/2024 □ Validació de les evidències documentades a la Plataforma OCTOKPI □ Auditoria externa empresa ICDQ (27 i 28 de maig 2024). □ Comunicat a Dirigent i Dinamitzadors afectats del canvi en l'assignació de responsabilitats aprovat a CD el 16/07/2024 □ Enviament del Pla de Millora al Departament (desembre 2024) □ Enviament dels estàndards que han de tenir Pla de Millora als Dinamitzadors i/o Dirigents amb prioritització d'estàndards pel 2024.(juny 2024, octubre 2024) □ Reunions de seguiment amb la Cap de Qualitat i SP: 01/02/2024, 30/07/2024, □ Reunions periòdiques amb empresa responsable de la plataforma OCTOKPI □ Reunions de seguiment de les propostes de millora pel PM 2024 Farmàcia: 06/11/2024 Comunicació i Estratègia Ciutadana: 12/11/2024.
Avaluació	□ Presentació a CD del tancament 2023_06/02/2024 □ Publicació de resultats d'autoavaluació de l'Acreditació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web □ Presentació a CD del tancament acreditació, avaluació dels resultats i PM CD (16/07/2024) □ Resultat final de l'Acreditació (auditoria externa): 92.03% (assolim el nivell per la certificació) □ Publicació de l'informe de tancament de l'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a les notícies de la Intranet (17/07/2024) □ Presentació de resultats als grups tècnics de Qualitat i SP i membres del Comitè de Direcció (13/11/2024)

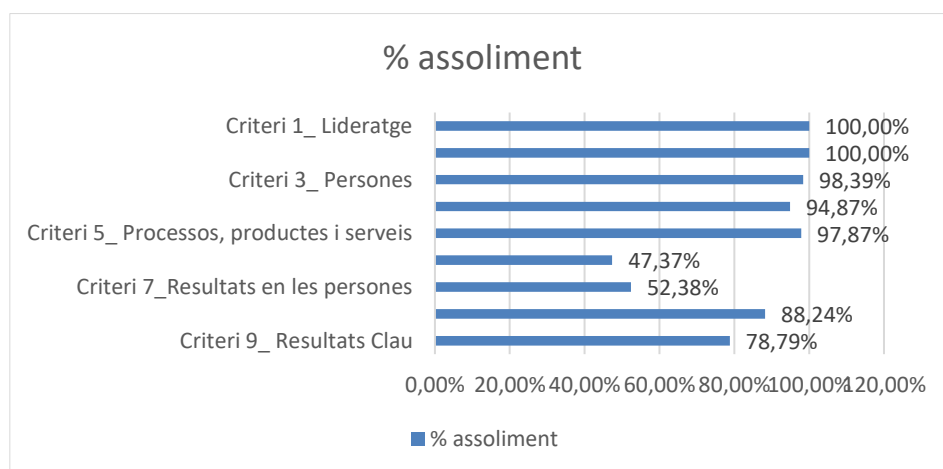
Revisió	□ Instrucció: Procés de certificació d'Accreditació d'atenció hospitalària aguda aprovat en CD el 16/07/2024 □ Quadre de Dirigents i Dinamitzadors Accreditació HUV (aprovat a CD 16/07/2024) □ Informe de resolució del Departament de Salut del resultat definitiu de l'Accreditació 2023 rebut el 04/07/2024 □ Informe intern Accreditació posterior a l'emès per l'empresa externa auditora (ICDQ) Juny 2024 □ Pla de Millora 2024-2025-2026
---------	--

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

Els resultats de l'auditoria externa a l'Hospital Universitari de Vic han estat:



RESULTATS DE L'AVALUACIÓ EXTERNA (92,03%) DISTRIBUIT PER CRITERIS



AUDITORIES, CERTIFICACIONS I INSPECCIONS

Les auditories i certificacions son eines clau per avaluar i garantir la qualitat dels serveis que s'ofereixen, assegurant la millora continua i la conformitat amb uns estàndards prèviament definits.

Les auditories, internes o externes, permeten revisar el grau de compliment dels requisits establerts per normes, com la ISO 9001:2015 i, detectar punts forts i àrees de millora, promovent la millora continua, permetent avaluar la conformitat dels processos i sistemes de gestió de la qualitat. Les auditories ajuden a identificar àrees de millora i a implementar accions correctives per garantir la qualitat i la seguretat dels serveis.

Les certificacions atorgades per societats científiques reconeixen que una unitat o servei compleixen amb uns estàndards específics de qualitat, seguretat i bones pràctiques, reconeixent l'excel·lència en l'atenció sanitària i la conformitat amb uns estàndards de qualitat i seguretat, demostrant que aquestes unitats aposten pel compromís en la millora continua i amb la millora de la qualitat assistencial.

INFORME DE TANCAMENT DE LES ACTIVITATS REALITZADES PER AUDITORIES, CERTIFICACIONS, INSPECCIONS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Informe Auditoria interna UNE-EN-ISO 9001:2015 Laboratori Clínic (22/06/2022) ☐ Informe resolució Auditoria externa UNE-EN-ISO 9001:2015 laboratori clínic (13/07/2022) ☐ Informe Acreditació Unitat de Ferides FHSC (any 2018). ☐ Instrucció A432a_Instrucció registre audits (12/2013) ☐ Certificació Unitat de dolor (nivell II)_17/09/2021 ☐ Certificació Unitat Comunitaria d' Insuficiència cardíaca_ 17/07/2023
Desplegament	☐ Auditoria Interna - Laboratori Clínic Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 25/06/2024 Auditors internes: Raquel Carrera i Ester Redón - Diagnòstic per la imatge Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 27/06/2024 Empresa Auditora ATHENEA SOLUTIONS I Ester Redón - Auditoria Interna Rehabilitació Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 27/06/2024 Empresa Auditora ATHENEA SOLUTIONS ☐ Auditoria Externa - Laboratori Clínic Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 10/07/2024 Empresa certificadora: Oca global - Diagnòstic per la imatge Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 11/07/2024 Empresa certificadora: Oca global - Rehabilitació Norma ISO UNE:9001:2015 Data: 09/07/2024 Empresa certificadora: Oca global ☐ Acreditació Unitat Clínica de Ferides FHSC Documentació lliurada: 07/04/2024 Entitat certificadora: GNEAUPP. ☐ Certificació Unitat bàsica del son Data: 30/06/2024 Certifica la Sociedad Española de Pneumología y Cirugía Torácica ☐ Certificació Unitat Malaltia Inflamatòria Intestinal Data: 21/11/2024 Certifica GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y colitis Ulcerosa) ☐ Inspecció Laboratori Clínic i Anatomia Patològica

	Organisme sol·licitant: DGORS Reunions de seguiment intern estat documentació: 07/09/2023, 18/09/2023, 29/01/2024 Enviada documentació: 19/12/2023 i 14/06/2024 Reunió amb responsable DGORS per dubtes accions correctores: 29/01/2024 □ Certificació Càncer Center. “ Accreditation and Designations, User Manual V3.2 (OECl)” Inici avaluació criteris d’inclusió per optar a la certificació 1ª reunió amb Dra. Parera i Dr. Pere Roura per valorar requeriments (06/11/2024). Pendent reunió amb la D. Assistencial a gener 2025 □ Auditoria ictus 06. Objectiu: “Avaluar la qualitat de l’atenció hospitalària als malalts amb ictus agut als hospitals del SISCAT a l’any 2024”. Organisme sol·licitant: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Període d’estudi: del 15/10/2024 al 30/11/2024 Reunions de seguiment: 03/10/2024, 15/11/2024, 13/12/2024 Proposta de reunió amb la DA a 2025 per propostes de millora en l’abordatge de l’Ictus □ Formacions: • Sessions formatives ISO 9001:2015 per comandaments RHB i Diagnòstic per la Imatge (22/02/2024, 04/04/2024) • Formació eBDIplus (Gestor Documental) per referents ISO RHB i Diagnòstic per la Imatge (11/03/2024, 06/06/2024 i 07/06/2024) • Sessions grupals ISO 9001:2015 pels professionals de RX i RHB: 13/06/2024 □ Seguiment de les no conformitats i/o incidències resultat de les auditories
Avaluació	□ Obtenció de la Certificació ISO 9001:2015: – Laboratori Clínic – Diagnòstic per la Imatge – Servei de Rehabilitació □ Tancament de la Inspecció dels laboratoris (Clínic i Anatomia patològica) amb resultat favorable □ Acreditació Unitat Clínica de ferides per GNEAUPP amb resultat d’excel·lència □ Certificació programa Concordia per Internacional FACT/Netcord _ (certificats com a Centre d’obtenció, processament i emmagatzematge de sang de cordó umbilical) com a part integrant del programa del Banc de Sang i Teixits. □ Certificació Unitat bàsica del son per la SEPAR □ Certificació Unitat Malaltia Inflamatòria Intestinal per GETECCU □ Reunions de seguiment amb la Cap de Qualitat (conjunes amb tema Acreditació): 01/02/2024 i 30/07/2024
Revisió	□ Revisió Instrucció A43b: Auditories Internes (juny 2024) □ Certificat ISO 9001:2015 Laboratori(Clínic i Anatomia Patològica), Radiodiagnòstic i Servei de Rehabilitació (13/09/2024) □ Certificat acreditació Unitat Clínica de Ferides de l’Hospital Universitari de la Santa Creu per la GNEAUPP (1/11/2024) □ Comunicat via email de la Certificació programa concòrdia (sra. Elisenda Farssac 04/09/2024) □ Comunicat via email del tancament de la Inspecció Laboratoris DGORS (Sra. Georgina Moreno 11/11/2024)

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); a partir de l'any 2019, les dades han estat obtingudes i calculades per la unitat d'Epidemiologia clínica de l'entitat i són les següents.

	RONDES								NIVELL EGC	
	5a (2009-10)	6a (2011-12)	7a (2013-14)	8a (2015-16)	9a (2017-18)	10a (2019-20)	11a (2021-22)	12a (2023-24)	Acceptable	Desitjable
Taxa de participació	87,5%	85,9%	86,5%	84,1%	84,4%	68,9%	76,9%	78,5%	> 70%	> 75%
Taxa de recitacions	4,6%	4,6%	3,5%	3,6%	3,9%	4,4%	3,3%	3,8%*	< 7%	< 5%
Taxa de càncers detectats	5,6‰	4,8‰	4,8‰	4,8‰	4,6‰	4,4‰	3,4‰	5,1‰	< 7 ‰	3,5 i 5 ‰
Càncers invasors ≤10 mm Ø	29,6%	27,3%	41,8%	24,5%	38,2%	27,8%	32,6%	25,0%	≥ 25%	≥ 30%
Càncers invasors amb ganglis (-)	83,1%	81,81%	81,48%	64,2%	75,2%	66,7%	65,5%	79,3%	> 70%	> 75%

*dada estimada

Comentaris

- ✓ Els indicadors dels resultats de la dotzena ronda (dels anys 2023 i 2024, en conjunt) se situen dins dels nivells que fixa l'“European Guidelines for quality assurance in mamography screening” 4a. ed. 2006 (EGC). Així, doncs, el rendiment i eficàcia del programa durant els dos anys de la ronda de 2023 i 2024 està en la categoria d'acceptable per a tots els indicadors i de desitjable en tres de cinc. La baixada de la taxa de recitacions que ja es va observar amb les dades de 2023 (i va ser del 0,96%), ara, es mantindria (i és del 0,57%) en el conjunt dels dos anys. Les característiques dels càncers invasors segons mides i absència de ganglis es troba afectada per valors no informats o desconeguts en el moment del seu registre.

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

El primer de gener de 2023 va començar la cinquena ronda del programa de prevenció secundària del càncer colo-rectal a la comarca. Durant l'any 2024, es va tancar la ronda amb la participació dels residents als municipis de Manlleu i de les àrees bàsiques de salut de Centelles, Sant Quirze de Besora i Lluçanès. 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 mantingut una perfecta coordinació de l'oficina tècnica amb les farmàcies, amb les gestores de casos del Consorci i amb l'activitat del servei de digestologia que programa les visites d'infermeria i duu a terme les colonoscòpies.

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 dinàmica. La informació de la taula correspon a les extraccions de tancament de la tercera ronda (el 25 d'abril de 2022) i de la quarta ronda (el 14 d'abril de 2023). Les dades de la cinquena ronda corresponen a l'extracció de l'ú de febrer de 2025 i representen l'activitat completa de la ronda sencera dels anys 2023 i 2024.

En relació a la positivitat de les proves, l'Institut Català d'Oncologia ha mantingut el dintell de positivitat en els 100 nanograms d'Hemoglobina per microlitre.

	3a ronda (Anys 2019 i 2020)	4a ronda (Anys 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024)
Població diana	38.701	39.547	41.705
Exclusions	799	797	663
Població elegible	37.902	38.750	41.042
Participació (P)	23.826 (62'9%)	23.870 (61'6%)	22.760 (55'5%)
Cobertura (P+ colonoscòpia prèvia)	24.187 (63'8%)	24.132 (62'3%)	22.812 (55'6%)
PSOF positiva a > 155 ngHb/μL	1.094 (4'6%) ¹	855 (3'6%) ¹	---
PSOF positiva a > 100 ngHb/μL	1.226 (5,1%)	1.112 (4'7%)	919 (4'0%)
Colonoscòpies realitzades (amb resultat)	995 (91'0%)	781 (91'3%)	757 (82'4%)

Resultats de les colonoscòpies	3a ronda (Anys 2019 i 2020)	4a ronda (Anys 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024)
Normal o negativa	306 (30'8%)	242 (31'0%)	274 (36'2%)
Adenoma baix risc	255 (25'6%)	212 (27'1%)	202 (26'7%)
Adenoma risc intermedi	230 (23'1%)	213 (27'3%)	177 (23'4%)
Adenoma alt risc + Ca. In situ	119 (12'0%)	40 (5'1%)	34 (4'5%)
Càncer invasor	30 (3'0%)	27 (3'5%)	19 (2'5%)

Comentaris

- ✓ Les dades de la cinquena ronda corresponen a l'anàlisi duta a terme amb les dades del seu tancament el dia 4 de febrer de 2025.
- ✓ La taxa de càncer invasiu diagnosticat ha tingut la següent evolució: 1a ronda = 3'8 càncers per mil participants, 2a ronda = 1'8 per mil participants, 3a. ronda = 1'3 càncers per mil participants, 4a. ronda = 1'1 per 1.000 participants i del 2'5 per 1.000 en el moment de tancar la cinquena.
- ✓ El seguiment dels positius d'acord amb els resultats de la PDSOF i l'organització de les colonoscòpies es basa en les directrius de l'Institut Català d'Oncologia.
- ✓ El Consorci ha fet el 97'2% de les colonoscòpies de la cinquena ronda abans de les 8 setmanes de la positivitat de la prova. La proporció de colonoscòpies que s'han hagut de repetir per la mala qualitat de la preparació del pacient ha estat inferior al 10%.

¹ 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 però, a primer d'agost de 2022, es va revertir la positivitat al valor de 100 ngHb/μL.

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 2024

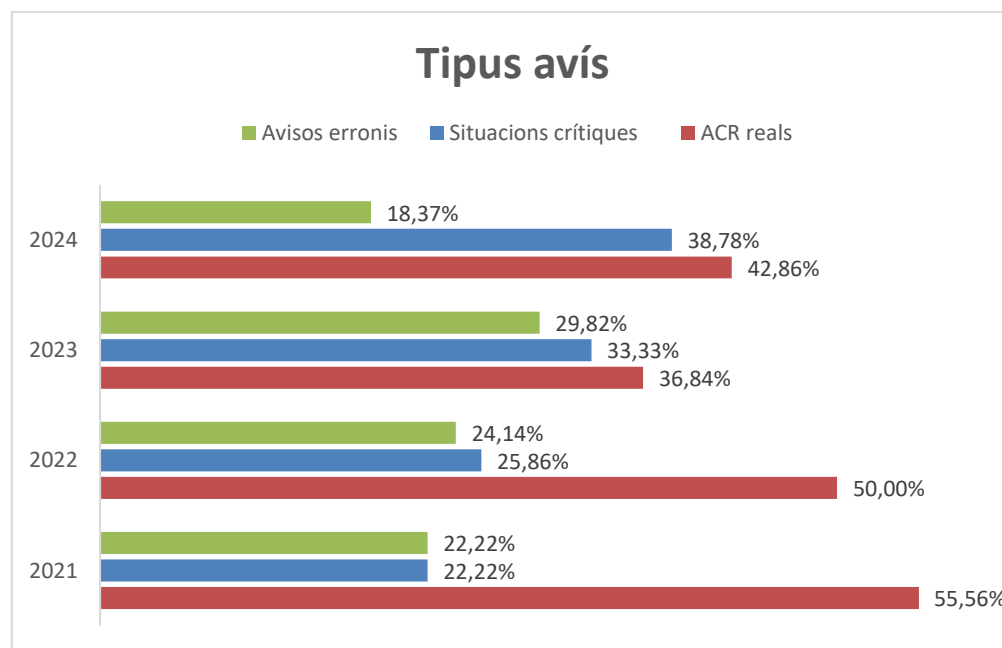
PROTOCOL D'ATURADA CARDIORESPIRATÒRIA

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

Tipus d'avís 2024

	n	%
Total trucades al buscapersones de l'equip	49	
Total Avisos correctes:	40	81,63%
Total ACR intrahospitalària	21	42,86%
Total Situacions crítiques	19	38,78%
Total avisos erronis	9	18,37%

Comparativa anys anteriors



Comentaris

- ✓ El percentatge més gran d'avísos son per ACR reals (42,86%) seguit dels avisos per situacions crítiques (38,72%)

ÍTEMS ESTIL UTSTEIN

(Adoptats per la European Resuscitation Council (ERC) i per la American Heart Association (AHA), entre d'altres).

Aturades cardiorespiratòries (ACR)

ESTÀNDARDS SEGONS BIBLIOGRAFIA	Estàndard	Resultats 2023		Resultats 2024		Dif.
		n	%	N	%	
ACR intrahospitalària	1,5-2,8 casos % ingressos ¹	21/12767	1,64‰	21/13191	1,59‰	-0,03‰
Aturades cardíques amb ritme inicial de FV/TVSP	18-20% ²	7	33,33%	4	19,05%	-0,48%
Aturades cardíques amb ritme inicial de A/AESP	80-82% ²	14	66,67%	17	80,95%	-0,52%
Supervivència a l'alta hospitalària	15-34% ¹	6	28,57%	5	23,81%	-0,33%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial Desfibril·lable (FV o TVSP)	44,00% ²	4	57,14%	1	25,00%	-0,89%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial NO Desfibril·lable (A o AESP)	7% ²	2	14,29%	4	23,53%	-0,05%

(1) European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe.

(2) UK National Cardiac Arrest Audit (NCAA)

Altes convencionals hospitalització per centre físic (HUV)

DADES Ritme inicial ACR	2023		2024		Dif. %	Desfibril·lable		NO Desfibril·lable	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Aturades cardiorespiratòries (ACR)	21		21			4		17	
Realització de maniobres	18	85,71%	21	100,00%	16,67%	4	100,00%	17	100,00%
ROSC (Retorn de circulació espontània)	12	57,14%	11	52,38%	-8,33%	3	75,00%	8	47,06%
Supervivència	6	28,57%	5	23,81%	-16,67%	1	25,00%	4	23,53%
Supervivència a l'HUV (2)	5	23,81%	5	23,81%	0,00%	1	25,00%	4	23,53%
Supervivència a la UCI (3)	4	57,14%	4	66,67%	16,67%	0	0,00%	4	66,67%

(Supervivència: entre 10% i 20% a l'alta hosp., segons bibliografia)

²Sobre el total d'ACR

³Sobre el total de pacients amb ACR que han passat per la UCI (trasllats + intraUCI)

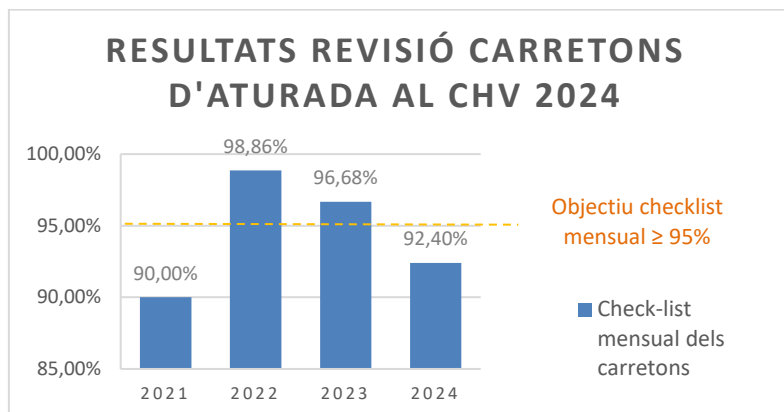
Comentaris

- ✓ La incidència d'ACR intrahospitalària, dins de l'HUV, es de 1,59 ‰ , valor dins dels estàndards internacionals
- ✓ Les aturades amb ritme inicial desfibril·lable estan al 19,05% i les ACR amb ritme no desfibril·lable estan al 80,95%, complint tots dos amb els estàndards establerts.
- ✓ La supervivència a l'alta hospitalària de les ACR és del 23,81% dins els estàndards definits en les Guies de Pràctica Clínica
- ✓ Destaca una supervivència del 25 % en els ritmes desfibril·lables (estàndard 44%) i una supervivència de 23,53 % (estàndard 7%) en els ritmes no desfibril·lables .

Nota: Per conèixer totes les dades de les aturades cardiorespiratòries ateses pel grup d'ACR de l'HUV, consulteu l'informe específic a <https://intranet.chv.cat/consulta/documentacio/cat/935/informes-avaluacio-seguiment-protocols-i-procediments-institucionals>.

RESUM DADES REVISIONS CARRETONS D'ATURADA % D'ACOMPLIMENT (HUV, OSM, HSJM I CDV)

	2021	2022	2023	2024
Total Carretons	31	31	30	29



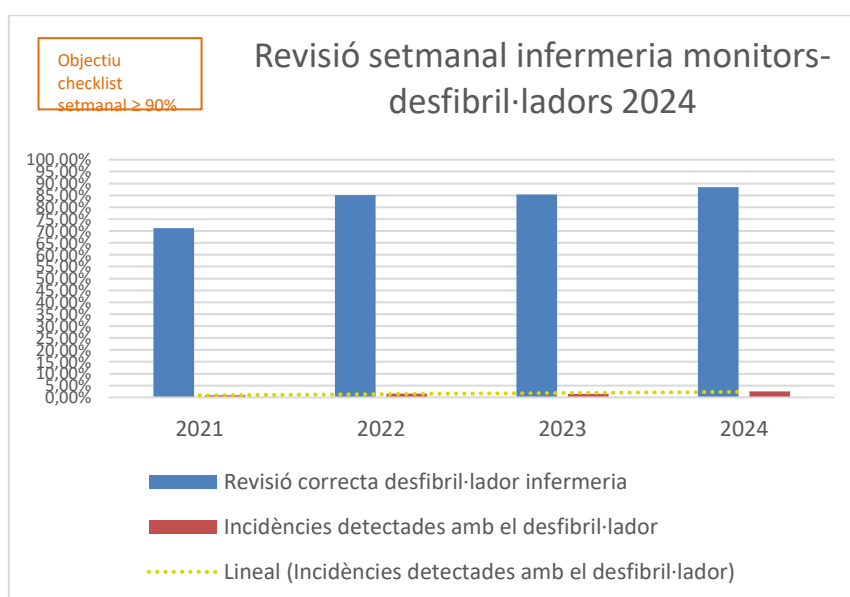
Comentaris

CARRETÓ D'ATURADES

- ✓ No s'aconsegueix el percentatge de compliment general de les revisions dels carretons d'aturada (objectiu $\geq 95\%$), segons estàndards de qualitat. Per edificis: sí que es compleix a Clínica de Vic (97,14%) i HSJM (95,65%) i no es compleix a OSM (91,67%) i HUV (91,54%).
- ✓ El compliment del segellat del carretó ha estat del 100% en tots els edificis, excepte HUV (93,57%).

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

	2021	2022	2023	2024
Total monitors-desfibril·ladors	26	26	26	28



Comentaris

MONITOR – DEFIBRIL·LADOR (MDF) / DEA

- ✓ El percentatge de revisions dels desfibril·ladors ha estat del 88,44% , no arribant a l'objectiu definit (90%)
- ✓ Hi ha hagut un increment en el registre d' incidències. Aquest fet està relacionat amb l'increment en la freqüència de les revisions detectant que els monitors/desfibril·ladors pendents de substitució presenten nombroses incidències relacionades amb el funcionament de les bateries.

AVALUACIÓ DEL FUNCIONAMENT DELS DOCUMENTS CONSENSUATS DE MANERA MULTIDISCIPLINÀRIA ENTRE EL COSSOS DE SEGURETAT (MOSSOS D'ESQUADRA I GUÀRDIA URBANA DE VIC), SEM, ACUT I EL CHV.

L'any 2015 es va crear un grup multidisciplinari per definir les actuacions i activitats de coordinació entre el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), el Sistema d'Emergències mèdiques (SEM), l'ACUT i el Cossos Policials dels Mossos d'Esquadra d'Osona (ABP) i de la Guàrdia Urbana de Vic.

S'han realitzat reunions amb periodicitat anual per avaluar el funcionament dels circuit i les accions contingudes en els documents treballats i consensuats .

Els documents treballats són:

- Pacients sota vigilància policial
- Intervencions d'emergència extrahospitalària en pacients amb TMS
- Actuació en cas de fuga de pacients del CHV

Per facilitar el treball conjunt s'han unificat tots els documents en un de sol **“Protocol d'actuacions coordinades amb intervenció dels cossos policials d'Osona, SM, SEM i URG HUV”**(passarà per CPA a principis de 2025 per ser aprovada).

L'objectiu de la fusió ha estat:

- Identificar i treballar possibles àrees de millora en l'exercici de les funcions pròpies de cada col·lectiu.
- Establir formes de cooperació , recolzant els objectius comuns i les activitats o intervencions que requereixen de la col·laboració de tots els estaments implicats
- La coordinació de l'activitat entre els organismes establerts en el protocol s'ha d'atendre a les funcions següents:
 - Disposar de mecanismes necessaris per evitar que els diferents riscos evitables existents no es produeixin.
 - Acotar al marc legal.
 - Casos que requereixen un abordatge integral de diferents àmbits: sanitari, social, policíac i judicial, on cadascun compleixi les seves responsabilitats, amb intervencions coordinades per assegurar-ne l'eficàcia.
 - Detectar les situacions, valorar-les, facilitar l'acompanyament al circuit i fer-ne seguiment.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

PRODUCTE

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PRODUCTE

QUÈ ES TREBALLA

Elaboració, seguiment vigència i/o avaluació de l'acompliment de documents de suport a l'assistència basats en l'evidència científica.

A l'entitat 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.
- **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, un cop ja es té diagnòstic. 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 algorisme 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.

NIVELL D'APLICACIÓ DE PROTOCOLS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	❑ PSup 1.2_Instrucció grup protocols_ INSDSA001, revisada 31/12/2018 (versió 03). ❑ INSPRO002_Instrucció Normes i contingut mínim protocols, revisada 12/04/2018 (versió 00) ❑ Guia elaboració documents_juny 2023 (versió 00) ❑ Documents integrats en xarxa (F:/USUARIS/QUALITAT) per ser accessibles per a tots els professionals de la Unitat ❑ Procediments, DAPD i Protocols Institucionals accessibles a la Intranet https://intranet.chv.cat/consulta/documentacio/cat/336/protocols-procediments-institucionals
Desplegament	❑ Actes d'1 reunió amb la cap de Qualitat i SP (disponibles a Qualitat) per seguiment dels temes (14/02/2024). ❑ Seguiment d'accions portades a terme pels membres que formen part de cada un dels protocols. (Informació F//USUARIS//QUALITAT//operativa grups de qualitat//protocols)
Avaluació	Estat de situació 2024: ❑ Actualitzacions de protocols institucionals i documents basats en l'evidència: 53/77 (68,83%) ❑ Nous protocols elaborats: 2 ❑ Avaluacions del seguiment de protocols: 20/22 (90,91%) ❑ N°pacients atesos segons protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics: 16719 / 17215 (97,12%) — Atenció hospitalària: 16203 / 16609 (97,56%) — Atenció quirúrgica: 516 / 606 (85,15%) ❑ Protocols actualitzats que contenen apartat informació a donar al client: 28/35 (80%) <i>(S'exclouen els següents tipus de document de la base de dades perquè no segueixen la metodologia de Qualitat: Fullet informatiu, GPC, DBE, DAPD, Ruta assistencial, Trajectòria clínica i Unitats Funcionals perquè no segueixen la metodologia de Qualitat. Ens venen fets) (En 4 documents, no procedeix)</i> ❑ Protocols actualitzats que contenen apartat d' aspectes a tenir en compte per a la SP: 34/37 (91,89%) <i>(Indicador anual: Protocols revisats i nous a 2024 que contenen apartat d' aspectes a tenir en compte per a la SP 10/10 (100%)).</i> <i>(S'exclouen els següents tipus de document de la base de dades: DAPD, Fullet informatiu, GPC, DBE, Unitats Funcionals) (En 2 documents, no procedeix)</i> ❑ Documents actualitzats relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties: 26/34 (77,14%) ❑ Protocols actualitzats de neoplàsies: 8/12 (66,67%) ❑ Professionals que han participat en la elaboració, revisió i/o avaluació de documents: 308 ❑ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13/11/2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ❑ Publicació de resultats de Protocols al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09/08/2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ❑ Presentació de les actualitzacions de protocols, procediments, instruccions i avaluacions al Comitè Permanent Assistencial per ser aprovades: 13/02/2024, 02/04/2024, 07/05/2024, 01/10/2024, 10/12/2024 ❑ Presentació de dades de protocols en el seguiment periòdic de Qualitat i SP a Comitè de Direcció per part de la Cap de Qualitat i SP. ❑ Difusió Interna CHV a Notícies/intranet/pissarres: Dates: 12/03/2024, 13/03/2024, 26/06/2024, 23/10/2024. <i>Per consultar el detall de les dades, veure el Dossier de resultats qualitatius del CHV del 2024.</i>
Revisió	❑ PSup 1.2_Instrucció grup protocols_ INSDSA001, revisada 10/06/2024 (versió 04). ❑ INSPRO002_Instrucció Normes i contingut mínim protocols, (10/06/2024) ❑ Documents integrats en xarxa (F:/USUARIS/QUALITAT) per ser accessibles per a tots els professionals de la Unitat ❑ Procediments, DAPD i Protocols Institucionals accessibles a la Intranet https://intranet.chv.cat/consulta/documentacio/cat/336/protocols-procediments-institucionals

RESULTATS DE CONTROL DE PRODUCTE

ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA

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

ESTAT DE SITUACIÓ DELS PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS (ADBE)

	2021			2022			2023			2024		
	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%	Total	Actualitzats	%
CDR	1	1	100,00%	2	2	100%	3	3	100%	3	3	100%
DAPD	10	9	90,00%	12	11	91,67%	17	12	70,59%	19	14	73,68%
Instrucció	6	5	83,33%	6	5	83%	5	5	100%	4	4	100%
Procediment)	9	8	88,89%	10	9	90%	11	11	100%	11	11	100%
Protocols	33	25	75,76%	36	27	75%	38	30	78,95%	38	19	50%
Ruta assistencial	1	1	100,00%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
Trajectòria clínica	1	1	100,00%	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100%
Total	61	50	81,97%	67	51	76,12%	72	59	81,94%	77	53	68,83%

Criteris per determinar si un document està actualitzat:

- Documents que tenen data de propera revisió > a l'any en curs (en aquest cas > 2024).
- Documents que consten com actius a la base de dades interna de protocols.
- Documents que no estan en tràmit d'elaboració, ni revisió.
- S'inclouen protocols i procediments institucionals, documents d'Ajut a la Presa de Decisions (DAPD), instruccions que formen part de protocols institucionals, trajectòries clíniques, rutes assistencials, instruccions i Circuit de diagnòstic ràpid (CDR)

Comentaris

- ✓ El percentatge de documents actualitzats baixa respecte dels anys anteriors sent del 68,83% (no es comptabilitzen com a actualitzats els que estan en tràmit de revisió). Aquest fet es deu a que els documents previstos per actualitzar per fi de vigència han augmentat un 164% respecte de l'any anterior (2023: 14; 2024: 37).
- ✓ El grup de documents amb mes baix percentatge d'actualitzacions és el de Protocols i el de Documents d'Ajuda a la Presa de Decisions (24/77_ 31,16%)

SEGUIMENT DE LES DADES I DOCUMENTS FINALITZATS

	2021			2022			2023			2024		
	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Previsió	Acabats	%	Previsió	Acabats	%
Avaluació compliment	11	10	90,91%	18	14	77,78%	18	18	100,00%	22	20	90,91%
Revisió Document	17	14	82,35%	18	9	50,00%	14	7	50,00%	37	13	35,14%
Nova Elaboració	5	3	60,00%	5	5	100,00%	4	2	50,00%	4	2	50,00%
Col·laboració en documents d'altres Direccions/Serveis	-	-	-	9	9	100,00%	1	1	100,00%	0	--	--
Total	33	27	81,82%	50	37	74,00%	37	28	75,68%	63	35	55,56%

Comentaris

- ✓ El càlcul dels documents finalitzats es fa en base al total de documents previstos per l'any.
- ✓ Dels 63 documents a treballar l'any 2024, se n'han finalitzat 35, un 55,56%. El percentatge d'acabats ha disminuït respecte de l'any anterior degut a l'increment de documents previstos pel 2024 (26 documents més que a 2023)
- ✓ Destaca l'augment de la revisió de documents respecte de les altres actuacions fetes.

RESULTAT AVALUACIONS DE COMPLIMENT DELS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS 2024

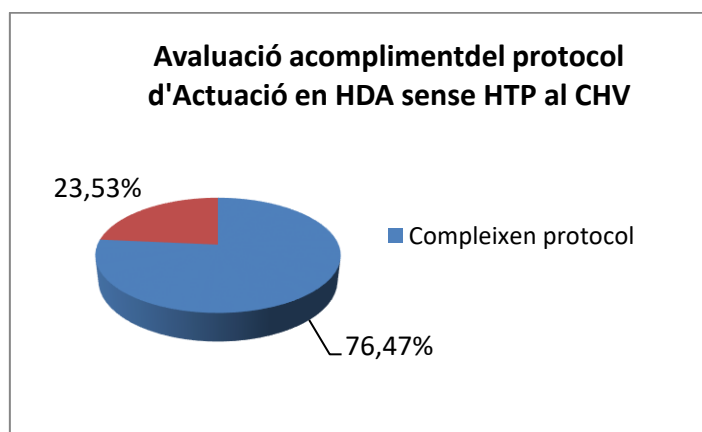
L'avaluació de l'acompliment d'un protocol o procediment es realitza de dues maneres diferents:

1. Fent una revisió d'HC seleccionades segons els criteris que marca el protocol, després de 2 anys de la seva implantació o en els períodes que hi vinguin marcats.
2. Es fa seguiment de les dades automatitzades des de diferents grups de Qualitat, que ja serveixen com avaluació.

Aquest any s'han avaluat els següents protocols i procediments amb revisió d'HC (l'informe complet es pot consultar en xarxa):

ACTUACIÓ EN L'HEMORRÀGIA DIGESTIVA ALTA ASSOCIADA A HTP

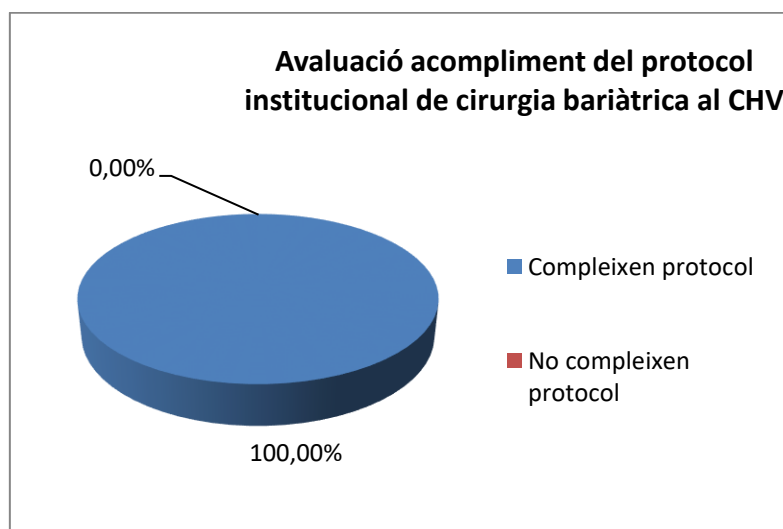
El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:



Comentaris

- ✓ S'ha fet una selecció de pacients de l'any 2023 amb diagnòstic a l'alta d'hemorràgia digestiva per hipertensió portal.
- ✓ Es compleix el protocol en un 76,47%.
- ✓ Es presenta informe de resultats a Comitè Permanent Assistencial (CPA) i s'aprova en data 04/09/2024 i fent-ne difusió a la Intranet

CIRURGIA BARIÀTRICA I METABÒLICA

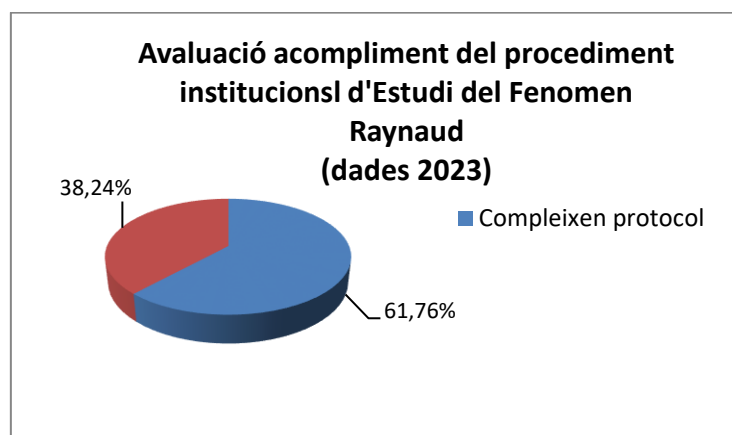


Comentaris

- ✓ S'avalua amb dades d'altres de pacients de l'any anterior al no disposar d'un nombre significatiu de pacients, s'ha tret llistat dels anys 2022 i 2023.
- ✓ S'ha complert el seguiment del protocol en tots els pacients sotmesos a cirurgia bariàtrica (100%)
- ✓ Es presenta l'informe de resultats al Comitè Permanent Assistencial i s'aprova en data 04/09/2024 i fent-ne difusió a la Intranet

ESTUDI DEL FENOMEN RAYNAUD

El resultat de l'avaluació de compliment és el següent:



Comentaris

- ✓ L'avaluació s'ha fet amb una selecció de pacients hospitalitzats al CHV de l'any 2023, que a la història clínica consta que tenen diagnòstic de Sd. de Raynaud, però n'hi ha molt pocs que hagin ingressat per aquesta patologia. És un diagnòstic que els acompanya en els antecedents patològics i això fa que no hagin estat mai derivades ni a Reumatologia ni a MI per ser estudiades. La revisió dels criteris de selecció d'HC es planteja com a proposta de millora.
- ✓ Es compleix el protocol en un 61,76 %.
- ✓ Es presenta informe de resultats a Comitè Permanent Assistencial (CPA) i s'aprova en data 01/10/2024 i fent-ne difusió a la Intranet

ESTÀNDARDS D'ACREDITACIÓ DE CENTRES D'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Per tal de donar resposta a l'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya dels pacients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, es fa una mitjana entre tots els protocols avaluats l'any en curs i tots els que se'n fa seguiment des de diferents grups de Qualitat en la periodicitat establerta.

Exigència essencials: obj $\geq$ 75% cadascun

CRITERI	ESTÀNDARD	Enunciat	Descripció	Observacions / Mètode obtenció
CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT HOSPITALITZACIÓ	9c-01-03-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics, en funció de la prioritització establerta per cada organització.	Es dona rellevància al pla d'alta, per als clients que se'n disposi, etc. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos. Es mesura el grau de compliment dels protocols.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura: • Dades ACR • Tment.del Dolor • Identificació inequívoca de pacients • Nota d'èxitus • Prevenció de caigudes • Ús segur medicaments • Contencions • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols

Resultats 9c-01-03-17-E				
Any	2021	2022	2023	2024
Mitjana global	98,38%	99,29%	96,41%	97,56%

CRITERI 9 - RESULTATS CLAU ÀMBIT QUIRÚRGIC	9c-01-04-17-E	Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment. L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies. Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.	Dades al Dossier anual de Resultats de Qualitat Es mesura:	* Profilaxi antibiòtica en cirurgia programada • I tots els protocols avaluats aquest any que constin amb la paraula clau PATOLOGIA a la base de dades de protocols i àmbit quirúrgic
---	---------------	--	---	---

Resultats 9c-01-04-17-E				
Any	2021	2022	2023	2024
Mitjana global	72,58%	73,80%	85,32%	85,15%

ALTRES INDICADORS QUE S'AVALUEN RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Indicador	2021	2022	2023	2024		
	%	%	%	n	%	
Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i les obligacions en matèria d'informació i documentació clínica Protocols actualitzats que contenen apartat informació a donar al client. ⁽¹⁾ (% Sobre total de documents actualitzats)	66,67%	72,34%	72,55%	28/35	80%	⁽²⁾ Inclou instruccions, procediments, protocols i CDR (Circuits Diagnòstic Ràpid)
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)	30,65%	42,86%	45%	34/37	91,89%	⁽³⁾ Inclou instruccions, procediments, protocols i CDR (Circuits Diagnòstic Ràpid)
Documents actualitzats relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties (% Sobre total de documents relacionats amb la Prevenció i Propagació de malalties)	90,47%	89,66%	83,33%	26/34	76,47%	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)	70%	72,73%	81,82%	8/12	66,67%	Inclou tot tipus de documents assistencials que fan referència al diagnòstic i tractament de neoplàsies (Vegeu detall apartat Tumors)

(1) En tres casos no procedeix. Protocols de neteja i controls ambientals.

(2) A partir de 2024, s'exclouen els Documents d'Ajud a la Presa de Decisions (DAPD), Trajectòries clíniques i Rutes assistencials i els que no segueixen la metodologia de Qualitat.

(3) A partir de 2024, s'exclouen DAPD, Trajectòries clíniques i Rutes assistencials i els que no segueixen la metodologia de Qualitat.

Comentaris

- ✓ A partir de 2024, s'exclouen del recompte els Documents d'Ajut a la Presa de Decisions (DAPD), Trajectòries clíniques i Rutes assistencials i tots els documents en els que no s'ha seguit la metodologia de Qualitat en la seva elaboració. A mida que es van revisant amb la participació de Qualitat i SP, es va afegint l'apartat
- ✓ El càlcul de l'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'informació a donar al client/familiar, té un compliment del 80%.
- ✓ L'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients té un compliment del 83,78%.
- ✓ El percentatge de protocols actualitzats de neoplàsies ha estat d'un 66,67%. Dels 4 que no estan actualitzats, 3 estan en tràmit de revisió.

[👉 Tornar a l'índex](#)

PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT (PIPS)

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 i del planeta atenent al concepte de salut planetària que fa referència a criteris de sostenibilitat

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 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, seguint els indicadors proposats pel Departament de Salut i que s'inclouen a l'acreditació.
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. 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 els grup de la xarxa Catalana d'Hospitals Promotors de la Salut (HPH), on hi ha designat un professional del CHV com a representant a cada un dels grups:
 - ✓ Salut dels professionals.
 - ✓ Comunicació en l'entorn de la salut
 - ✓ Implementació dels estàndard de Promoció de la Salut
 - ✓ Promoció dels "Entorns saludables i sostenibles en l'àmbit de la salut"
- 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. Projecte Fes-ho bé!
- Participació a la "Taula de Salut" en l'elaboració de la diagnosi des de les vessants salut i socials de la ciutat de Vic.
- L'elaboració de propostes estacionals dirigides a la ciutadania, vinculades a la prevenció i promoció de la salut per les pantalles dels espais comuns.
- Organització de sortides en format matinals dirigides a professionals, familiars i entorn del CHV, per promoure activitats saludables i el contacte amb la natura.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT (PIPS) AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Prevenció i Promoció de la Salut (versió 04) ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions del grup: 27.02.2024, 21.05.2024, 01.10.2024 i 26.11.2024. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Reunions entre la Cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup per seguiment de temes: 06.02.2024 i 05.09.2024 ☐ Presentació de resultats en la Comissió de Qualitat i SP amb la Direcció, tal com consta a l'acta del 13.11.2024. Es van recollir les actuacions i prestacions per a fomentar la salut dels pacients, treballadors i comunitat, recollides pel grup PiPS i amb propostes de millora. ☐ Publicació de resultats del grup al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament del grup de Prevenció i Promoció de la Salut (versió 04).

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	7	87,5%
	Pacients/Comunitat	10	10	100,0%
	Total Promoció	18	17	94,44%
PREVENCIÓ PRIMÀRIA	Treballadors	8	8	100%
	Pacients/Comunitat	9	8	88,88%
	Total P. Primària	17	16	94,11%
PREVENCIÓ SECUNDÀRIA	Treballadors	3	2	66,66%
	Pacients/Comunitat	4	4	100%
	Total P. Secundària	7	6	85,71%
PREVENCIÓ TERCIÀRIA	Treballadors	4	4	100%
	Pacients/Comunitat	7	7	100%
	Total P. Terciària	11	11	100%
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA	Pacients Afecta a AP i AE	7	7	100%
TOTAL		60	57	95%

Comentaris

- ✓ Es compleixen un 95% de les activitats previstes.
- ✓ Les activitats amb un baix compliment són:
 - Activació banner a Intranet de PiPS/Actius en salut.
 - Participació si s'escau en l'elaboració d'articles relacionats amb la prevenció i promoció de la salut en medis locals
 - Realització d'activitats de suport per fomentar el benestar emocional en grups de treballadors detectats en les revisions de salut

Durant l'any 2024 s'han fet 104 sessions formatives per a pacients i familiars dels pacients relacionades amb la seguretat dels pacients: prevenció de caigudes, higiene de mans, medicació, etc... (indicador SP 16.1P)

(👉 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 de l'entitat...)

METODOLOGIA

Es revisa un 1% de l'activitat d'aguts 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.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE DOCUMENTACIÓ AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció PSup 1.2 - Funcionament del grup de Documentació, revisió octubre del 2023 (versió 03). ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions amb la Cap de Qualitat i SP i el tècnic de Documentació per seguiment de temes: 09.02.2024, 23.08.2024 i 13.11.2024. ☐ Reunions dels components del grup: 18.06.2024 i 03.12.2024. Contingut de cada acta: • Revisió d'activitat realitzada en diferents dates • Repartiment de l'activitat • Comentari dels resultats parcials de la revisió • Informació respecte la publicació de resultats a la intranet del CHV • Fitxa d'indicadors de Documentació • Proposta d'actualització de la Instrucció del funcionament del grup de Documentació. ☐ Reunions de seguiment: • 12.06.2024: reunió amb la cap del servei d'Urgències, Dra. Roca, per tractar sobre el contingut d'informe d'alta. • 14.06.2024: reunió amb la cap de Cirurgia, Dra. Vallverdú, per informe d'alta d'hospitalització. Informació qualitativa i quantitativa. • 17.07.2024: contacte amb Servei de Prevenció per fer formació de consentiment informat a la incorporació dels professionals facultatius al CHV. • 02/08/2024: reunió amb la coordinadora de CSMIJ. OSM, Dra. Izquierdo, per tractar sobre els informes clínics del Servei. ☐ Coordinador d'OSM hospitalització de la revisió dels apartats dels informes d'OSM adults en data: 21.02.2024. ☐ Activitats formatives: • 19.06.2024: formació a professionals de Psiquiatria sobre informe d'alta d'urgències. • 18.10.2024: formació a residents amb 18 assistents • Formació sobre CI a facultatius pendents de 2023 programat a primer trimestre de 2025. ☐ Publicació, de la part de Documentació, al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024 i penjat en xarxa.

	☐ Incorporació a les DPO dels professionals, objectius de Documentació: els tenen els facultatius dels serveis de Geriatria HSJM, HUSC i UGA, i d'Hospitalització Domiciliària (consentiment informat, informe d'alta...) Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Des de Qualitat i SP, s'envia correu als comandaments amb dades de Documentació: 03/06/2024 (1r trimestre), 11/08/2024 (1r semestre) i 12/12/2024 (dades anuals). ☐ La cap de Qualitat i SP, presenta resultats qualitatius a Comitè de Direcció: 09/05/2024 (1r trimestre), 30/07/2024 (1r semestre) i 26/11/2024. ☐ Presentació de resultats en la reunió de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024.
Revisió	☐ Instrucció PSup 1.2 - Funcionament del grup de Documentació. Versió 03.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES

URGÈNCIES

INFORME D'ALTA	2020	2021	2022	2023	2024	Dif. 23-24
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	51	48	50	49	51	
Constància d'al·lèrgies	88,2	81,3	78,0	77,6	72,5	-6,4%
Constància del motiu de consulta / malaltia actual	100,0	100,0	100,0	100,0	96,1	-3,9%
Constància antecedents patològics	88,2	81,3	70,0	87,8	86,3	-1,7%
Constància d'exploració física	98,0	97,9	94,0	98,0	78,4	-19,9%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	98,0	93,8	94,0	83,7	72,5	-13,3%
Constància d'orientació diagnòstica i pla	100,0	89,6	90,0	100,0	92,2	-7,8%
Prescripció farmacològica correcta	81,6	39,6	50,0	93,9	76,5	-18,5%
Constància de seguiment posterior o destí	94,1	95,8	98,0	95,9	94,1	-1,9%
Constància del nom del personal mèdic	100,0	100,0	98,0	100,0	100,0	0,0%
Constància del nom del personal d'infermeria	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	-

Comentaris

- ✓ En l'anàlisi de l'informe d'alta d'urgències cal destacar l'assoliment del 100% en la constància del nom del personal mèdic.
- ✓ En la majoria dels altres ítems s'observa, en general, una reducció del seu compliment en comparativa amb l'any anterior: la més significativa és en la constància d'exploració física amb una reducció del -19,9%, seguit de la prescripció farmacològica amb un -18,5% i en aquesta la prescripció correcta de tots els ítems es redueix en un -13,9%. Altres apartats com la constància del diagnòstic i pla es redueix en un -7,8% i la d'al·lèrgies en un -6,4%
- ✓ L'ítem que es compleix en un percentatge molt baix és la constància del nom de la infermera en l'informe d'alta (3.9%), tot i ser un criteri indicat en l'Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya : 5d-02-D-02-E, la qual cosa condiciona el compliment global (tots els ítems correctes) de l'informe.

HOSPITALITZACIÓ

INFORME D'ALTA	2019	2021	2022	2023	2024	Dif. 23-24
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	60	120	58	296	182	
Existència d'informe	100,0	100,0	100,0	100,0	98,9	-1,1%
Constància d'al·lèrgies	75,0	82,5	84,5	87,8	80,0	-8,9%
Constància del motiu d'ingrés / malaltia actual	100,0	99,2	98,3	99,7	99,4	-0,2%
Constància d'antecedents patològics	93,3	99,2	100,0	98,3	99,4	1,2%
Constància d'exploració física	48,3	92,5	86,2	90,5	95,0	4,9%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	75,0	85,8	89,7	87,8	97,2	10,7%
Constància de valoració / comentaris	98,3	95,0	96,6	94,6	99,4	5,1%
Constància de procediments	50,0	63,3	89,7	84,8	89,4	5,5%
Constància de diagnòstics principals	98,3	91,7	100,0	92,9	98,9	6,4%
Constància de diagnòstics secundaris	31,7	85,0	60,3	57,8	66,1	14,4%
Constància de prescripció farmacològica	89,8	90,8	89,7	91,4	97,7	6,9%
Prescripció farmacològica correcta	96,2	100,0	96,2	96,2	94,1	-2,2%
Estat en el moment de l'alta	100,0	93,3	98,3	97,6	98,3	0,7%
Destí a l'alta	61,7	84,2	93,1	70,6	71,1	0,7%
Compliment global (tots els ítems correctes)	23,3	65,0	77,6	55,4	64,8	17,0%

Comentaris

- ✓ Hi ha informe en el 98,9% de les històries revisades amb compliments que van del 66,1% en la constància de diagnòstics secundaris al 99,4% en la constància del motiu d'ingrés o malaltia actual i la constància d'antecedents patològics
- ✓ En general, en comparativa amb l'any anterior, el compliment dels ítems s'ha incrementat (14,4% la constància de diagnòstics secundaris, 10,7% la de resultats, tècniques i exploracions complementaris, com principals). També s'ha reduït un 8,9% la constància d'al·lèrgies.
- ✓ El compliment global (correcte emplenament de tots els ítems) és del 64,8% de les HC, que s'ha incrementat en un 17% respecte l'any anterior.

INFORME D'ALTA GERIATRIA (UGA)

	2023	2024	Dif. 23-24
	%	%	%
Total històries revisades (n)	56	102	
Estat basal a l'informe d'alta			
Consta l'estat basal	69,6	72,5	4,2%
Estat basal correctament omplert	0,0	61,8	-
Pla d'intervenció individualitzat			
Consta la identificació suggerida	80,4	97,1	20,8%
Consten objectius de salut del pacient	76,8	97,1	26,4%
Consta Nivell d'intervenció assistencial	80,4	97,1	20,8%
Consten Recursos-seguiment	82,1	97,1	18,2%
Tots els ítems correctes (PII)	76,8	97,1	26,4%
Adequació de la prescripció	85,7	97,1	13,2%

Comentaris

- ✓ L'any 2024 es van revisar 102 informes d'alta de UGA de pacients que anaven a domicili i que havien estat ingressats més de 48h.
- ✓ S'observa que el 97,1% tenien pla d'intervenció individualitzat correctament emplenat.
- ✓ Es compleix en un 61,8 el correcte emplenament de l'estat basal.

ÀREA QUIRÚRGICA

TRAÇABILITAT DELS IMPLANTS

	2023		2024	
	n	%	n	%
Total històries revisades (n)	119		42	
Hi ha el full d'implants escanejat a l'HC	116	97,5	42	100,0
Emplenat correctament (tots els ítems correctes)	115	96,6	42	100,0
- Identificació pacient (Nom i cognom)	116	100,0	42	100,0
- Consta N. Assistència	116	100,0	42	100,0
- Consta data de la IQ	115	99,1	42	100,0
- Consten etiquetes del que s'ha implantat	116	100,0	42	100,0

Comentaris

- ✓ S'ha revisat el full d'implant amb les etiquetes corresponents de les pròtesis de Cardiologia, Cirurgia Vascular, COT, Oftalmologia i UPA Mama i en tots els casos hi ha full d'implant.
- ✓ Sobre les 42HC, en el 100% estan emplenats correctament (identificació del pacient, N. Assistència, data IQ, etiquetes del que s'ha implantat).

CONSULTA EXTERNA

DOCUMENTACIÓ PRIMERES VISITES	2019	2022	2023	2024	Dif. 23-24
	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	90	49	120	90	
Constància d'al·lèrgies	45,6	46,9	43,3	31,1	-28,2%
Constància d'antecedents de transfusió	0,0	28,6	31,7	26,7	-15,8%
Constància antecedents familiars	0,0	6,1	8,3	11,1	33,3%
Constància antecedents personals	0,0	49,0	34,2	24,4	-28,5%
Constància de malaltia actual	97,8	93,9	98,3	95,6	-2,8%
Constància d'exploració física de l'especialitat	88,9	87,8	96,7	95,6	-1,1%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	91,1	75,5	79,2	57,8	-27,0%
Constància de valoració/orientació diagnòstica	88,9	89,8	99,2	100,0	0,8%
Constància de prescripció mèdica	97,8	91,8	96,7	95,6	-1,1%
A l'alta indicació d'on es deriva –si procedeix	34,0	66,7	93,3	91,7	-1,8%
Informe d'alta –si procedeix	30,0	0,0	66,7	88,9	33,3%

Comentaris

- ✓ Respecte l'any 2023 en la documentació de consultes externes, s'incrementa en un 33,3% la constància dels antecedents familiars i l'existència de l'informe d'alta.
- ✓ Es redueix el compliment de la constància d'al·lèrgies en un 28,2%, la d'antecedents personals en un 28,5%, la de resultats i tècniques complementàries en un 27% i, en menor mesura, la d'antecedents de transfusió en un 15,8%, en relació a l'any anterior.

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.

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/ total CI valorats		Correcte/ HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Global 2024	1111	1087	97,8	1081	99,4	983	90,9	983	88,5
Global 2023	905	849	93,8	848	99,9	696	82,1	696	76,9
Global 2022	3912	3702	94,6	3630	98,1	3496	96,3	3496	89,4
Global 2021	481	438	91,1	430	98,2	365	84,9	365	75,9

Comentaris

- ✓ Aquest any s'han revisat un total de 1111 HC d'atenció aguda, trobant-se CI en el 97,8% i sent normalitzat (de centres sanitaris no de col·legis professionals) en un 99,4% dels casos. De les HC revisades, el 88,5% tenen CI correctament emplenat.

ANÀLISI DE LA DISPONIBILITAT D'HISTÒRIES CLÍNIQUES

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 CLÍNIQUES (ATENCIÓ AGUDA + ATENCIÓ INTERMÈDIA)

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:

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL segons activitat	2.211 (2,2%)	1.432 (1,3%)	2.056 (1,9%)	6.401 (6,1%)	3.114 (2,9%)	3.372 (3,0%)

Comentaris

- ✓ La revisió d'històries clíniques l'any 2024 suposa un 3,0% de tota l'activitat realitzada al CHV acomplint l'objectiu de >1% de l'acreditació docent.

[👉 Tornar a l'índex](#)

TERAPÈUTICA

OBJECTIUS

- Optimitzar les intervencions terapèutiques realitzades als pacients.
 - Promoure una "indicació terapèutica de qualitat".
 - Realitzar una correcta prescripció.
 - Estudiar i resoldre problemes relacionats amb la dispensació i administració de medicaments.
- Fer una vigilància activa de les reaccions adverses i els errors de medicació. Comunicar-les al sistema de Farmacovigilància intern i extern i realitzar accions de millora.
- Assegurar la comprensió del tractament per part del pacient i la seva continuïtat fora del centre (coordinació amb diferents nivells assistencials).

METODOLOGIA

El grup de terapèutica està format pels següents grups de treball:

- Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT). De la CFiT en deriva una subcomissió:
 - Subcomissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics.
- Comitè Hospitalari de Transfusions
- Grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM)

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.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TERAPÈUTICA AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 (versió 03). ☐ Document integrat en xarxa accessible per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Depenen del grup de terapèutica els següents grups de treball: ✓ Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT). ✓ Comitè Hospitalari de Transfusions (CHT). ✓ Grup de Prevenció d'errors de medicació (GPEM). Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Actes de les 3 reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup de Terapèutica (23.01.2024, 19.09.2024 i 13.11.2024). ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ☐ Publicació de resultats de Terapèutica al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 08.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web ☐ Lliurament a Qualitat d'indicadors de Seguretat de Pacients del Departament de Salut del 2024 (anual i bianual).
Revisió	☐ Instrucció PSup 1.2 – Funcionament de grup de Terapèutica (versió 03).

COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFiT)

La CFiT és un grup multidisciplinar que vetlla per garantir l'ús racional dels medicaments al CHV, FHSC i Hospital de Campdevànol. La seva funció és avaluar i seleccionar els medicaments d'ús a l'hospital amb criteris d'eficàcia, seguretat i eficiència i revisar i aprovar els protocols amb contingut terapèutic. Realitza reunions periòdiques de caràcter trimestral amb la possibilitat de convocar reunions extraordinàries.

Durant el 2024, la CFiT ha realitzat 7 reunions on ha avaluat 20 fàrmacs nous i 8 protocols (per més detall consultar l'Annex 5).

A més de la CFiT, en deriva una subcomissió, la qual desenvolupa activitats vinculades amb aquesta comissió. La Subcomissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics vetlla per l'ús racional dels medicaments onco-hematològics dins de la Unitat d'Onco-Hematologia de l'Hospital Universitari de Vic, avaluant l'ús clínic d'aquests medicaments en quan a eficàcia, eficiència, efectivitat i seguretat.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFiT) AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica CHV i FHC, aprovada per la CFiT el 21.09.2023-versió 06. ☐ Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació de medicaments onco-hematològics, aprovada per la CFiT el 16.11.2023--versió 02. ☐ Instrucció: Guia Farmacoterapèutica del CHV, aprovada en la CFiT del 21.09.2023-versió 03. ☐ Guia farmacoterapèutica i d'intercanvi terapèutic al CHV, aprovada per la CFiT del 20.11.2024-versió gener 2025. ☐ Documents integrats en xarxa accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Actes de les 7 reunions de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT) per seguiment de temes: 24.01.2024 (extraordinària), 21.02.2024, 16.05.2024, 19.06.2024 (extraordinària), 19.09.2024, 23.10.2024 (extraordinària) i 20.11.2024. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.

Avaluació	☐ Publicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 dels acords que ha pres la CFiT durant l'any en data 13.07.2023, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Es fa difusió de les actuacions i els acords als metges prescriptors.
Revisió	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica CHV i FHC, aprovada per la CFiT el 21.09.2023-versió 06. ☐ Instrucció: Funcionament de la Comissió d'avaluació de medicaments onco-hematològics, aprovada per la CFiT el 16.11.2023--versió 02. ☐ Instrucció: Guia Farmacoterapèutica del CHV, aprovada en la CFiT del 21.09.2023-versió 03. ☐ Guia farmacoterapèutica i d'intercanvi terapèutic al CHV, aprovada per la CFiT del 20.11.2024-versió gener 2025.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL COMITÈ HOSPITALARI DE TRANSFUSIONS (CHT) AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció PSup 1.2 – Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 (versió 03). ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Actes de la reunió del Comitè Hospitalari de Transfusions (CHT) (disponible a Qualitat) per seguiment de temes (06.03.2024 (Extraordinària); 19.06.2024 i 20.11.2024) Contingut de cada acta: • Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. • Revisió de les indicacions de transfusió de plaquetes • Programa Gricode • Aprovació de documents, si s'escau. ☐ Seguiment dels indicadors de transfusió segons el Manual d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya del 2023 Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Publicació de resultats de Terapèutica al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 08.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ Instrucció PSup 1.2 – Funcionament de grup de Terapèutica (versió 03).

INDICADORS QUALITATIUS DE TRANSFUSIONS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

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		2020	2021	2022	2023	2024
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.	SI	SI	SI	SI	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)	3248	3478	3347	3160	3199
9c-02-02-02-E	Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades / descartades i els motius (inclou caducitats) (Casos detectats).	54	37	37	56	49
9c-02-02-04-E	Es mesura la demanda adequada de sang en reserva per a cirurgia electiva.	SI	SI	SI	SI	SI
9c-02-02-05-E	Es mesuren les reaccions transfusionals (Casos detectats).	0	0	2	2	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	1	0	0	0
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

Comentaris

✓ No hi ha hagut cap error en les transfusions durant el 2024.

GRUP DE PREVENCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ (GPEM)

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar que totes les intervencions terapèutiques siguin en tot moment les més adequades pel pacient 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 l'entitat 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.

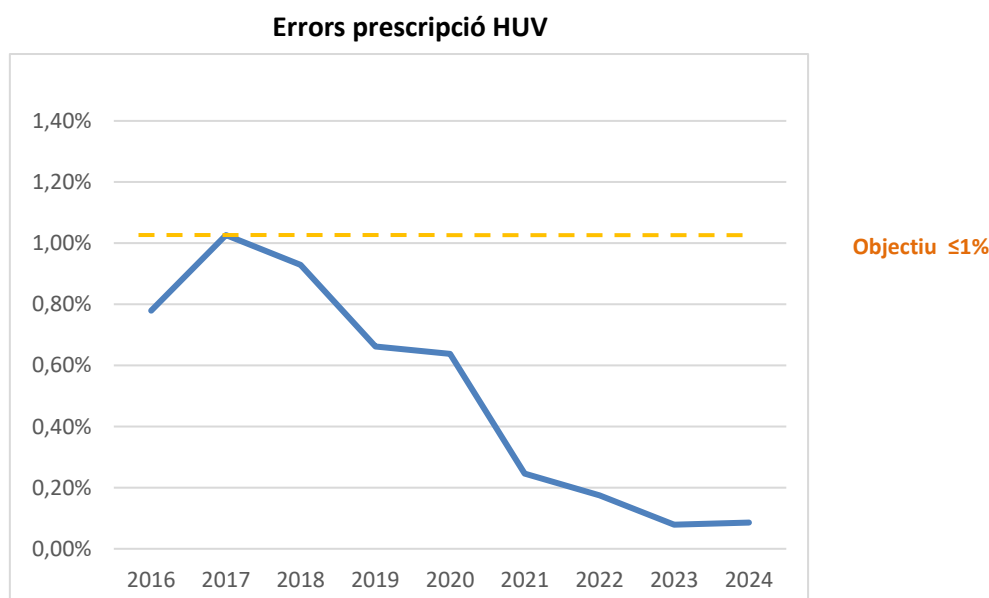
NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE PREVENCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ (GPEM) AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció PSup 1.2 – Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 (versió 03). ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Actes de les reunions mensuals del grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM) per seguiment de temes: 01.02.2024, 07.03.2024, 04.04.2024, 02.05.2024, 06.06.2024, 11.07.2024, 26.09.2024 i 24.10.2024. Contingut de cada acta: • Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. • Discussió de la inclusió de nous medicaments. • Aprovació de documents, si s'escau Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Publicació de dades d'errors de medicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 08.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Presentació de resultats en Comitè de Direcció. ☐ Presentació de resultats en Comitè de Seguretat de Pacients.
Revisió	☐ Instrucció PSup 1.2 – Funcionament de grup de Terapèutica (versió 03).

ERRORS DE MEDICACIÓ 2024 HUV

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 ha estat:

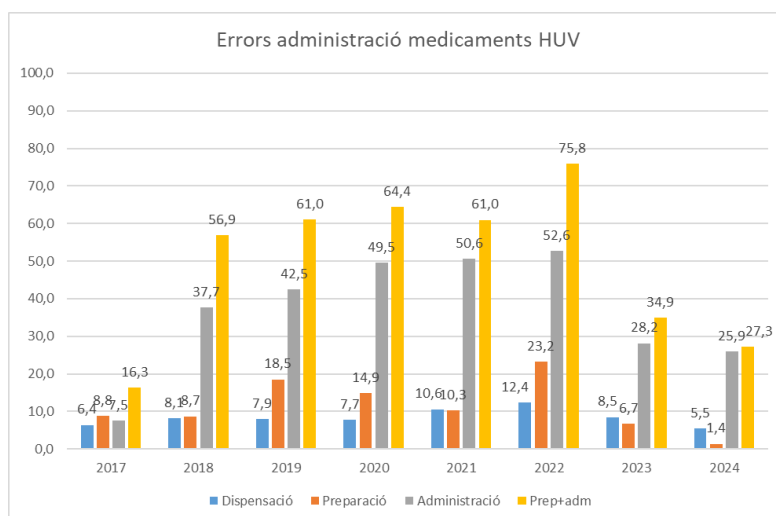


Comentaris

- ✓ El percentatge d'errors de prescripció a l'HUV estan per sota l'objectiu (1%)

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2024 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 176 pacients i 363 fàrmacs a l'Hospital Universitari de Vic.

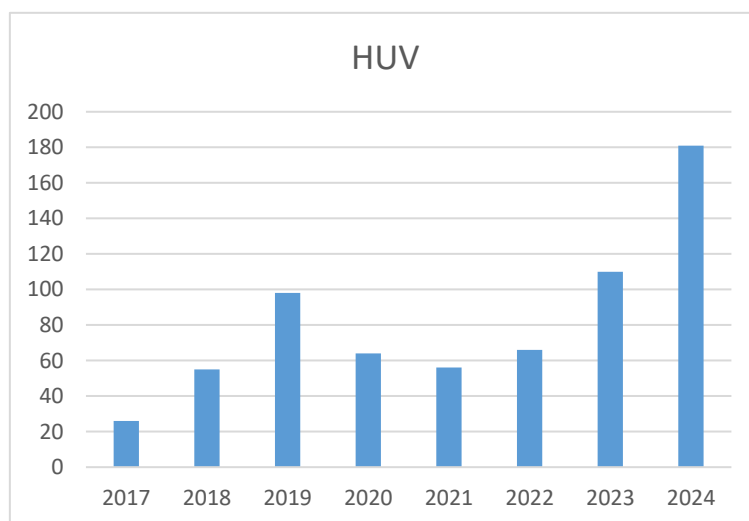


Comentaris

- ✓ Preparació del medicament; el 1.4% dels fàrmacs no s'han preparat correctament al no preparar-se prop del pacient.
- ✓ Administració del medicament ;
 - Medicació parenteral: administració errònia en un 9.9% perquè la medicació no s'ha administrat abans de 60'.
 - Medicació oral : administració errònia en un 40.1%, en deixar-se a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa.

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 i seguretat del pacient al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació intern.



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació han sofert un augment a l'HUV respecte l'any previ.

DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS

S'han detectat 3 casos d'èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) relacionats amb la tècnica diagnòstico-terapèutica a l'HUV.

S'ha detectat 1 reclamació per errors de medicació a l'àrea ambulatoria del servei de COT.

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 2024.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

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

Aquest any trimestralment s'ha monitoritzat de manera sistemàtica l'indicador de reintervencions, i s'ha analitzat de manera individual cada una de les reintervencions de cada un dels Serveis durant tot l'any veure correlació entre el QlikSense i la realitat.

Trimestralment monitoren de manera sistemàtica els següents indicadors.

- % de reintervencions
- Incidències mostres anatomia patològica

Semestralment es monitoren de manera sistemàtica els següents indicadors:

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

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TEIXITS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ PSup 1.2. Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat dels pacients. Instrucció: Funcionament grup de Teixits, aprovada el 15.09.2023 (versió 02) ☐ Document integrat en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Incorporació a les DPO dels professionals d'infermeria (Urgències, consultes, àrea quirúrgica, Intervencionisme i Digestiu: "Mostres mal adequades del medi o bé error a la identificació".
Avaluació	☐ Reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes: 13.02.2024, 10.09.2024 i 13.11.2024. Contingut de cada acta: • Incidències de les mostres rebudes a Anatomia Patològica • Traumatismes obstètrics de 3r i 4t grau en parts vaginals instrumentats • Cesàries • Donació de teixit de placenta Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ☐ Publicació de resultats de Teixits al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Sessió del Dr. Badia el dia 11.10.2024, dirigida a camillers i auxiliars sobre la traçabilitat dels teixits quirúrgics i intervencionisme des de que la mostra surt de l'àrea quirúrgica i intervencionisme fins arribar a Anatomia Patològica. ☐ Sessió general del Servei d'Anatomia Patològica el 21.11.2024, a càrrec del tècnic Sr. Abraham Jiménez i de la cap de Servei Dra. Alejo, atès la persistència del % elevat en d'incidències de les mostres rebudes en aquest servei sobretot en el moment d'identificació de la mostra. ☐ Informes trimestrals a cada cap de Servei on el resultat de les seves reintervencions es troba per sobre del que marca CatSalut < 1.6%: COT, Cirurgia general, Cirurgia vascular, Urologia, Ginecologia-Obstetrícia, ORL i UPA mama. Des del Servei de Cirurgia General s'han realitzat sessions de servei 08.04.2024 valorant cada una d'elles. Des d'aquest any s'identifiquen aquelles reintervencions que han estat justificades per patologia que presenta el pacient.
Revisió	☐ PSup 1.2. Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat dels pacients. Instrucció: Funcionament grup de Teixits (versió 02). ☐ Identificació d'aquelles reintervencions que han estat justificades per la patologia del pacient.

AVALUACIÓ DE LES REINTERVENCIONS

	2019	2020	2021	2022	2023	Any 2024	
	%	%	%	%	%	Reintervencions	%
TOTAL HUV	1.82	1.81	1.75	1.26	1.63	170	1.85

Objectiu ≤ 1,6%

Comentaris

- ✓ El percentatge de reintervencions, extret del QlikSense, ha augmentat fins a un 1.85% en relació a l'any passat.
- ✓ Com cada any la tècnica de Teixits, analitza les reintervencions dels Serveis que superen l'objectiu sol·licitant propostes de millora al comandament, si s'escau.

AVALUACIÓ DE L'ÍNDEX DE CESÀRIES

	2019	2020	2021	2022	2023	Any 2024		
						Cesàries	Parts	%
Taxa de cesàries	24.4	20.9	20.9	23.7	22.4	215	1040	20.7
Taxa de cesàries ajustada	14.1	11.0	11.5	12.6	19.6			18.0

Objectiu $\leq 19\%$

Comentaris

- ✓ Es calcula la taxa de cesàries ajustada, segons paràmetres d'exclusió del CatSalut. Aquest any la taxa de cesàries ha estat del 18.0%, assolint l'objectiu de $\leq 19\%$.

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: 16.850 mostres de procedència interna i 11.906 externa.

Incidències internes	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Incidències sobre activitat	82 (0.87%)	103 (1.31%)	134 (1.47%)	257 (2.64%)	143 (1.24%)	198 (1.66%)

Incidències externes	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Incidències sobre activitat	35 (0.24%)	24 (0.25%)	47 (0.36%)	52 (0.39%)	61 (0.51%)	143 (0.85%)

Comentaris

- ✓ Les incidències internes disminueixen en relació a l'any anterior i augmenten les externes. Totes es resolen al moment i bàsicament són per recepció inadequada de la mostra, identificació incorrecta i per discordança d'informació clínica. Des de 2024 s'incorpora aquest ítem com a DPO dels professionals.

DONACIÓ DE TEIXITS EN DONANT VIU

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

	2020	2021	2022	2023	2024	Dif. 23-24
Nombre de donacions de cordó umbilical	33	140	130	77	55	-28.6
Percentatge de mostres acceptades	30.3	97.9	98.5	100.0	100.0	0.0

Comentaris

- ✓ Les donacions de cordó umbilical han disminuït però el percentatge de mostres acceptades en continua sent del 100%. No es compleix l'objectiu de ≥ 60 mostres enviades.
- ✓ De totes les unitats rebudes, 1 s'ha criopreservat per a transplantament, 16 s'han destinat als seus hemocomponents i la resta d'unitats s'han disposat al biobanc per a centres que estan fent recerca amb la sang de cordó. No s'ha presentat cap mostra contaminada i s'ha pogut realitzar 1 trasplantament d'una mostra obtinguda al CHV.

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

	2020	2021	2022	2023	2024
Núm. transplantaments de ronyó de viu	1	1	3	3	2

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 2 casos de donació de ronyó en viu durant l'any 2024, disminuint respecte a l'any anterior.

(👉 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.

METODOLOGIA

Anualment s'analitzen les dades de la memòria del registre hospitalari de tumors, s'activen les revisions o avaluacions de protocols de neoplàsies que toca i se n'elaboren de nous si es creu necessari. L'any 2024, dels 12 protocols de neoplàsies, n'hi havia 8 d'actualitzats.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TUMORS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament grup de Tumors, aprovada 11.05.2023-versió 02. ☐ Document integrat en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes: 08.02.2024, 22.08.2024 i 13.11.2024. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ No s'ha rebut el Registre Hospitalari de Tumors del 2023 per revisió. ☐ Actualitzacions de protocols de neoplàsies: 8/12 (66,67%) ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 amb la Direcció. ☐ Publicació de resultats de Tumors al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2 Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat del pacient. Instrucció: Funcionament grup de Tumors-versió 02.

AVALUACIÓ DEL REGISTRE HOSPITALARI DE TUMORS

No es disposa de dades del RHT de l'any 2024 en data 28/07/2025

PROTOCOLS ACTUALITZATS DE NEOPLÀSIES

Indicador:

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

Nom situació

ACTIU 2024

Nom	Actualitzat		No actualitzat		Total n
	n	%	n	%	n
ACTUACIÓ EN EL CÀNCER D'ENDOMETRI	1	100,00%			1
CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER	1	100,00%			1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT DE MASSA OVÀRICA SOSPITOSA DE MALIGNITAT	1	100,00%			1
CIRCUIT RÀPID D'ACTUACIÓ DAVANT D'UN GANGLI PERIFÈRIC PATOLÒGIC	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TERAPÈUTICA DE CÀNCERS DE CAP I COLL			1	100,00%	
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE BUFETA URINÀRIA			1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE CÒLON I RECTE			1	100,00%	1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE MAMA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE PRÒSTATA	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER GÀSTRIC	1	100,00%			1
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL MELANOMA CUTANI	1	100,00%			1
NEOPLÀSIA DE PULMÓ NO CÈL·LULA PETITA			1	100,00%	1
Total general	8	66,67%	4	33,33%	12

	Actualitzat 2020	Actualitzat 2021	Actualitzat 2022	Actualitzat 2023	Actualitzat 2024	
PROTOCOLS NEOPLÀSIA	89%	70%	73%	81,82%	66,67%	

Comentaris

✓ Es disposa d'un 66,67% actualitzats els 4 protocols pendents estan en fase final de revisió.

(👉 Tornar a l'índex)

RISCOS

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE RISCOS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció funcionament Grup Riscos _PROSUP001_003 v.2, aprovat el 17.08.2021. ☐ Instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient, aprovat el 03.12.2020. ☐ Procediment Prevenció de caigudes en l'àmbit hospitalari, aprovat el 25.11.2021. ☐ Procediment Us segur del medicament, aprovat el 02.12.2019. ☐ Protocol de Nutrició oral i artificial al CHV, aprovat el 27.11.2018. ☐ Protocol Institucional de la Pneumònia Intrahospitalaria, aprovat el 26.06.2018 ☐ Protocol Institucional de ferides: Etiologia i abordatge integral, aprovat el 03.12.2020.
Desplegament	☐ Reunions del Grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM): 01.02.2024, 07.03.2024, 04.04.2024, 02.05.2024, 06.06.2024, 11.07.2024, 26.09.2023 i 21.22.2024. ☐ Comitès d'Infermeria en els que s'han presentat resultats relacionats amb Riscos i planificat accions de millora: 06.06.2024 i 08.10.2024. ☐ Reunió realitzada el 22.05.2024, amb la Cap Unitat At. No Pública i Dona-Infant i la Coordinadora de llevadores per concretar aspectes de millora relacionats amb la correcta identificació inequívoca del nounat i revisar el protocol corresponent (A22f_ Identificació_ inequívoca). Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. ☐ Activació grup professionals sanitaris (infermeres i TCAIs) de suport en la realització de talls d'observació directa semestral. Incorporació i activació de TCAIs de HUSC. ☐ Dinamització, coordinació i seguiment de les activitats portades a terme pels col·laboradors del grup. ☐ Planificació dels talls d'observació directa per disposar de les dades de riscos i analitzar-ne els resultats. ☐ Seguiment d'esdeveniments adversos produïts en el decurs de l'estada hospitalària dels temes relacionats (caigudes amb conseqüència greu, pacients que han patit més de dues caigudes...) per tal de fer un anàlisi de la situació i planificar accions de millora. ☐ Participació de l'HUV al projecte INCAHES "Estudio nacional multicéntrico sobre frecuentación de caídas en Hospitales Españoles" del Consejo General de Enfermería.
Avaluació	☐ Reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes: 08.02.2024, 01.08.2024, 21.08.2024 i 13.11.2024. ☐ Presentació dels informes de Riscos anual 2023, 1r trimestre 2024 i 1r semestre 2024 a la Direcció d'Infermeria: 06.06.2024 i 08.10.2024. ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ☐ Enviament d'informe a les caps d'unitat corresponents, de les dades referents a les DPO dels professionals d'infermeria relacionades amb la identificació inequívoca i identificació activa de pacients (12.12.2024).
Revisió	☐ Instrucció: A22f_ Identificació inequívoca del pacient (Versió 07). ☐ Procediment Prevenció de caigudes en l'àmbit hospitalari (Versió 02).

INCIDÈNCIA DE LES ÚLCERES PER PRESSIÓ (UPP) A HOSPITALITZACIÓ

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikSense que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de patir una UPP-IH dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala BRADEN, en pacients, amb ingrés igual o superior a 24h. Les gestants, puerperes i nens estan exclosos de la població de risc.

ÚLCERES PER PRESSIÓ INTRAHOSPITALÀRIES

HUV		
% de pacients amb escala de valoració del risc UPP	2023	2024
Altes estada >24h	8704	8593
Altes amb valoració Risc UPP	8343	8254
% Altes amb valoració Risc UPP	95.9%	96.1%

Objectiu SP >90% - CHV >95%

HUV		
Altes amb risc UPP	2023	2024
	%	%
	32.7%	31.9%

HUV		
Taxa UPP-Intrahospitalària	2023	2024
Altes estada > 2 dies	7154	7083
UPP-IH	117	121
% altes UPP-IH	1.64%	1.71%

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 2024 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

Son dades prevalença, valorant 178 pacients. S'avalua 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		2023	2024		
mesures prevenció aplicades		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	58.8%	1	20.0%	5
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	73%	15	93.8%	16

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc amb l'escala de Braden a l'HUV és del 96.1%, assolint l'objectiu de Seguretat de pacients i el del CHV. A l'HUV el 31.9% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH.
- ✓ La taxa d'UPP_IH té una incidència de l'1.71% a l'HUV, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients.
- ✓ Les mesures aplicades per disminuir el risc d'UPP en pacients amb risc alt, tenen marge de millora en totes les àrees.

INCIDÈNCIA DE CAIGUDES A HOSPITALITZACIÓ

L'exploració de dades es fa a través del programa QlikSense 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 i SP (unitats que no disposen del programa Gacela).

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Objectiu
Caigudes declarades	n	n	n	n	n	n	
Àmbit Aguts	89	73	102	85	104	101	
Àmbit Salut Mental	27	11	37	30	26	34	
% de caigudes a Aguts (x mil estades)	1.46	1.44	1.75	1.49	1.75	1.76	≤ 2 per mil
% de caigudes a Salut mental (x mil estades)	5.32	1.89	6.68	4.68	3.86	6.15	≤ 2 per mil

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Objectiu
Conseqüències	%	%	%	%	%	n %	
Sense conseqüències i lleus	99.1	96.4	98.5	98.2	100.0	135 100.0	>95%
Conseqüències importants	0.9	3.6	1.5	1.8	0.0	0 0.0	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell global del CHV (5 caigudes més respecte l'any 2023).
- ✓ La taxa de caigudes a l'àmbit d'Aguts assoleix l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP) mantenint-se per sota ≤2‰ . A l'àmbit de Salut Mental la taxa és del 6.15%, superant l'objectiu.
- ✓ El percentatge de caigudes a nivell de CHV sense conseqüències i/o lleus és del 100% assolint l'objectiu (SP>95%).

CAIGUDES REITERADES

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

ANY 2024

Àmbit	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥3 vegades
Aguts	1.08	1-4	1
S. Mental	1.65	1-3	4

Comentaris

- ✓ A Salut Mental hi ha hagut 4 pacients que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 12 caigudes, que representen el 35.29% de les caigudes que s'han produït a S.Mental.

VALORACIÓ DEL RISC DE CAIGUDES

S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de caiguda dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala CRICHTON, en pacients amb ingrés igual o superior a 24h. Les parteres i nadons estan exclosos de la població de risc. Són dades d'incidència.

Hospital Aguts	Percentatge pacients amb valoració risc caigudes(CRICHTON)			desv.
	2023	2024		
	%	mostra	%	
Global	95,37%	8895	96,22%	0,89%

Obj. SP Dep Salut $\geq 90\%$ / CHV $\geq 95\%$

Comentaris

- ✓ El nivell de compliment global de la valoració del risc de caigudes a Aguts es del 96,22%, superant els objectius establerts.

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 2024 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HUV, amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques. Són dades de prevalença, valorant 170 pacients.

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 2024

HUV	
Pacients estudiats	170
Nº pacients amb mesures aplicades	144
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	84.7%

Comentaris

- ✓ A l'HUV un 84.7% dels pacients tenen les mesures aplicades: les que tenen més oportunitats de millora són el calçat adequat 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. Son dades de prevalença, valorant 916 pacients.

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

- Hospitalització HUV (plantes d'internament): s'han observat 598 pacients
- Nounats: s'han observat 32 nadons.
- Unitat d'observació: s'han observat 20 pacients.
- Àrea d'Urgències: s'han observat 47 pacients.
- Hemodiàlisi: s'han observat 55 pacients (es valora si porten la targeta identificativa).
- Àrea Quirúrgica (UCSI/CMA): s'han observat 28 pacients.
- Intervencionisme: s'han observat 16 pacients
- Hospital de dia de Salut Mental (Adults i Infanto-juvenil): s'han observat 26 pacients.
- URPA: s'han observat 12 pacients.
- Sala de Parts: s'han observat 11 pacients.
- UCI: s'han observat 22 pacients
- Alternatives a l'hospitalització (HD Poli/HD Onco): s'han observat 49 pacients

Hospitalització (inclou nounats)

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	886		630	
Identificació correcta	851	96.0	618	98.1

Obj CHV ≥95%

Unitat d'observació

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	41		20	
Identificació correcta	40	97.6	20	100.0

Obj CHV ≥95%

Àrea d'Urgències

	2023			
	n	%	n	%
Pacients avaluats	86		47	
Identificació correcta	85	98.8	46	97.9

Obj CHV ≥95%

Unitat d'Hemodiàlisi

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	67		55	
Identificació correcta	67	100.0	55	100.0

Obj CHV ≥95%

Àrea quirúrgica (CMA)

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	55		28	
Identificació correcta	55	100.0	28	100.0

Obj CHV ≥95%

Intervencionisme

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	28		16	
Identificació correcta	28	100	16	100.0

Obj CHV ≥95%

Hospital Dia Salut Mental

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	61		26	
Identificació correcta	52	85.2	26	100.0

Obj CHV ≥95%

URPA (HUV/CdV)

2024		
	n	%
Pacients avaluats	12	
Identificació correcta	12	100.0

Obj CHV ≥95%

Sala de Parts

2024		
	n	%
Pacients avaluats	11	
Identificació correcta	11	100.0

Obj CHV ≥95%

UCI

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	31		22	
Identificació correcta	31	100.0	22	100.0

Obj CHV ≥95%

Alternatives a l'hospitalització

	2023		2024	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	61		49	
Identificació correcta	61	100.0	49	100.0

Obj CHV ≥95%

Identificació inequívoca mare-nadó

Per realitzar la identificació inequívoca dels nounats, es van realitzar talls d'observació periòdics a les unitats 4-1 (4-2) i 1-2. En aquests casos es valora la correcta identificació del nounat mitjançant el braçalel identificatiu que conté dades que vinculen al nounat amb la seva mare biològica.

	2022	2023	2024		Obj.
	%	%	n	%	
Nounats avaluats	9	73	32		
Braçalel correcte	66.7	93.2	29	90.6	100%

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu ≥95% en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HUV.
- ✓ No s'acompleix l'objectiu del 100% d'identificació inequívoca en nounats (90.6%).

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS

S'entén per identificació activa quan es demana al pacient que digui el seu nom, cognoms i data de naixement.

Per valorar l'acompliment de la identificació activa en situacions de risc s'han realitzat talls d'observació a hospitalització, UCI, al servei de radiologia, a sala de parts, a unitats quirúrgiques i, als hospitals de dia mèdic i oncològic. Son dades de prevalença, valorant 281 situacions de risc.

Hospitalització

	2023		2024	
	Pacients	Id. activa	Pacients	Id. activa
	n	%	n	%
HUV	162	35.19%	281	53.74%

Comentaris

- ✓ Al 53.74% dels pacients a aguts se'ls fa identificació activa en situacions de risc per al pacient, demanar com es diu (nom, cognoms i data de naixement).

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 2024 s'han inclòs les variables: "pacient al llit" i "posició del capçal 30º".

HUV	2023	2024
• Pacients al llit	322	178
• % capçal >30º	99.0	97.3%

Comentaris

- ✓ L'acompliment de la posició del capçal >30º té un resultat del 97.3%.

RISC DE DISFÀGIA

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

Valoració escala de risc

Són dades d'incidència. S'avalua la constància del test de deglució fet en pacients amb edat ≥ 80 anys ingressats, amb una estada superior a 24h, abans de les primeres 24h de l'ingrés (obj $\geq 90\%$), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA).

Hospital Aguts	Pacients amb valoració risc ennuegament mitjançant el test de deglució			desv.	
	2023	2024			
	%	mostra	n		%
Global	81,66%	2060	1768	85,83%	5,10%

Objectiu CHV $\geq 90\%$

Comentaris

✓ El 85.83% dels pacients amb edat ≥ 80 anys tenen el test de deglució fet (no complint l'objectiu $\geq 90\%$).

Revisió identificació del risc correcta

Són dades de prevalença. Es valora, mitjançant observació directa, el percentatge de pacients amb test de deglució positiu o disfàgia prèvia als que se'ls ha identificat amb l'etiqueta de risc de disfàgia 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.

	2023		2024	
	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia
	n	%	n	%
HUV	45	57.8	13	69.2

Objectiu CHV $\geq 80\%$

Comentaris

✓ El 69.2% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit (no complint l'objectiu $\geq 80\%$).

(👉 Tornar a l'índex)

INFECCIONS

OBJECTIU

L'objectiu del grup d'infeccions és la vigilància, control i prevenció de les infeccions nosocomials i relacionades amb l'assistència sanitària (IRAS) 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 optimitzar adequadament els tractaments antibiòtics mitjançant els programes PROA evitant 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 Relacionada amb l'Assistència Sanitària (IRAS), gèrmens multiresistents, detecció de "Brots Nosocomials", utilització d'antibiòtics (PROA), infeccions intra UCI, infeccions de la localització quirúrgica (ILQ) i Higiene de mans.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP D'INFECCIONS AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	❑ Instrucció de funcionament del grup d'Infeccions, aprovada el 29.9.2022. Versió 04. ❑ Instrucció de funcionament del grup PROA, aprovada setembre del 2022. Versió 01. ❑ Dins el banner específic de Seguretat de Pacients disponible a la intranet, hi ha un apartat d'Infeccions. ❑ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals. ❑ Es disposa de documents específics relacionats pel control de la infecció relacionada amb l'assistència sanitària com: • Protocol institucional de Neteja i desinfecció de material sanitari, utilatge i antisèptics al CHV revisat al 2024 i aprovat el 01.10.2024 • Protocol de neteja d'habitat i superfícies dels hospitals del CHV aprovat el 12.02.2024. • Document ajut a la presa de decisions (DAPD) en Tractament de la malària (Paludisme) el dia 07.05.2024
Desplegament	❑ Reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup d'Infeccions per seguiment de temes: 31.01.2024, 29.04.2024, 26.08.2024 i 13.11.2024. ❑ Reunions amb la Direcció d'infermeria i la tècnica del grup d'Infeccions com a coordinadora de la Unitat de vigilància i prevenció de la infecció per fer seguiment de temes i indicadors de resultat: 05.01.2024, 02.04.2024, 18.07.2024 i 07.10.2024. Les actes estan disponibles a la Unitat de vigilància d'infeccions. ❑ Reunions del Comitè d'Infeccions: 24.04.2024, 17.09.2024 i 18.12.2024. Contingut de cada acta: • Lectura i aprovació, si s'escau, de l'acta de la reunió anterior. • Aprovació de documents, si s'escau. • Higiene de mans • Informes sobre ILQ • Infeccions a la UCI • Resultats incidència infeccions (bacterièmies, gèrmens multiresistents) • PROA • Objectius CatSalut • Talls prevalença • Brots • Obres • Resum dels acords presos. ❑ Reunió del subgrup d'infeccions PREVINQ-CAT per establir dinàmica de funcionament, desplegar el programa de prevenció de la infecció quirúrgica amb el paquet de mesures preventives pactades i avaluar els resultats: 25.03.2024

	□ Reunions del grup PROA sociosanitari del VINCAT per avaluar els resultats de les intervencions de la ITU en aquests centres a Catalunya. Aquest any s'ha treballat per desplegar una nova intervenció d'infeccions respiratòries al 2025 □ Es passa per CPA (Comitè Permanent Assistencial) el document ajut a la presa de decisions (DAPD) en Tractament de la malària (Paludisme): 07.05.2024 □ Reunions del grup Codi Sèpsia per establir un circuit i presa de decisions quan hi ha una urgència d'infeccions en un pacient sèptic amb la indicació del tractament antibiòtic empíric: 16.01.2024, 05.03.2024, 16.04.2024, 26.11.2024 i 15.12.2024. □ Reunions del grup PROA: cada dilluns el grup es troba a microbiologia per fer revisió de tots els antibiòtics restringits o que sobrepassen la durada aconsellada i es fan recomanacions al prescriptor. Un cop feta aquesta, es valora si ha estat acceptada. Aquestes accions es porten a terme a tots els centres del CHV (HUV, HSJM i FHSC). Les dates son: 15.01.2024 (tancament 2023), 08.04.2024 (1er trimestre), 15.07.2024 (2on trimestre), 02.10.2023 (3er trimestre). □ El 05.05.2024 es participa en la celebració del Dia Mundial de la Higiene de mans amb diverses activitats per promocionar aquesta pràctica de Seguretat de Pacients i per evitar la transmissió d'infeccions a tots els centres del CHV i a tots els nivells assistencials. També es van fer pissarres digitals al respecte. □ Es realitzen els talls de prevalença d'infeccions marcats pel VINCAT en tots els centres del CHV (aguts el dia 22.05.2024 i atenció intermèdia la setmana del 27 de maig i del 18 de novembre 2024). □ S'ha participat en el tall de prevalença de l'ENVIN-Hèlics a la UCI (abril-maig-juny 2024). □ S'ha iniciat el 2024 la revisió dels tractaments antibiòtics a la UCI en infeccions respiratòries fent una intervenció PROA del VINCAT. El registre s'ha la intervenció s'ha realitzar abril-maig i juny del 2024 però la revisió s'ha dut a terme tot l'any. □ Promoció de l'ús prudent dels antibiòtics i adhesió de la campanya del PRAN al 18.11.2024 amb l'eslògan de "Una bona recol·lecció evita la confusió". També es va fer una pissarra virtual a l'abast de tots els professionals. □ Memòries anual del 2024 d'activitats del grup PROA d'atenció intermèdia de cada centre, presentades i signades per la Direcció corresponent el 28.02.2025 Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	□ S'han aconseguit tots els objectius del PROA del VINCAT i del CatSalut. S'han assolit els objectius PROA hospital, PROA sociosanitari i PROA comunitari. □ Presentació de resultats de les infeccions realitzada al Comitè Assistencial el dia 17.07.2024 on es fan propostes de millora sobre els resultats obtinguts i es fa un benchmarking de la resta d'hospitals del nostre grup del VINCAT. □ Publicació de resultats d'Infeccions al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024 i penjat en xarxa. □ Es publiquen els resultats de les infeccions del CHV a tot el personal a través de l'Informe d'infeccions penjat al banner de SP a l'apartat d'infeccions perquè sigui accessible per tothom. Al igual que l'informe de sensibilitats, l'informe d'aïllaments i els informes d'higiene de mans de tots els centres del CHV. □ S'han aconseguit tots els objectius del PROA del VINCAT i del CatSalut. S'han assolit els objectius PROA hospital, PROA sociosanitari i PROA comunitari. □ Presentació de resultats de les infeccions realitzada al Comitè Assistencial el dia 17.07.2024 on es fan propostes de millora sobre els resultats obtinguts i es fa un benchmarking de la resta d'hospitals del nostre grup del VINCAT. □ Publicació de resultats d'Infeccions al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024 i penjat en xarxa. □ Es publiquen els resultats de les infeccions del CHV a tot el personal a través de l'Informe d'infeccions penjat al banner de SP a l'apartat d'infeccions perquè sigui accessible per tothom. Al igual que l'informe de sensibilitats, l'informe d'aïllaments i els informes d'higiene de mans de tots els centres del CHV. □ Presentació de resultats de les IRAS a l'atenció d'aguts al Comitè de Direcció el dia 17.09.2024 i a l'atenció intermèdia de HSJM i HUSC el dia 25.10.2024. □ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 i propostes de millora per l'any següent. □ S'ha donat resposta a tots els indicadors del compromís del VINCAT signat per aquest any.

	□ Es donen resultats d'indicadors de Seguretat de Pacients del Departament de Salut (semestrals i anuals). □ S'ha fet seguiment d'incidència dels objectius VINCat en: bacterièmies, Gèrmens multirresistents, Clostridium, Higiene de mans, infecció quirúrgica i infeccions de pacients crítics. □ El 16.06.2024 la Direcció Assistencial i la Direcció d'infermeria firmen la carta d'adhesió del HUV al projecte de Flebitis Zero del Ministeri amb el compromís de la implicació en el projecte. □ El 30 de desembre 2024 s'adquireix una màquina nova de UV exclusiva a l'àrea quirúrgica. □ S'han realitzat tots els controls rutinaris anuals de les sales d'ambient control del CHV segons la normativa vigent (UNE 17134_2020) i realitzats per una empresa externa. □ S'ha valorat la Sala Blanca de Santa Creu segons l'activitat que si dur a terme per poder seguir la normativa vigent. □ S'han realitzat tots els controls rutinaris anuals del material clínic d'endoscòpies, cistoscòpies i broncoscòpies segons la normativa europea ESGENA (European Society of gastroenterology and endoscopy nurses and associates) i la SEIMC (Sociedad Española Enfermedades infeccioses microbiologia clínica). □ S'ha realitzat el seguiment d'obres en matèria de prevenció d'infeccions derivades d'elles i a tots els centres del CHV. Informes de notificació, seguiment i tancament d'obres que es disposen a la unitat de vigilància d'infeccions i a la Direcció de Serveis. □ S'han realitzat sessions de simulació mitjançant el Rol-playing en matèria d'Higiene de mans i bon ús dels guants, al igual que les pràctiques de bona recollida d'hemocultius i urinocultius. Les sessions es fan cada dijous pel personal d'hospitalització i portalliteres. Aquest any s'ha afegit personal de la UCI i urgències.
--	--

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

El 14 de maig del 2024, es va realitzar 1 tall de prevalença VINCat a l'Hospital Universitari de Vic (HUV) que és el que correspon pel nivell i volum de l'hospital.

Factors de risc intrínsecs

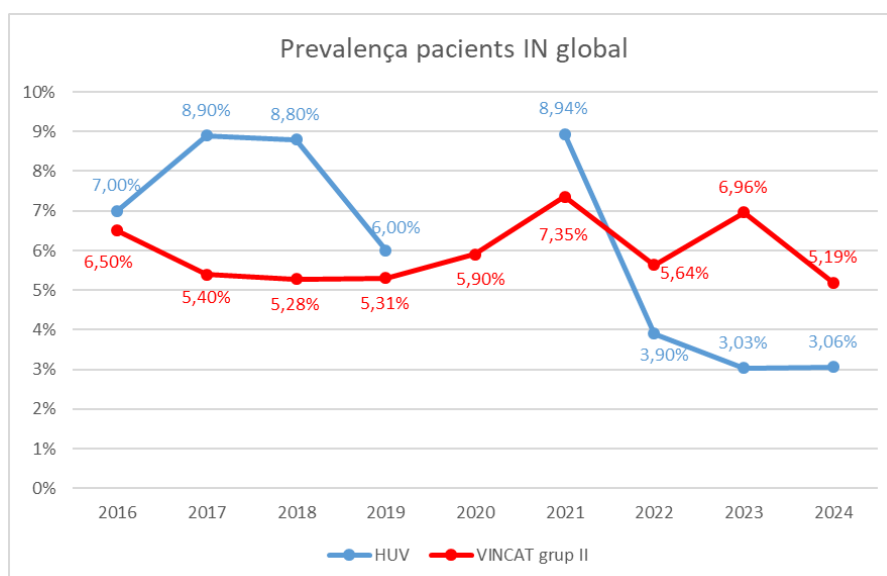
Distribució de les infeccions segons sexe:

Sexe	H ^a	Pac. ^b	% Rel. ^c	IN global				Edat mitjana
				N ^d	% Prev. ^e	LI ^f	LS ^g	
HUV								
TOTAL		196	100,0	6	3,1	1,4	6,7	62,53
Dona		91	46,4	2	2,2	0,5	8,5	61,37
Home		105	53,6	4	3,8	1,4	9,8	63,53
Enquesta VINCat								
TOTAL		7.531	100,0	396	5,3	4,8	5,8	63,85
Dona		58	3.514	149	4,2	3,6	5,0	64,17
Home		58	4.017	247	6,1	5,4	6,9	63,57

Distribució de les infeccions segons grups d'edat:

Edat	H ^a	Pac. ^b	% Rel. ^c	IN global			
				N ^d	% Prev. ^e	LI ^f	LS ^g
HUV							
TOTAL		196	100,0	6	3,1	1,4	6,7
< 18		7	3,6	0	0,0		
18 - 64		71	36,2	0	0,0		
≥ 65		118	60,2	6	5,1	2,3	10,9
Enquesta VINCat							
TOTAL		7.531	100,0	396	5,3	4,8	5,8
< 18		32	385	9	2,3	1,2	4,4
18 - 64		58	2.712	130	4,8	4,1	5,7
≥ 65		58	4.434	257	5,8	5,1	6,5

Infeccions detectades



Comentaris

- ✓ Ha disminuït la mitjana d'edat dels pacients ingressats és al voltant dels 62 anys per sobre de la resta d'hospitals del VINCAT. A l'HUV hi ha més homes que dones i s'han infectat més els homes, igual que la resta d'hospitals.
- ✓ Dintre del grup >65 anys, 3 de les 6 infeccions són en pacients de >80 anys. A la resta d'hospitals entre 60-69 anys és on hi ha més pacients infectats.
- ✓ Es manté la prevalença d'IN global a l'HUV en relació a l'any anterior, continuant per sota la del nostre grup del VINCAT.
- ✓ La infecció més prevalent al VINCAT és la ILQ seguida de les urinàries. A l'HUV ha disminuït la infecció urinària respecte el 2023 i les infeccions més prevalents són la ILQ i les respiratòries.
- ✓ El servei més prevalent a HUV és el de Medicina interna i és el que més infeccions presenta juntament amb Traumatologia. Al VINCAT el més prevalent també és MI però els que tenen més infeccions són Hepatologia seguit de la UCI quirúrgica.
- ✓ A l'HUV els gèrmens causants de les infeccions han sigut Gram negatius, essent la *Pseudomona aeruginosa* la més prevalent.
- ✓ Al VINCAT els gèrmens Gram negatius són els més prevalents destacant l'*Escherichia coli*, dels Gram positius destaca *S.Aureus* sensible juntament seguit dels *Enterococcus faecium*.

Ús d'antimicrobians

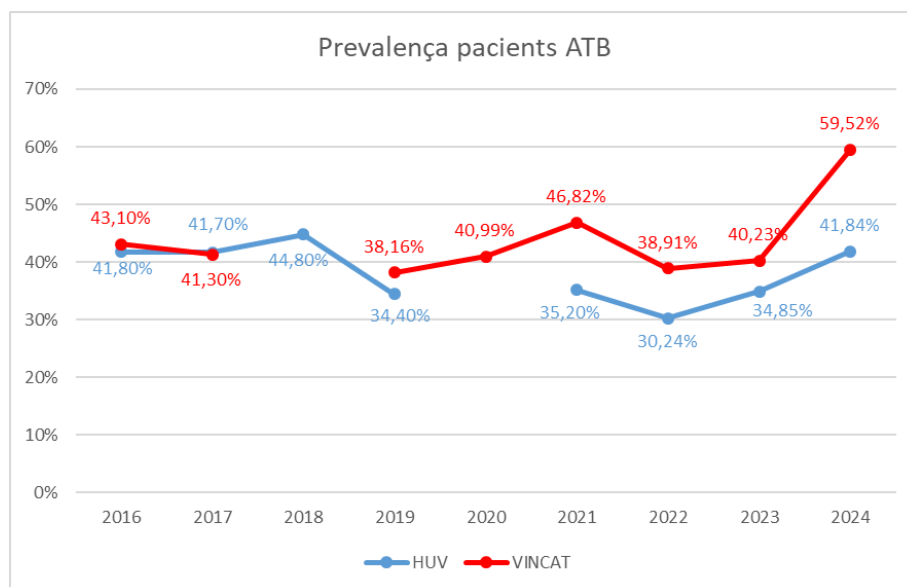
HUV				
Indicació del tractament	Pacients amb antimicrobians		Prescripcions d'antimicrobians	
	N ^a	% Prev. ^b	N ^c	% Rel. ^d
TOTAL			116	100,00
Tractament empíric	56	28,28	78	67,24
Tractament dirigit	22	11,11	31	26,72
Profilàxi quirúrgica o altres	4	2,02	4	3,45
Indicació desconeguda	2	1,01	2	1,72
Altres indicacions	1	0,51	1	0,86

Un total de 82 (41,84%) pacients prenen antimicrobians.

VINCAT

Indicació del tractament	Pacients amb antimicrobians		Prescripcions d'antimicrobians	
	N ^a	% Prev. ^b	N ^c	% Rel. ^d
TOTAL			3.822	100,00
Tractament empíric	1.725	22,87	2.141	56,02
Tractament dirigit	906	12,01	1.120	29,30
Profilaxi quirúrgica o altres	289	3,83	307	8,03
Profilaxi mèdica	138	1,83	150	3,92
Indicació desconeguda	63	0,84	67	1,75
Altres indicacions	35	0,46	37	0,97

Un total de 4.490 (59,52%) pacients prenen antimicrobians.



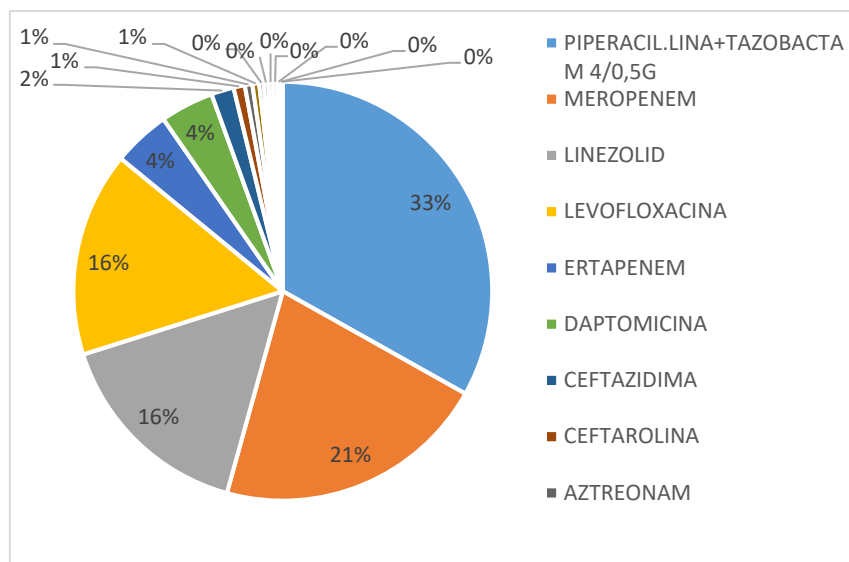
Comentaris

- ✓ A l'HUV, com al VINCat, continua augmentant la prevalença de pacients amb antimicrobians des de 2022, tot i que ens mantenim per sota de la resta d'hospitals catalans. Aquest augment de l'ús d'antibiòtics a nivell global contribueix a l'increment de gèrmens multiresistents.
- ✓ La prescripció de tractament empíric ha disminuït respecte el 2023 però continua per sobre del VINCAT amb un resultat del 67,24%.
- ✓ A l'HUV l'amoxicil.lina/clavulàmic és la més utilitzada juntament amb la ceftriaxona seguides de meropenem, ciprofloxacina i la piperacil.lina/tazobactam.
- ✓ Al VINCat l'antimicrobià més utilitzat és l'amoxicil.lina/clavulàmic seguit de la ceftriaxona, la piperacil.lina/tazobactam.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

		Segueixen Protocol
Antibiòtics restringits prescrits	1720	
Antibiòtics restringits avaluats	603 (35,06%)	75,62%

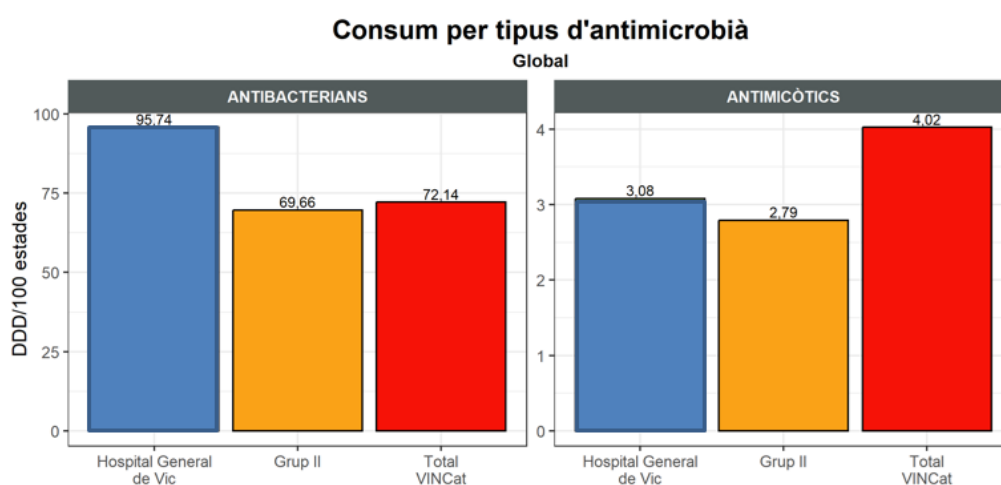


Comentaris

- ✓ Continuen augmentant els antibiòtics restringits prescrits (78 més) però ha millorat l'adhesió al protocol.
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte l'any anterior observant-se un augment de la Piperacilina Tazobactam.
- ✓ Augmenta l'adherència al protocol de la Piperacilina Tazobactam i del Meropenem respecte el 2023 i es redueix l'adherència de la Daptomicina i la Cefepima.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 546 recomanacions augmentant respecte l'any anterior.
- ✓ Es manté el percentatge de l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2023 (69.8%).
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de canvi segons antibiograma i durada del tractament. La recomanació més acceptada és la de desescalar o d'aturar si no és necessari (89,80%). Cal destacar que s'accepta millor el canvi d'antibiòtic segons cultius que el canvi d'antibiòtic empíric (79.39% envers 59.09%).

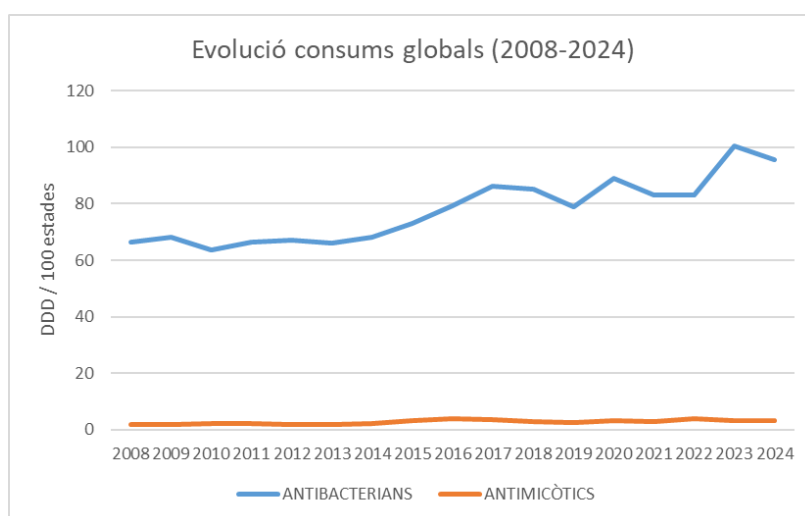
Monitoratge estandarditzat del consum d'antimicrobians

Resultats anuals consum hospitalari d'adults per tipus d'antimicrobià (DDD)



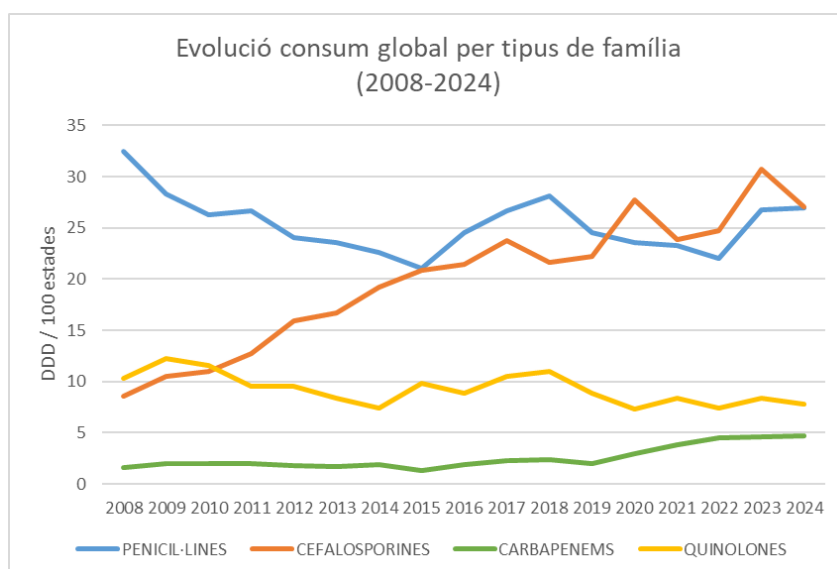
Comentaris

- ✓ El consum global d'antimicrobians disminueix un 4.64% respecte 2023 a conseqüència de la disminució de consum als serveis mèdics. El consum d'antimicòtics disminueix un 6.66% respecte l'any anterior a conseqüència de la disminució de consum als serveis mèdics i la UCI, malgrat l'augment als serveis quirúrgics.
- ✓ A la UCI augmenta el consum d'antimicrobians en un 7.43% i disminueixen els antimicòtics en un 14.46%.
- ✓ Els serveis quirúrgics han augmentat el consum tant amb antimicrobians (8.85%) com amb antimicòtics (39.72%), tot i que en el consum d'antimicòtics estem per sota del nostre grup.
- ✓ A nivell de consum d'antibacterians estem per sobre dels hospitals del grup II del VINCAt en tots els serveis.
- ✓ Pel que fa al consum d'antimicòtics estem per sota dels hospitals del nostre grup a tots els serveis excepte a la UCI.

Resultats evolutius CHV (2008-2023) Consum Hospitalari Adults per tipus d'antimicrobià (DDD)

Comentaris

- ✓ Tot i la disminució d'aquest any, des de l'any 2015 el consum global d'antimicrobians presenta una tendència creixent. Aquesta tendència s'observa sobretot als serveis quirúrgics.

Resultats evolutius CHV (2008-2023) Consum Hospitalari Adults per tipus de família (DDD)

Comentaris

- ✓ A nivell global cal destacar un estancament en el creixement del consum de carbapenems que es venia observant des de 2019 degut a la disminució del consum als serveis mèdics.
- ✓ Tot i que el consum de cefalosporines presenta una tendència creixent, aquest any s'observa una disminució a expenses dels serveis mèdics i la UCI.
- ✓ No augmenta el consum global de penicil·lines, malgrat l'increment a la UCI i als serveis quirúrgics a expenses de la disminució als serveis mèdics.
- ✓ Ha disminuït el consum global de quinolones per a tots els serveis excepte als quirúrgics.
- ✓ A conseqüència de les intervencions del grup PROA el consum de carbapenems i quinolones no ha experimentat un increment.

Resultats anuals consum hospitalari pediàtric per tipus d'antimicrobià (DOT)

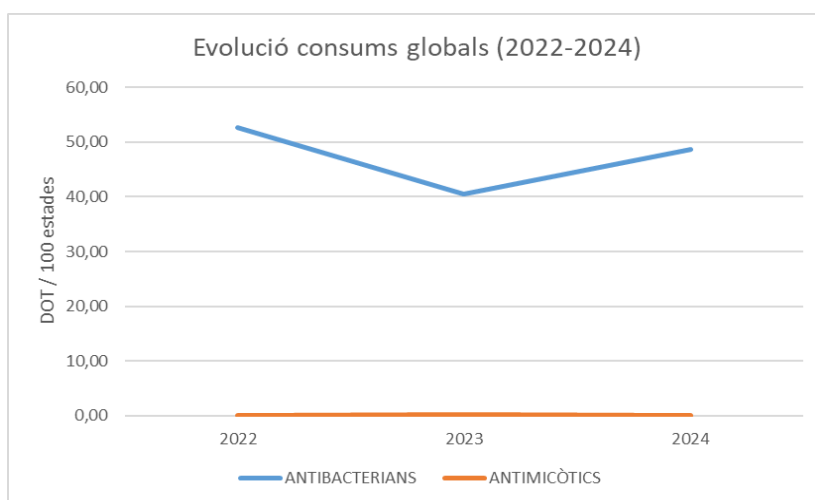
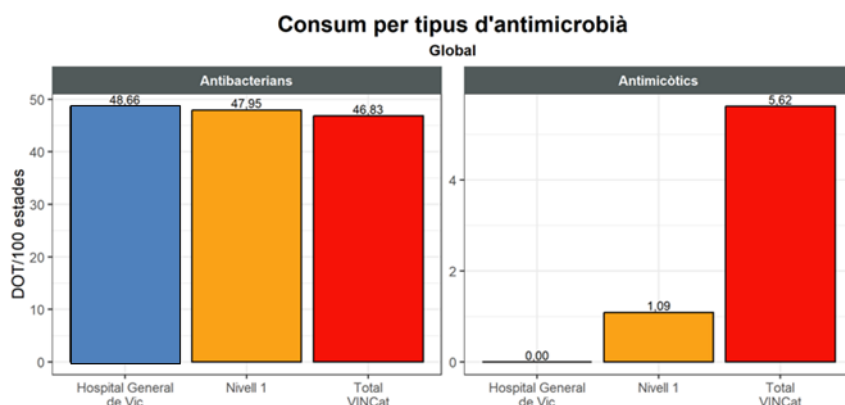
Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients pediàtrics per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. La classificació dels nivells d'hospitals en pediatria són els següents:

Nivell 1: serveis mèdics ó quirúrgics (nivell al que pertany el CHV)

Nivell 2: nivell 1 + UCI neonatal

Nivell 3a: Nivell 2 + UCI pediàtrica

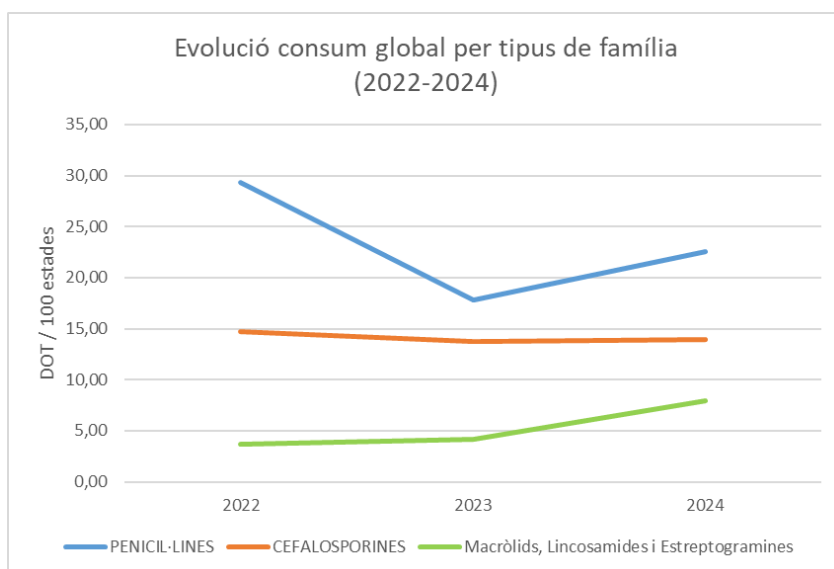
Nivell 3b: Nivell 3a + onco hemato



Comentaris

- ✓ El consum global d'antibacterians augmenta respecte el 2023.
- ✓ S'observa una disminució del consum d'antimicrobics, respecte al 2023 situant-nos per sota dels altres centres del mateix nivell (0.0 vs 1.09/100 estades).

Resultats evolutius CHV (2022-2023) Consum Hospitalari Pediàtric per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Hi ha una disminució del consum de Cefalosporines respecte l'any 2023.
- ✓ Per contra s'observa un increment del consum de Macròlids i Penicil·lines respecte l'any anterior, probablement per l'increment de casos d'infecció respiratòria.

HIGIENE DE MANS

Des de l'any 2021 es realitzen observacions trimestrals, així es garanteixen taxes d'adherència més reals que si es fes l'observació en un únic tall anual. Podeu consultar el detall per unitats i serveis a l'informe global d'Higiene de mans HUV de 2024 al banner de Seguretat de Pacients a la Intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

Evolució taxa d'adherència global higiene de mans

2021	2022	2023	2024
67%	72%	73%	74%

Resultats indicador HM a hospitalització segons criteris VINCAt i SP

Hospitalització HUV					
	1er trimestre	2n trimestre	3er trimestre	4rt trimestre	ANUAL 2024
Indicador consum PBA	28,9	22,1	33,1	25,2	27
litres/estadex1000 (fórmula)					

VINCAT

Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats o plantes d'hospitalització x 1.000 estades. Any 2024.

Grup	Nº Centres	Litres PBA	Estades	Litres PBA per 1.000 estades	[IC 95%]
TOTAL	66	82.319	3.556.866	23,14	[22,99 a 23,30]
Grup I	8	35.718	1.323.012	27,00	[26,72 a 27,28]
Grup II	18	29.305	1.328.665	22,06	[21,80 a 22,31]
Grup III	35	14.434	796.094	18,13	[17,84 a 18,43]
Grup IV	5	2.862	109.095	26,23	[25,28 a 27,21]

PBA: Preparats de Base Alcohòlica.

Resultats indicador HM a UCI segons criteris VINCat i SP

UCI HUV					
	1er trimestre	2n trimestre	3er trimestre	4rt trimestre	ANUAL
Indicador consum PBA	84,4	84,8	96,3	85,7	87
litres/estadesx1000 (fórmula)					

VINCAT

Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats de cures intensives (UCI) x 1.000 estades. Any 2024.

Grup	Nº Centres	Litres PBA	Estades	Litres PBA per 1.000 estades	[IC 95%]
TOTAL	32	21.150	288.550	73,30	[72,31 a 74,29]
Grup I	8	14.324	171.399	83,57	[82,21 a 84,95]
Grup II	18	6.253	104.260	59,98	[58,50 a 61,48]
Grup III	6	573	12.891	44,45	[40,88 a 48,24]

PBA: Preparats de Base Alcohòlica.

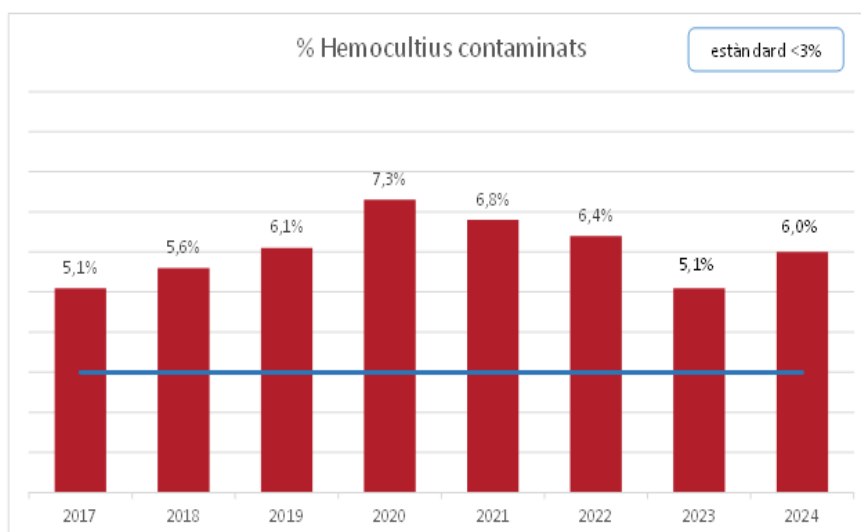
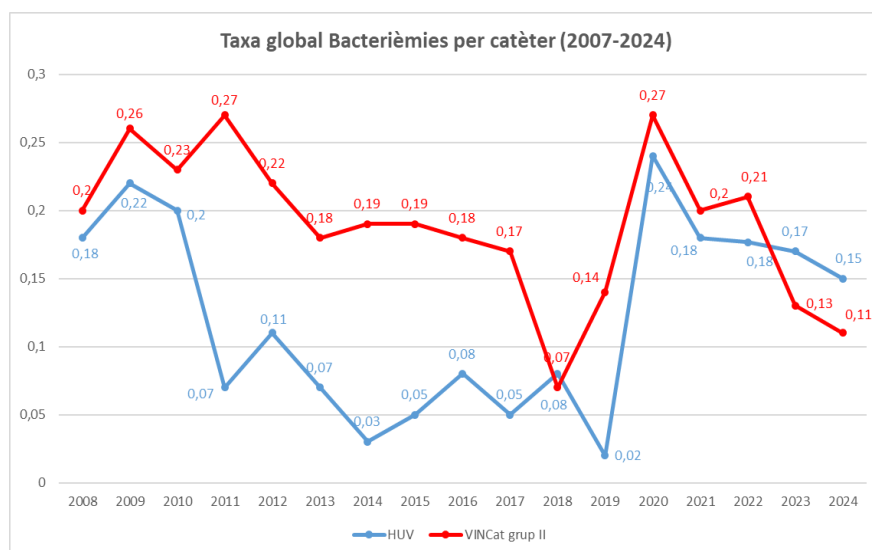
Comentaris

- ✓ No es disposa de dades comparatives de 2024 i per aquest motiu es compara amb les de 2023.
- ✓ La taxa d'adherència a la higiene de mans continua augmentant des de 2021.
- ✓ L'indicador de consum de PBA global és manté vers l'any passat, seguint els estàndards de l'OMS.
- ✓ El consum de PBA a hospitalització ha augmentat vers l'any passat mantenint-nos per sobre de l'estàndard recomanat pel VINCat l'any 2023 (18.15 litres).
- ✓ El consum de PBA a UCI ha disminuït l'any passat però continuem aconseguint arribar al llindar recomanat pel VINCAT de l'any 2023 (58.48 litres) i a l'indicador de Seguretat del Pacient (80 litres).
- ✓ Continuem dins el nivell avançat en l'autoavaluació anual de la OMS. Aconseguint un total de 420 punts d'un màxim de 500.

Nota: Per conèixer les dades de la Higiene de mans, consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

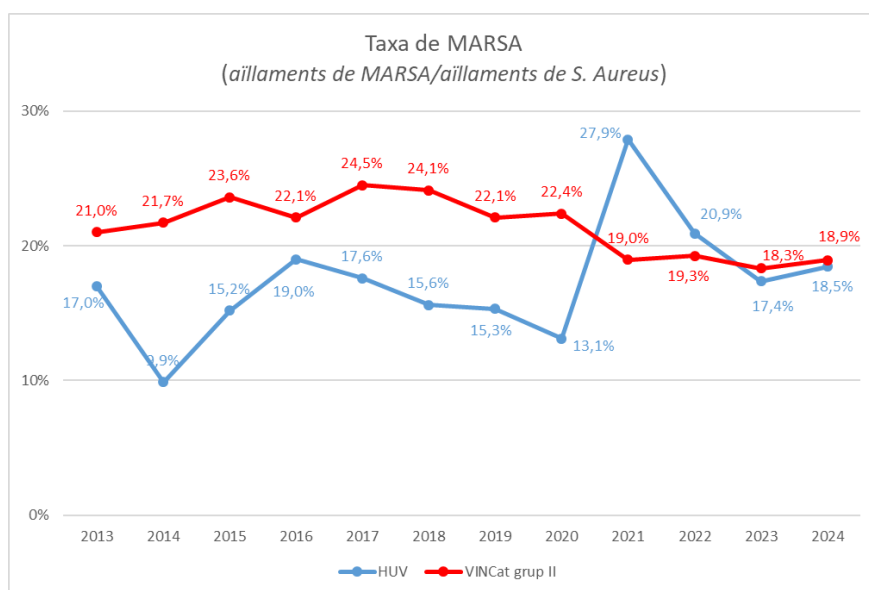
Evolució de les taxes totals de bacterièmia per catèter



Comentaris

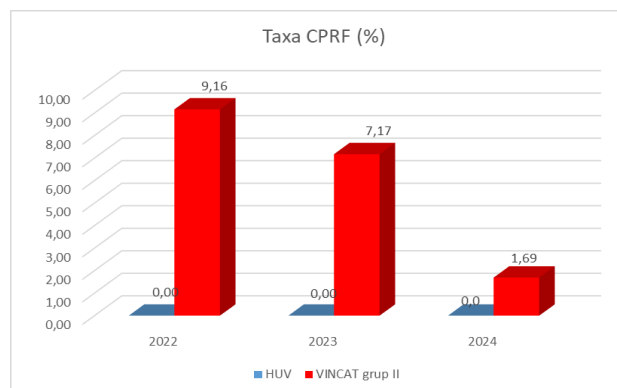
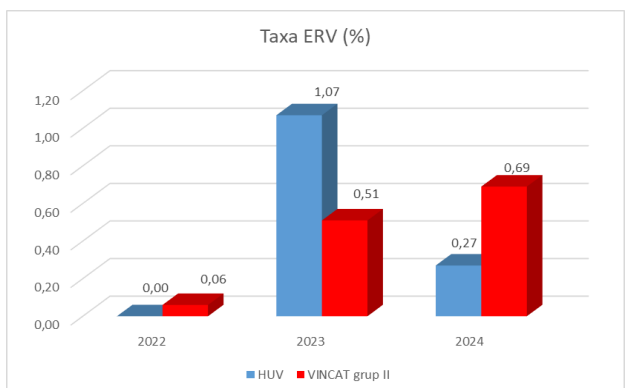
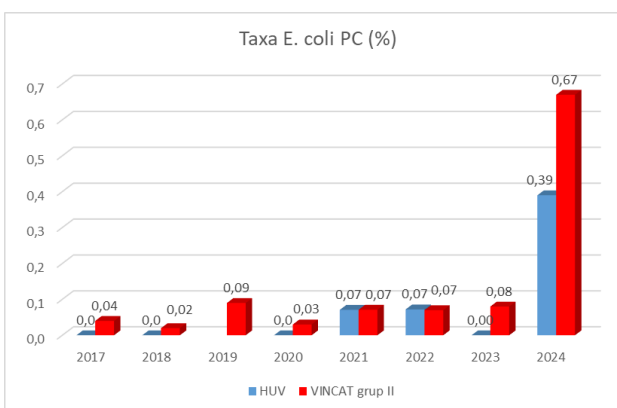
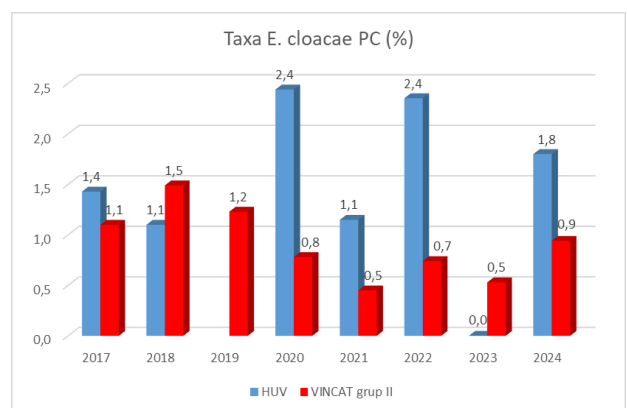
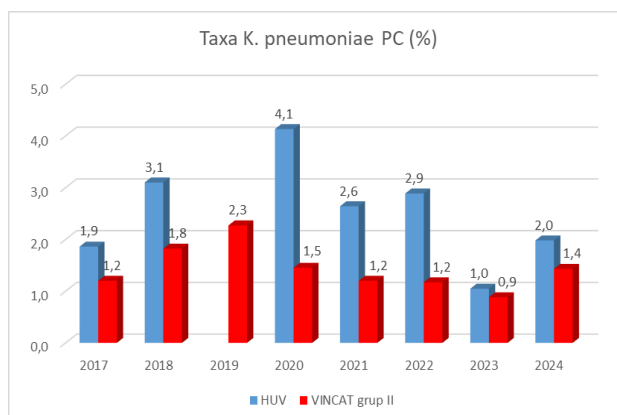
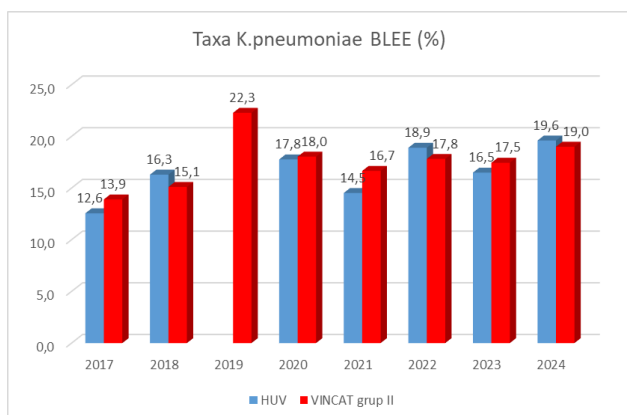
- ✓ La taxa de bacterièmies global és del 0.15 x1000 (VINCat grup II 2024=0.11 x1000). Tot i la disminució respecte l'any passat, continuem per sobre de la mitjana del nostre grup del VINCat des de 2021.
- ✓ Es trenca la tendència a la disminució de les bacterièmies en pacients crítics des del 2020, tornant a situar-nos per sobre de les UCIs del VINCat.
- ✓ Continua augmentant la taxa d'incidència de bacterièmia en pacients de l'àrea mèdica situant-nos per sobre del VINCAT. Els catèters causants de les bacterièmies són majoritàriament per CVP.
- ✓ Els gèrmens causals a totes les àrees són colonitzadors de la pell com els staphylococcus epidermidis, coagulasa negatius i staphylococcus aureus semblant als resultats del VINCat.
- ✓ Seguim amb bacterièmies per catèter utilitzats per nutrició parenteral amb un resultat de 0,76 x 1.000 (VINCat grup II 2024=0.97 x1000), tornant-nos a situar per sota del resultat del nostre grup.
- ✓ Han disminuït les bacterièmies en catèters perifèrics però ens mantenim per sobre del nostre grup. Pel que fa a les bacterièmies en catèters centrals, han augmentat situant-nos per sobre del VINCat després de 2 anys d'estar per sota. En catèters d'inserció perifèrica ens mantenim per sota.
- ✓ La taxa d'hemocultius contaminats augmenta respecte l'any passat i continua molt per sobre dels estàndards òptims. Cal destacar que a Pediatria la taxa d'hemocultius contaminats és del 14.7% i en adults 5.1%.

Microorganismes multirresistents (MR)



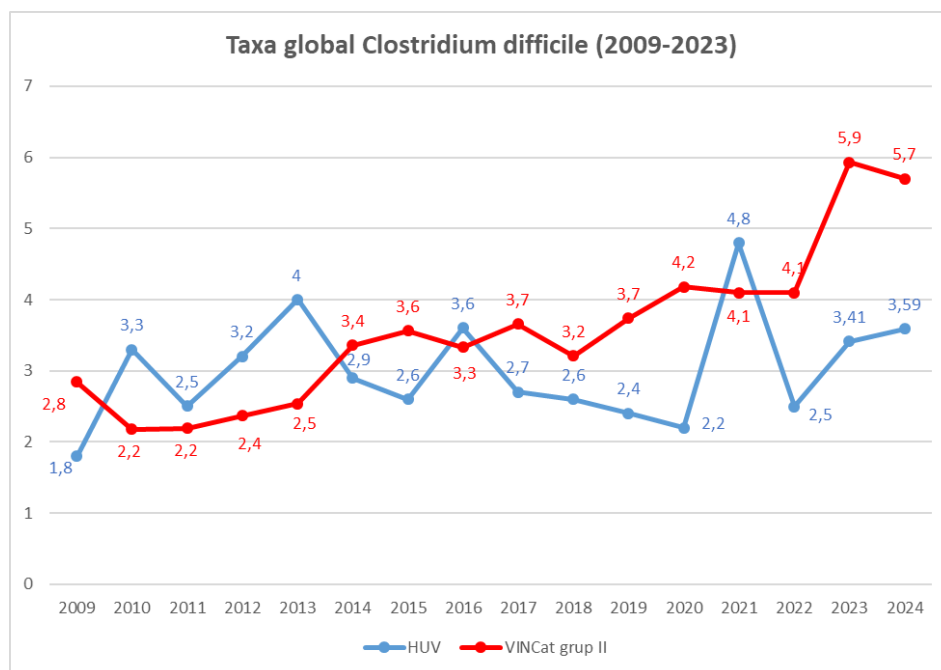
Comentaris

- ✓ Taxa de resistència a meticil·lina en *S. Aureus* (MARSA): 18.5% (VINCat 2024 grup II: 18.9%), augmentant respecte 2023, continuant per sota del nostre grup.
- ✓ Densitat incidència de nous casos de MARSA : 6.71 x 10.000 estades (VINCat 2024 grup II: 3.88 x10.000 augmentant vers l'any 2023 degut a l'increment dels cribratges.
- ✓ Densitat incidència de nous casos de MARSA d'adquisició hospitalària: 0.69 x 10.000 estades (VINCat 2024 grup II: 0.69 x 10.000) augmentant també respecte l'any anterior igualant-nos al nostre grup del VINCAT.
- ✓ Densitat incidència de bacterièmia per MARSA: 1.55 x 10.000 estades (VINCat 2024 grup II: 0.69 x 10.000) augmentant respecte l'any passat.
- ✓ En el cas de les bacterièmies per MARSA, des de l'any 2018, en general, seguim la tendència dels hospitals del nostre grup però des del 2021 que ens situem per sobre del VINCAT. L'any 2024 continua aquesta tendència.



Comentaris

- ✓ Taxa de Klebsiella pneumoniae BLEE: 19.6% (VINCat 2024 grup II: 19%)
- ✓ Taxa de K.pneumoniae productora de carbapenemes (PC): 1.98% (VINCat 2024 grup II: 1.43%)
- ✓ Taxa de Enterobacter cloacae PC: 1.80% (VINCat 2024 grup II: 0.94%)
- ✓ Taxa d'Escherichia coli PC: 0.39% (VINCat 2024 grup II: 0.67%)
- ✓ Taxa d'enterococ faecium resistent a vancomicina (ERV): 0.27% (VINCat 2024 grup II: 0.69%).
- ✓ Taxa de Candida parapsilosi resistent a fluconazol (CPRF): 0.0% (VINCat 2024 grup II: 1.69%)
- ✓ A destacar que les taxes de microorganismes multiresistents continuen creixent, així com les bacterièmies.
- ✓ No s'han observat casos de CPRF.



Comentaris

- ✓ Ha augmentat la taxa global del clostridium a un 3.59 X10000 respecte a l'any 2023, al contrari que a la resta d'hospitals del nostre grup. Aquest augment es deu a l'increment de casos comunitaris.
- ✓ Augmenta la taxa de clostridium adquirits degut a l'assistència sanitària (IRAS) respecte al 2023 amb una taxa del 1.08 x10000 (**VINCat grup II 2024=1.33 x10000**)
- ✓ La taxa de clostridium d'origen nosocomial ha estat del 0.90 x10000 (**VINCat grup II 2024=1.77 x10000**), disminuint respecte l'any anterior.
- ✓ La taxa de clostridium d'origen comunitari ha estat del 1.61 x10000 (**VINCat grup II 2023=2.72 x10000**), augmentant respecte l'any 2023 (1.33 x10000).

Vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions

Fer una vigilància i control d'aquests microorganismes contribueix a una millora en la Seguretat del Pacient i a controlar la seva disseminació en el territori. Sense oblidar, que una bona vigilància de les mesures de prevenció realitzades fa augmentar l'eficiència dels Serveis Sanitaris i eviten els efectes psicosocials dels pacients sotmesos a ser aïllats durant l'estada hospitalària.

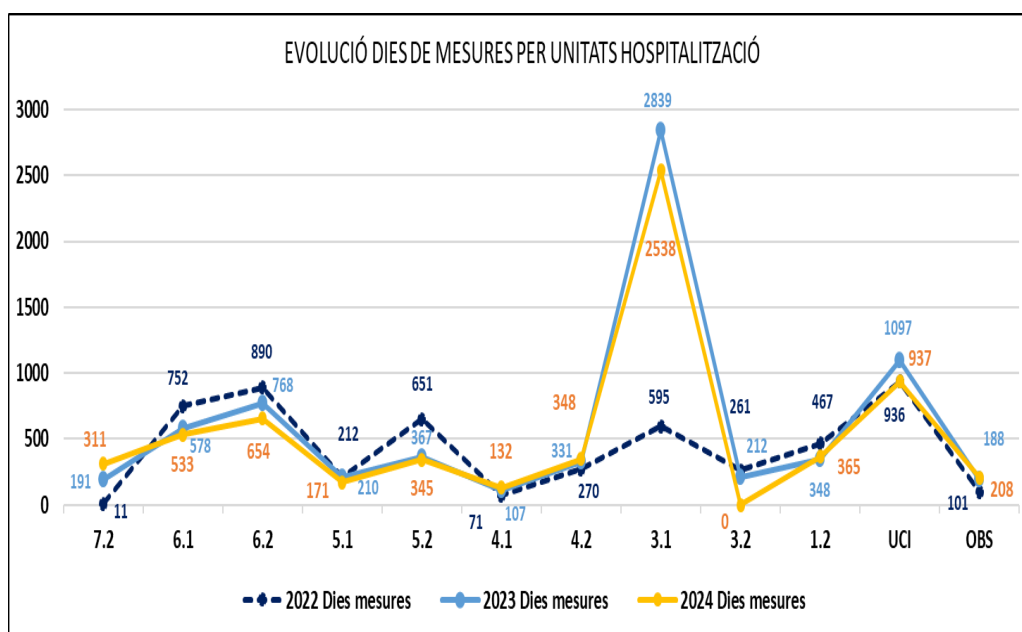
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

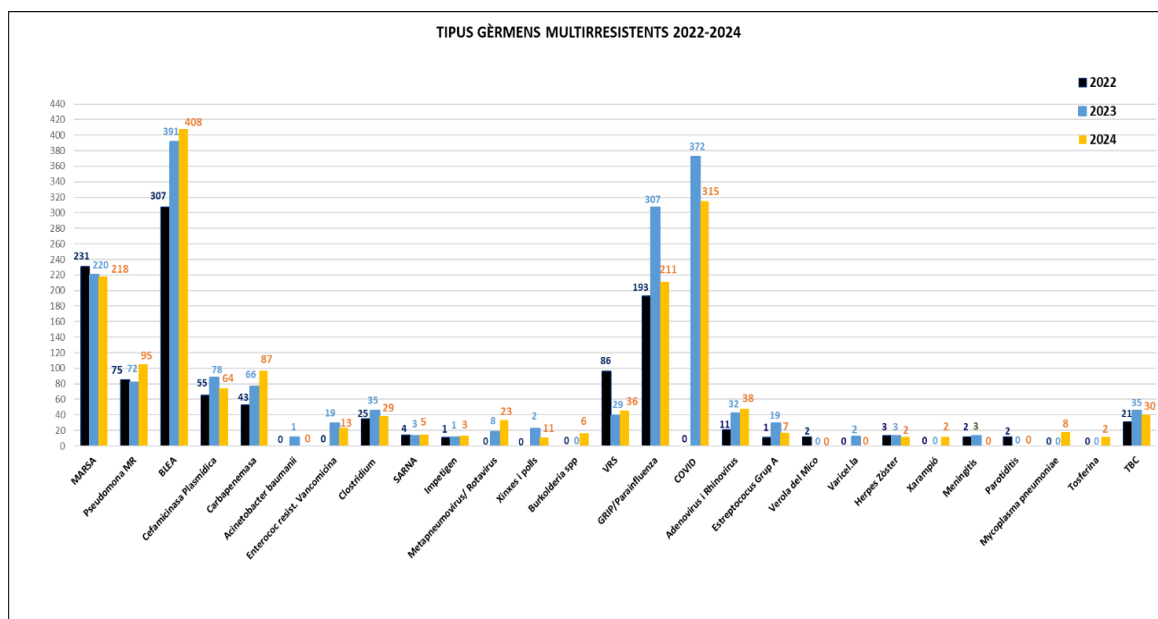
	2022	2023	2024
AÏLLAMENTS	945	1522	1414
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	664	1034	943
DIES MESURES	5217	7236	6542
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	79	127	118

(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



Distribució mesures aplicades segons el germen

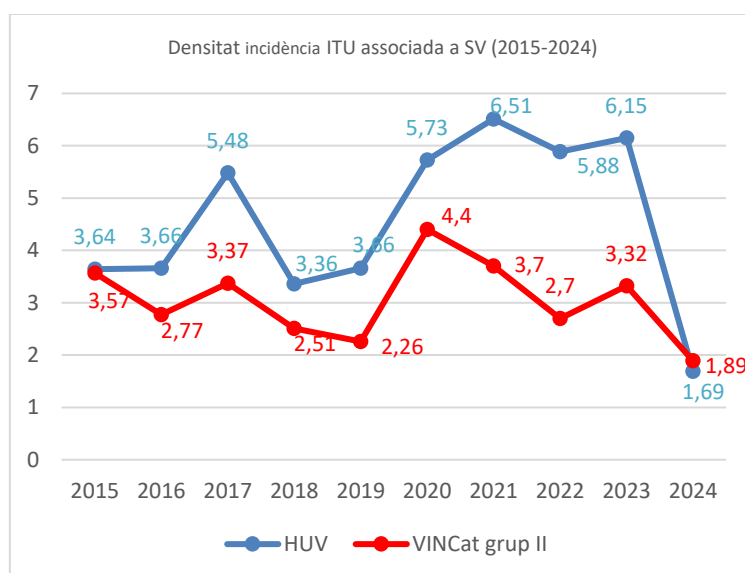
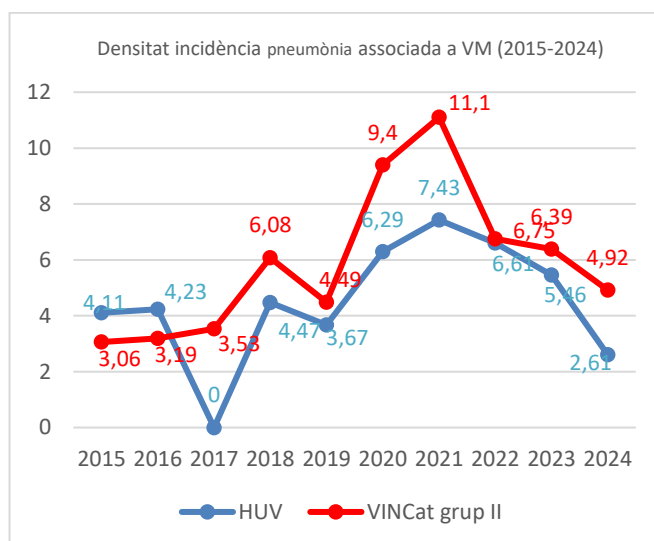
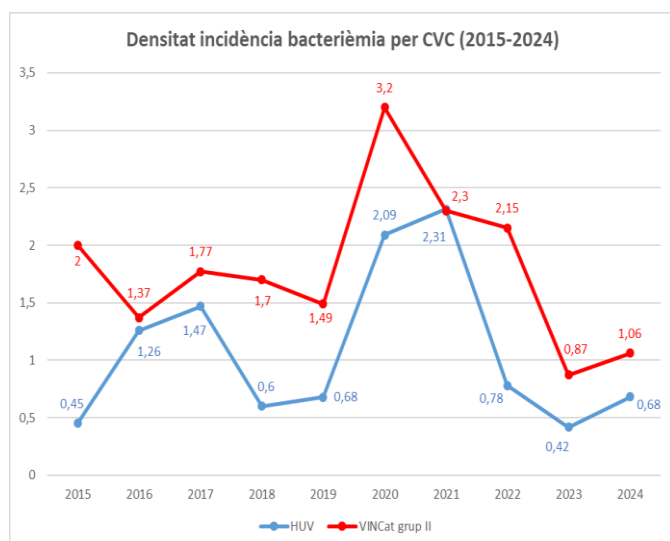


Comentaris

- ✓ L'any 2024, les mesures per evitar la transmissió per contacte han augmentat un 5% respecte al 2023, a causa de l'increment de gèrmens productors de BLEE i carbapenemases. En canvi, les mesures combinades per contacte i gotes han disminuït un 21%, fruit de la reducció dels casos d'infecció per Covid-19 i grip. Les mesures per gotes, però, han experimentat un augment notable del 300%, motivat per l'aparició de nous casos d'infecció per Mycoplasma pneumoniae i Tosferina. Pel que fa a les mesures per via aèria, s'ha registrat un increment del 8,6%, relacionat amb l'augment de casos per Mycobacterium tuberculosis (TBC).
- ✓ La comparació de les dades per unitats mostra una tendència general de creixement. Cal tenir present que no estan incloses les mesures per Covid-19 de l'any 2022 i primer trimestre de l'any 2023.
- ✓ Respecte l'any passat s'observa una lleugera estabilització en la majoria d'unitats. La UH-3.1 continua sent la unitat amb més dies i mesures per evitar la transmissió, tot i una lleugera reducció (12%). La UCI i Observació mantenen un augment sostingut de les mesures realitzades. En canvi la UH-5.1 i UH-3.2 mostren descensos significatius, la UH-3.2 pel tancament de la unitat durant l'any 2024.
- ✓ Durant el període 2022-2024 s'observa una estabilitat en els principals gèrmens multirresistents, MARSA i BLEA, mantenint-se com els gèrmens més freqüents. En aquest període, les BLEA mostren un augment sostingut. La Pseudomona Aeruginosa MR creix especialment durant el 2024 igual que les carbapenemases (32%), mostrant una tendència en augment de les resistències.
- ✓ Per primera vegada, des de que es fa registre, es detecten casos de Burkholderia cepàcia a la UCI.
- ✓ Pel que fa als virus i altres infeccions comunitàries, s'observa l'augment de metapneumovirus/rotavirus (187%) respecte al 2023 i una alta incidència de la Grip, encara que baixa lleugerament (31%) el 2024.
- ✓ Cal destacar l'augment en la detecció d'adenovirus/rinovirus i l'aparició de nous casos de xarampió, Mycoplasma pneumoniae i tosferina.

Nota: Per conèixer les dades de la vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions (aïllaments), consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

INFECCIONS A LA UCI



Comentaris

- ✓ **Densitat incidència de bacterièmia per CVC:** s'observa un augment després de 2 anys de disminució però continuem per sota del grup II del VINCAt.
- ✓ **Densitat incidència de pneumònia associada a VM:** seguim la tendència a disminuir i ens situem amb una taxa més baixa que el VINCAt i situant-nos a la part baixa de les UCIs del grup II.
- ✓ **Densitat incidència d'ITU associada a SV:** ha disminuït la taxa a passant de 6.15 a 1.69, situant-nos per primera vegada per sota del grup II del VINCAt.

VIGILÀNCIA INFECCIÓ LOCALITZACIÓ QUIRÚRGICA

MALUC	TAXA ILQ
2017	0%
2018	2.6%
2019	3%
2020	2%
2021	1.2%
2022	3.37%
2023	1.0%
2024	0.7%
GRUP II (VINCcat)	1.5%

GENOLL	TAXA ILQ
2017	3.6%
2018	7.4%
2019	2.9%
2020	3.2%
2021	3.0%
2022	3.64%
2023	2.5%
2024	2.6%
GRUP II (VINCcat)	1.4%

CÒLON	TAXA ILQ
2016	7.4%
2017	1.2%
2018	4.5%
2019	-----
2020	11.4%
2021	1.7%
2022	6.0%
2023	7.1%
2024	1.9%
GRUP II (VINCcat)	5.9%

RECTE	TAXA ILQ
2016	6.3%
2017	3.4%
2018	3.7%
2019	-----
2020	10.5%
2021	10.0%
2022	8.3%
2023	18.2%
2024	14.3%
GRUP II (VINCcat)	9.9%

MARCAPÀS	TAXA ILQ
2023	1.0%
2024	1.9%
VINCcat	1.9%

Comentaris

- ✓ Han augmentat dels procediments seleccionats que tenen criteris d'inclusió del VINCcat (526) i s'ha una infecció menys que l'any passat (13) reduint així la taxa d'ILQ global. En total s'han detectat 1 de PTM, 5 de PTG, 4 de cirurgia de recte, 1 de cirurgia de còlon i 2 marcapàs.
- ✓ Respecte l'any passat, s'ha disminuït la taxa d'ILQ en cirurgia ortopèdica i colorectal. Per contra ha augmentat la cirurgia de marcapàs. Totes han sigut d'òrgan-espai menys una de superficial en cirurgia de recte.
- ✓ La taxa d'ILQ en cirurgia de còlon ha disminuït vers el 2023 a (1.9%) per sota de la del VINCcat (5.9%).
- ✓ En ILQ de recte ha disminuït fins el 14.3%, però continuem per sobre dels hospitals del nostre grup II (9.9%).
- ✓ Ha augmentat la taxa d'ILQ en el procediment d'inserció de marcapasses permanent fins a 1.9% situant-nos al mateix nivell que el VINCcat.
- ✓ Continua disminuint la profilaxi adequada en totes les cirurgies vers l'any passat, excepte en les PTM.
- ✓ Cal insistir en el registre del bundle sobretot en la glicèmia.

(👉 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 perinatals i la correlació clínico-patològica.
- La Comissió mixta analitza el 100% de casos de suïcidis de la Comarca d'Osona.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE MORTALITAT AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ Instrucció: Funcionament del grup de Mortalitat, revisat 2019 (versió 03). Pendent nova revisió l'any 2025. ☐ Instrucció: Nota d'èxits (versió 01). Pendent nova revisió l'any 2025. ☐ Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions mensuals del grup: 17.01.2024, 21.02.2024, 20.03.2024, 17.04.2024, 15.05.2024, 19.06.2024, 18.09.2024, 16.10.2024, 20.11.2024 i 18.12.2024. Continguts de cada acta: • Anàlisi dels casos d'excés de mesures • Anàlisi dels èxits secundaris a problemes hospitalaris (ESPH) • Casos clínics sense objectivar ESPH • Detecció d'èxits als que s'hauria d'haver demanat necròpsia mèdica o necròpsia judicial. • Revisió dels casos quan l'informe del Comandament es discordant amb l'ESPH detectat pel grup. ☐ Reunions de la Comissió Mixta: 26.01.2024 per tancament de l'any 2023 i 28.06.2024 per seguiment del 1r sem del 2024. ☐ 1a reunió de la Comissió de Pacte Territorial per l'atenció a la conducta risc suïcidi d'Osona: 02.05.2024. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Reunions entre la Cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup per seguiment de temes: 05.08.2024 i 13.11.2024. ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ☐ Publicació de resultats de Mortalitat i de la Comissió Mixta al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023 en data 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Des de Qualitat i SP es fa un Informe de l'activitat de la Comissió Mixta del 2023 i s'envia al sub-director/a de la Divisió Barcelona Comarques IMLCFC amb data: 29.04.2024
Revisió	☐ Instrucció del Funcionament del grup de Mortalitat (versió 03) ☐ Instrucció: Nota d'èxits (versió 01).

MORTALITAT GLOBAL CHV

Es presenten dades globals de mortalitat corresponents al CHV (HUV i HSJM).

	2019	2020	2021	2022	2023	2024		Dif. 23 - 24	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	%	
Global (n)	493	534	530	463	500	479		-21 èxits	
Correlació clinicopatològica	92.3	83.3	100.0	80.0	3	5	100.0		
ESPH/èxits no Ingrés cadàver	4.7	8.5	8.2	8.4	6.2	27	5.7	-8.3	
Criteris de Rutstein	0	1	0	0	0	0			0
Donacions de teixits (n)	43	21	38	26	22	29			
Donants multiòrgans (n)	0	1	1	1	1	3			

Comentaris

- ✓ El nombre d'èxits global del CHV és de 479 (125 èxits HSJM, 64 CdV i 290 HUV), disminuint el nombre de casos respecte de l'any anterior (21 menys).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Augment, respecte de l'any anterior, de les donacions. Hi ha hagut 3 donants multiòrgans i 29 donacions de teixits.

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ HUV

Enguany es presenten dades de mortalitat a hospitalització per a l'àmbit d'aguts. No es disposa de dades comparatives amb anys anteriors.

	2024		objectiu
	n	%	
Global (per altes)	328	3.0	
Mitjana edat	81.1	anys	
Tancament informe èxits <15 dies	231	70.4	
Quirúrgica (èxits <48h IQ)	9	0.24	
ESPH/altes	24	0.22	<0.5%
Perinatal (per mil)	6	5.7	≤ 6.25 x mil
Necròpsies	5	1.5	>7%
Indicació de necròpsia correctament resoltes	7	14.9	
Terminal a l'ingrés	133	40.5	
Agònic a l'ingrés	69	21.0	

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 81.1 anys.
- ✓ El 70.4% dels informes d'èxits es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.22% complint l'objectiu establert.
- ✓ La mortalitat perinatal va ser del 5.7 x mil, dins de l'objectiu establert.
- ✓ No s'acompleix l'objectiu de necròpsies realitzades. Han demanat necròpsies els serveis de UCI, MI i C. General. El grup de mortalitat creu que s'haurien d'haver demanat 30 necròpsies més: 2 a la Unitat d'Observació, 12 a MI, 1 a Pneumo, 13 a UCI, 1 ORL i 1 a Onco.
- ✓ El percentatge de pacients terminals l'ingrés va ser del 40.5% i el d'agònics del 21%. Es revisaran els criteris per poder considerar un èxits com a agònic al grup de Mortalitat durant el 2025.

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

MORTALITAT A URGÈNCIES

	2019	2020	2021	2022	2023	2024		Dif. 2023 - 24	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	%	
Èxits a Urgències	0.06	0.09	0.13	0.08	0.06	26	0.07	21.4	
Mitjana edat	72.2	79.09	72.14	81.0	83.9	75.1	anys		
ESPH/altes	0.0026	0.007	0.003	0.00	0.00	3	0.008	-	<0.5%
Ingressos cadàver (n)	7	2	8	1	2	6			
Necròpsies (sobre exit.urg - judicials)	5.6	8.3	5.7	0.0	4.5	0	0.0	-100.0	>7%

Comentaris

- ✓ Augment del nombre d'èxits, 26 a 2024 (6 ingressos cadàver), 4 més que l'any anterior.
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Hi ha hagut 3 ESPH d'èxits d'urgències.
- ✓ Es van demanar 2 necròpsies que van ser denegades, no assolint l'objectiu (>7%), per indicació del grup s'haurien d'haver demanat 8 necròpsies més.

ÈXITUS SECUNDARIS A PROBLEMES HOSPITALARIS (ESPH)

Les dades que es presenten corresponen a l'HUV.

Amb un tancament del 94.1%, s'han detectat 27 ESPH representant un 7.8% dels èxits de l'any 2024.

TIPUS DE PROBLEMES HOSPITALARIS DETECTATS

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	n	n	n	n	n	n
Infecció nosocomial	7	36	27	27	22	6
Tècnica diagnòstica-terapèutica	12	21	9	18	18	16
Insuf. valoració/demora de tractament/profilaxi	8	8	8	5	7	11
Incident nociu	2	4	8	8	1	4
Problema organitzatiu-estructural	0	0	0	0	0	0
Número de problemes Hospitalaris	29	69	52	58	48	37

ESPH EVITABLES

Insuf. valoració/demora de tment. + organitzatius

	2019	2020	2021	2022	2023	2024		Obj.
	%	%	%	%	%	n	%	
ESPH evitables / èxits	1.6	1.5	1.5	1.1	1.4	11	3.2	<3%
Informes realitzats (sobre els sol·licitats)	30.0	40.0	20.0	50.0	44.4	4	50.0	

Comentaris

- ✓ A hospitalització hi ha hagut un 0.22% d' ESPH sobre les altes, assolint l'objectiu <0.5.
- ✓ Durant el 2024, el motiu més freqüent d'ESPH és la tècnica diagnòstica terapèutica, seguit de la insuficient valoració o demora de tractament, amb 16 i 11 casos respectivament.
- ✓ No hi ha hagut cap ESPH organitzatiu.
- ✓ Augmenten els èxits evitables en relació a l'any anterior, amb un resultat de 3.2%, tots ells per insuficient valoració o demora de tractament, no assolint l'objectiu (<3%).
- ✓ S'ha detectat 1 ESPH de centre extern.
- ✓ S'ha rebut un 50% dels informes d'anàlisi per part del comandament dels casos sol·licitats.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITS D'INFERMERIA

	2023			2024		
	Èxits (*)	Sí nota		Èxits (*)	Sí nota	
H. UNIVERSITARI DE VIC	n	n	%	n	n	%
Hospitalització	256	247	96.48	209	190	90.91
URG+UCI+Observació	66	56	84.85	68	60	88.24
Hospitalització domiciliària	8	5	62.50	7	1	14.29
Activitat no pública (4-1 i 4-2)	50	49	98.00	64	58	90.62
GLOBAL HUV	380	357	93.95	348(*)	309	88.79

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

(*)No s'inclouen els ingressos cadàver en les dades (6), no cal nota èxitus

Comentaris

- ✓ El percentatge global de l'HUV és del 88.79%, no assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2023		2024	
	n	%	n (*)	%
ÈXITS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	305	80.26	325(*)	93.39
Nota èxitus mèdic				
Mort previsible	247	81.0	280	86.15
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	9	2.97	15	4.61
Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 309)				
Tractament Pal·liatiu	267	74.78	246	79.61
Eficax	261	97.75	237	96.34
Hi havia acompanyants	314	87.95	275	89.00
Indicació No RCP	270	75.63	235	76.05
Habitació individual	320	89.63	290	93.85
Èxitus en hab. doble per manca llits	4	1.12	3	0.97

(*) S'exclouen els "no procedeix" del càlcul dels % / Sobre el total d'èxitus no IC 348 - 6 IC (2024)

Comentaris

- ✓ Augment dels casos de mort previsible i dels casos amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible.
- ✓ Un 93.85% ha mort en habitació individual i un 0.97% del global (3 casos) han mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Augmenta el % de tractaments pal·liatius, i en un 96.34% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, augmenta en relació al 2023.

MORTALITAT AJUSTADA PER RISC

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.

	2021	2022	2023	2024
IMAR CHV	1,0608	0,7819	0,8289	0,6454
Defuncions Observades	307	241	254	232
Defuncions Esperades	289,4	308,2	306,4	359,5
Contribució	17,6	- 67,2	-52,4	-127,5
Episodis Avaluats	10.940	11.239	11.856	12.233
Defuncions no avaluades	62	72	98	89

Comentaris

- ✓ S'obté un valor de l'IMAR < 1 (valor de 0,6454), que indica que la mortalitat observada a l'HUV durant l'any 2024 ha estat inferior a l'esperada. En nombres absoluts són 127 èxits observats menys que els esperats.

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 l'entitat i el Departament de justícia, es va crear la Comissió Mixta que fa el seguiment dels suïcidis a la Comarca d'Osona.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA COMISSIÓ MIXTA AL CHV L'ANY 2024

Enfocament	☐ 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. Revisió 04, de 20 de novembre 2024.
Desplegament	☐ Actes de les reunions de la Comissió mixta del 2024 per seguiment d'objectius i anàlisi de suïcidis (26.01.2024 i 28.06.2024) i acta de la reunió de tancament 2024 (07.02.2025). ☐ Reunió Pacte Territorial per la Prevenció del Suïcidi: 02.05.2024. ☐ Actuacions específiques a nivell de Psiquiatria i Salut mental del CHV: urgències, hospitalització SM i atenció ambulatoria. ☐ Activitats formatives internes i externes: • Escrits publicats a pissarra virtual per a professionals del CHV; ✓ 6 de setembre: "El CHV comença la formació als professionals d'atenció primària de la Catalunya Central en la detecció precoç i intervenció eficaç del suïcidi" ✓ 10 de setembre: "Canviem la narrativa sobre el suïcidi" • 2 Sessions formatives a urgències: 09.10.2024 matí i tarda. • 11 activitats docents (cursos externs per a diferents col·lectius) ☐ Sessions a nivell d'Atenció Primària: 7 sessions ☐ Altres activitats: 12 activitats entre conferències, comunicacions, treballs i projectes. Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ 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. ☐ Lliurament a l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC) de l'informe de tancament del 2023. ☐ Publicació de resultats al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2023: 09.08.2024, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Presentació de resultats en la reunió de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 13.11.2024.
Revisió	☐ Instrucció de funcionament de la Comissió Mixta. Revisió 04.

DADES DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número suïcidis	9		16		8		15		16	
Mitjana edat	53	(39-85)	54,2	(17-85)	49,4	(36-61)	53,2	(20-91)	54,1	(32-79)
Homes	9		13		7		9	60,0	14	87,5
Dones	0		3		1		6	40,0	2	12,5
Taxa suïcidis per 100.000 hab.	5,52		9,74		4,82		8,89		9,34	

Objectiu marcat: ≤ 7 per 100.000 habitants

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut un augment de la taxa de suïcidis de la comarca d'Osona, per sobre de l'objectiu marcat.
- ✓ S'han analitzat el 100% dels casos que havien estat atesos o que feien seguiment al CHV

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA

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 de l'entitat...)

METODOLOGIA

Lligada a les DPOs, l'any 2024 es fa la revisió de l'informe d'alta de Geriatria i el consentiment informat de les transfusions sol·licitades des de l'Atenció Intermèdia.

REVISIÓ DE LA QUALITAT DE LA DOCUMENTACIÓ PER ÀREES

HOSPITALITZACIÓ: HSJM-HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU I HUSC-HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANTA CREU

INFORME D'ALTA	HSJM	HUSC	2023	HSJM	HUSC	Global 2024	Dif. 23-24
	%	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	102	154	256	125	163	288	
Estat basal a l'informe d'alta							
Consta l'estat basal	92,2	75,0	94,5	100,0	97,5	98,6	17,4%
Estat basal correctament omplert	56,9	100,0	68,0	77,6	92,6	86,1	42,5%
Pla d'intervenció individualitzat							
Consta la identificació suggerida	99,0	48,3	93,0	99,2	100,0	99,7	20,6%
Consten objectius de salut del pacient	99,0	75,0	93,0	99,2	100,0	99,7	20,6%
Consta Nivell d'intervenció assistencial	94,1	98,3	91,0	99,2	100,0	99,7	23,2%
Consten Recursos-seguiment	98,0	50,0	94,9	99,2	100,0	99,7	18,1%
Tots els ítems correctes (PII)	93,1	50,0	88,7	99,2	100,0	99,7	26,4%
Adequació de la prescripció	93,1	98,3	90,6	99,2	100,0	99,7	23,7%

Comentaris

- ✓ El resultat global d'Atenció Intermèdia de pla d'intervenció individualitzat correcte als informes d'alta va ser del 99,7% (99,2% a HSJM i 100% a HUSC) dels pacients amb més de 5 dies d'estada i que anaven a domicili. Això representa un increment en el compliment del 26,4% respecte l'any anterior

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.

	HC revisades	Hi ha consentiment		Hi ha CI normalitzat		Correcte/ total CI valorats		Correcte/ HC revisades	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
HSJM	12	12	100,0	12	100,0	5	41,7	5	41,7
HUSC	19	19	100,0	19	100,0	17	89,5	17	89,5
Global 2024	31	31	100	31	100	22	71,0	22	71,0
2023	38	38	100,0	38	100,0	21	55,3	21	55,3

Comentaris

- ✓ Aquest any s'han revisat un total de 31HC d'atenció intermèdia, trobant-se CI i sent normalitzat (document del CHV) en un 100,0% dels casos. De les HC revisades, el 71% tenen CI correctament emplenat.

(👉 Tornar a l'índex)

TERAPÈUTICA

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

DADES 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.

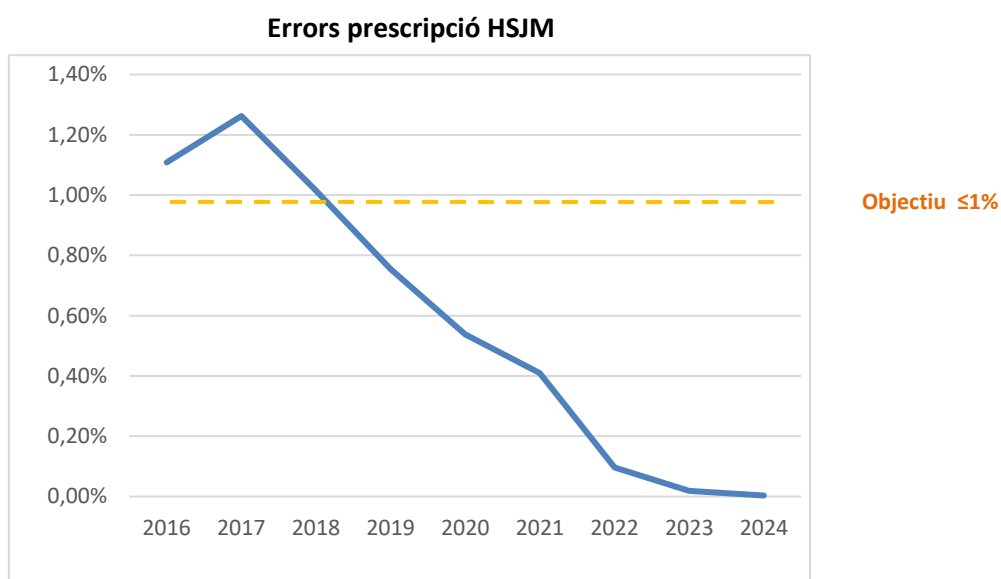
Per aquest motiu s'analitzen de forma sistemàtica els errors de medicació que es poden originar en els processos de prescripció, dispensació (preparació d'unidosi) i preparació/administració d'un medicament.

Periòdicament es recullen les dades dels diferents centres que integren l'entitat 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'HSJM ha estat:

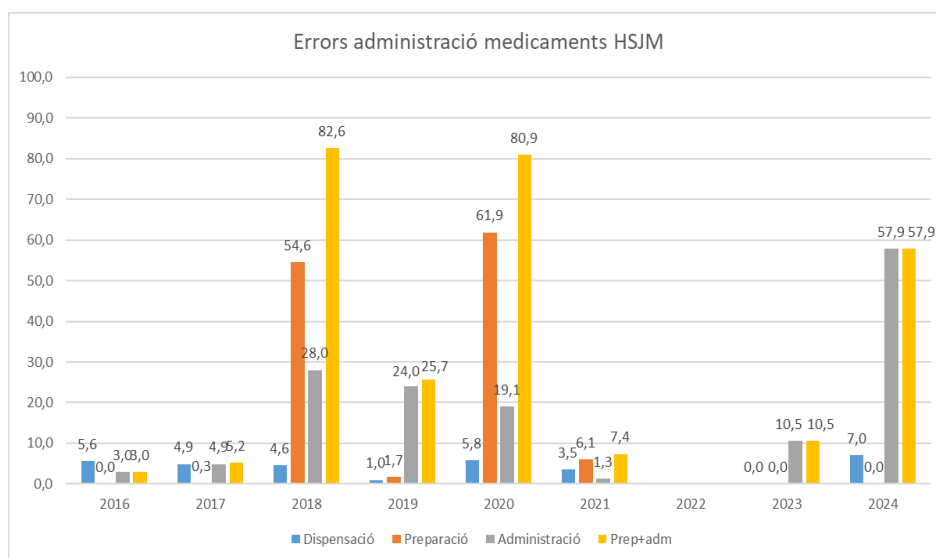


Comentaris

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

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2024 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 78 pacients i 171 fàrmacs a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu.

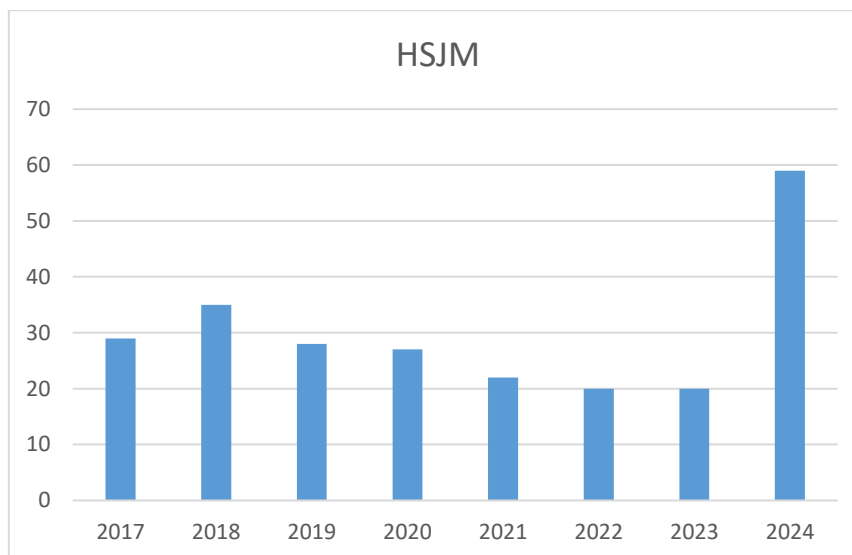


Comentaris

- ✓ Preparació del medicament: tots els fàrmacs s'han preparat correctament. No es té en compte la unitat de Psicogeriatria (J4) ja que no es poden preparar els fàrmacs a prop del pacient.
- ✓ Administració del medicament: administració oral errònia: 65.1%. La medicació s'ha deixat a la tauleta del pacient i no s'ha assegurat la presa. En el cas de la medicació parenteral, tots els fàrmacs s'han administrat correctament.

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 i seguretat del pacient al Centre. En aquest sentit, el Consorci Hospitalari de Vic té dissenyat un programa de comunicació d'errors de medicació.



Comentaris

- ✓ Les notificacions voluntàries d'errors de medicació han augmentat a l'HSJM, fet que indica una millora de la cultura de seguretat dels pacients.

DETECCIÓ D'ERRORS DE MEDICACIÓ A PARTIR D'ESPH I RECLAMACIONS

No s'ha detectat cap èxits secundari a problema hospitalari (ESPH) per errors de medicació ni cap cas d'error de medicació per reclamacions.

[\(👉 Tornar a l'índex\)](#)

RISCOS

Es presenten indicadors per a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu. En el cas de l'Hospital Universitari de la Santa Creu, l'any 2024 només es disposa de dades d'identificació inequívoca correcta, de prevenció de risc pneumònia IH i de risc de disfàgia.

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

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

Les dades referents a les UPP, s'han obtingut a través del programa QlikSense que explota les dades registrades al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA) dels pacients donats d'alta. Són dades d'incidència. S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de patir una UPP-IH dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala BRADEN, en pacients, amb ingrés igual o superior a 24h.

ÚLCERES PER PRESSIÓ IH

HSJM

% de pacients amb valoració RISC UPP	2023	2024
Altes estada >24h	775	745
Altes amb valoració Risc UPP	774	746
% Altes amb valoració Risc UPP	99.9	99.9

Objectiu SP > 90% - CHV > 95%

HSJM

	2023	2024
Altes amb risc UPP	%	%
	70.8	68.5

HSJM

Taxa UPP-IH	2023	2024
Altes estada > 2 dies	702	675
UPP-IH	24	19
% altes UPP-IH	3.4	2.8

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 2024 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

Son dades prevalença, valorant 119 pacients. S'avalua 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.

HSJM		2023	2024		
mesures prevenció aplicades		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	61.9	12	100.0	12
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	91.8	25	100.0	25

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc amb l'escala de Braden a l'HSJM és del 99.9%, acomplint l'objectiu de Seguretat de pacients.
- ✓ A l'HSJM el 68,5% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH i la taxa d'UPP_IH té una incidència del 2.8% a l'HSJM, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients.
- ✓ Compliment correcte de les mesures per disminuir el risc d'UPP en pacients amb risc moderat i alt en un 100%.

INCIDÈNCIA DE CAIGUDES A HOSPITALITZACIÓ

L'explotació de dades es fa a través del programa QlikSense 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).

Dades d'incidència a l'HSJM de l'any 2024 i comparativa amb anys anteriors.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Objectiu
Caigudes declarades HSMJ							
	n	n	n	n	n	n	
Hospital Sant Jaume Manlleu	97	105	96	124	141	116	
% de caigudes a HSMJ (x mil estades)	3.99	4.37	4.22	5.14	5.87	4.99	≤ 2 per mil

	2019	2020	2021	2022	2023	2024		Objectiu
Conseqüències								
	%	%	%	%	%	n	%	
Sense conseqüències i lleus	96.9	99.0	94.8	98.4	99.3	114	98.3	>95%
Conseqüències importants	3.1	1.0	5.2	1.6	0.7	2	1.7	

Comentaris

- ✓ Disminució de les caigudes declarades a nivell de l'HSJM (25 caigudes menys. I, la taxa de caigudes a l'HSJM és del 4.99% superant l'objectiu establert pel Departament de Salut, de seguretat de pacients (SP) ≤2%.
- ✓ El percentatge de caigudes a l'HSJM sense conseqüències i/o lleus és del 98.3% assolint l'objectiu (SP>95%).
- ✓ A l'HSJM s'han produït 2 caigudes amb conseqüència greu, de les quals s'ha fet anàlisi causa-arrel al 100% dels casos. Les conseqüències han estat fractura de fèmur i fractura de canell.

CAIGUDES REITERADES

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

ANY 2024

Edifici	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥ 3 vegades
HSJM	1.55	1-6	8

Comentaris

- ✓ Dels pacients que han caigut més de tres vegades s'ha fet anàlisi en el 100% dels casos.
- ✓ Hi ha hagut 6 pacients ingressats a l'HSJM que han caigut més de 3 vegades. Aquests pacients han acumulat un total de 26 caigudes, que representen el 22.41% de les caigudes que s'han produït.

VALORACIÓ DEL RISC DE CAIGUDES

L'explotació de dades es fa a través del programa QlikSense que obté les dades de les caigudes que s'han enregistrat en el Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria Gacela dels pacients donats d'alta hospitalària. A partir de l'1 de Maig de 2024 es va efectuar un canvi d'escala de valoració del risc de caigudes a Atenció Intermèdia, de manera que es va deixar de fer servir l'escala Crichton i es va procedir a utilitzar l'escala Downton. S'avalua el compliment del formulari/registre de la valoració del risc de caiguda dins de les primeres 24h de l'ingrés, mitjançant l'escala Crichton o Downton, en pacients amb ingrés igual o superior a 24h. Són dades d'incidència. No es disposa de dades de l'HUSC.

Atenció Intermèdia (HSJ)	Percentatge pacients amb valoració risc caigudes (CRICHTON o DOWNTON)			desv.
	2023	2024		
	%	mostra	%	
Global	99,86%	689	100,00%	0,14%

Obj. SP Dep Salut $\geq 90\%$ / CHV $\geq 95\%$

Comentaris

- ✓ El nivell de compliment global de la valoració del risc de caigudes a Atenció Intermèdia supera els objectius establerts..

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 2024 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures de l'HSJM, amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques. Dades de prevalença, valorant 100 pacients.

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 2024

	HSJM
Pacients estudiats	100
Nº pacients amb mesures aplicades	96
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	96.0%

Comentaris

- ✓ A l'HSJM un 96.0% dels pacients tenen les mesures aplicades. Les que tenen més oportunitats de millora són l'habitació endreçada (sense obstacles) i llit en posició baixa 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.

Són dades de prevalença, valorant 216 pacients a Hospitalització (plantes d'internament) de l'HSJM i 176 pacients a l'HUSC.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA Atenció Intermèdia (HSJ)		2023 Identificació correcte (%)	2024 Pacients avaluats n	Identificació correcte %	desv.
Hospitalització	J-1	100,00%	53	100,0%	-
	J-2	97,37%	47	97,9%	0,55%
	J-3	96,67%	53	100,0%	3,45%
	J-4	97,62%	63	96,8%	-0,84%
GLOBAL HJSM		97,92%	216	98,6%	0,70%

Objectiu SP Dep. SalutCHV ≥ 95%

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA Atenció Intermèdia (HSC)		2023 Identificació correcte (%)	2024 Pacients avaluats n	Identificació correcte %	desv.
Hospitalització	P-1	100,0%	54	100,0%	-
	P-2	100,0%	65	93,8%	-6,20%
	P-3	90,9%	57	100,0%	10,00%
GLOBAL HSC		98,0%	176	97,70%	-0,31%

Objectiu SP Dep. SalutCHV ≥ 95%

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu ≥95% en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HSJM i a les de l'HUSC, excepte a la P-2 de l'HUSC.

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, cognoms i data de naixement.

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

Hospitalització

	2023		2024	
	Pacients	Id. activa	Pacients	Id. activa
	n	%	n	%
HSJM	39	23.1	58	94.8

Comentaris

- ✓ Al 94.8% dels pacients hospitalitzats a 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 de l'entitat, en tots els talls d'observació directa que s'han dut a terme durant l'any 2024 s'han inclòs les variables: "pacient al llit" i "posició del capçal 30º".

	2023	2024
HSJM		
• Pacients al llit	40	26
• % capçal >30º	100.0	100.0

	2024
HUSC	
• Pacients al llit	73
• % capçal >30º	97.2

Comentaris

- ✓ El percentatge d'acompliment de mesures de prevenció de la pneumònia intrahospitalària per broncoaspiració en els pacients valorats es del 100% a l'HSJ i, del 97,2% a l'HUSC.

RISC DE DISFÀGIA

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

Valoració escala de risc

Són dades d'incidència. S'avalua la constància del test de deglució fet en pacients amb edat ≥ 80 anys ingressats, amb una estada superior a 24h, abans de les primeres 24h de l'ingrés (obj $\geq 90\%$), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA). No es disposa de dades de l'HUSC.

Atenció Intermèdia (HSJ)	Pacients amb valoració risc ennuegament mitjançant el test de deglució			desv.	
	2023	2024			
	%	mostra	n		%
Global	79.39%	408	404	99.02%	24.73%

Objectiu CHV $\geq 90\%$

Comentaris

- ✓ A l'HSJM el 99.02% dels pacients amb edat ≥ 80 anys tenen el test de deglució fet, superant l'objectiu $\geq 90\%$.

Revisió identificació del risc correcta

Són dades de prevalença. Es valora, mitjançant observació directa, el percentatge de pacients amb test de deglució positiu o disfàgia prèvia als que se'ls ha identificat amb l'etiqueta de risc de disfàgia 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.

Atenció Intermèdia (HSJ)	Test deglució positiu i etiqueta de risc de disfàgia		
	2023	2024	
	%	mostra	%
Pacients amb test deglució positiu o disfàgia prèvia	25,52%	119	24,37%
Etiqueta risc disfàgia capçal llit	67,57%	29	96,30%

Objectiu CHV $\geq 80\%$

Atenció Intermèdia (HUSC)	Test deglució positiu i etiqueta de risc de disfàgia	
	2024	
	mostra	%
Pacients amb test deglució positiu o disfàgia prèvia	172	25,58%
Etiqueta risc disfàgia capçal llit	44	68,29%

Objectiu CHV $\geq 80\%$

Comentaris

- ✓ A l'HSJM, el 96.30% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit, aconseguint l'objectiu $\geq 80\%$.
- ✓ A l'HUSC, el 68.29% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit, no aconseguint l'objectiu $\geq 80\%$.

(👉 Tornar a l'índex)

INFECCIONS

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

ESTUDI DE PREVALENÇA

L'any 2024 es van realitzar 2 talls de prevalença VINCAt que corresponen en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Sant Jaume de Manlleu es van realitzar al maig i al novembre de 2024.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

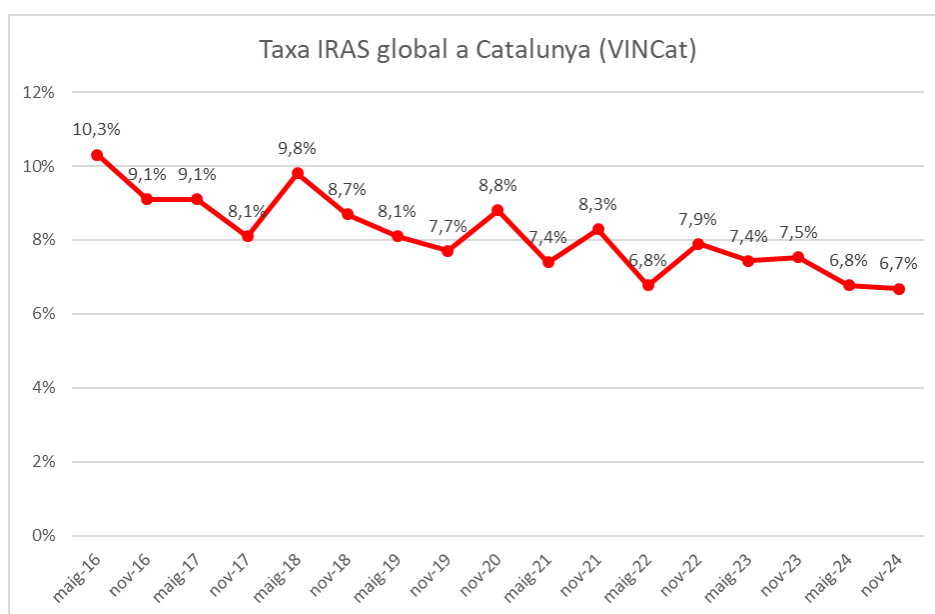
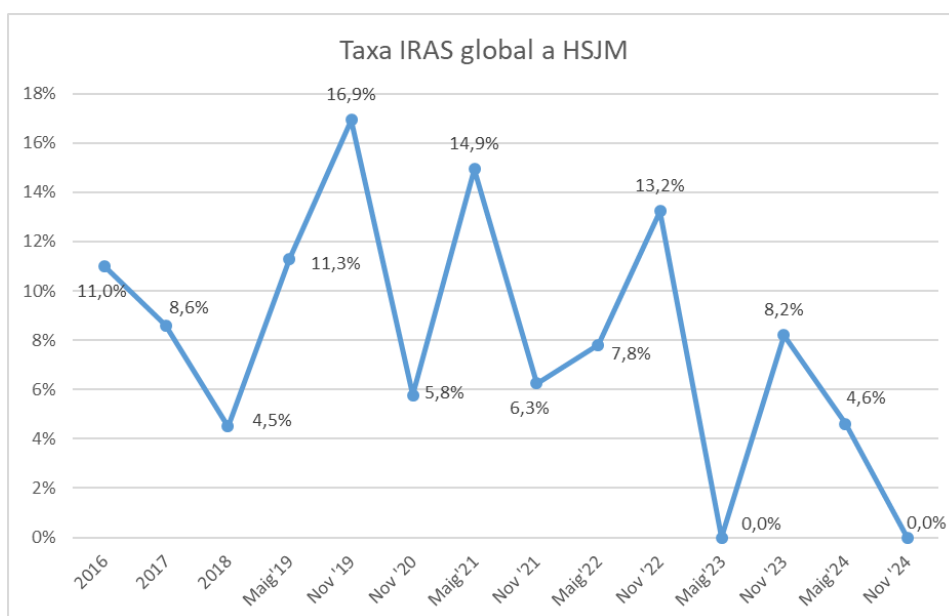
	Maig '24		Nov. '24		VINCAt Nov. '24	
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Desorientació T/E	22	33,85	29	43,28	3.340	41,93
Gran dependència	22	33,85	33	49,25	3.215	40,36
Disfàgia	25	38,46	21	31,34	1.803	22,63
Úlceres per pressió	20	30,77	13	19,40	1.052	13,21
Incontinència fecal i/o urinària	35	53,85	40	59,70	4.559	57,23
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	12	18,46	10	14,93	727	9,13
Pacients N: Nombre de pacients						

	Maig '24		Nov. '24		VINCAt Nov. '24	
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Catèter urinari	12	18,46	16	23,88	643	8,07
Catèter vascular	12	18,46	18	26,87	1.060	13,31
Catèter vascular perifèric	12	18,46	17	25,37	820	10,29
Catèter vascular perifèric mitjà	0	0,00	0	0,00	137	1,72
Catèter vascular central	0	0,00	1	1,49	128	1,61
Traqueotomia	4	6,15	0	0,00	66	0,83
Gastrostomia (PEG)	2	3,08	0	0,00	142	1,78
Sonda nasogàstrica	1	1,54	0	0,00	98	1,23
Pacients N: Nombre de pacients						

Comentaris

- ✓ S'observa que, en general, els pacients de l'HSJM tenen més factors de risc intrínsecs que la resta d'hospitals del VINCAt, destacant la gran dependència, la disfàgia, les UPP's.
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, és estable en els 2 talls realitzats i per sobre dels hospitals del VINCAt. Això ens indica que el perfil de pacients de l'HSJM són majoritàriament de convallescència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HSJM tenen més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCAt, destacant els catèters urinaris i vasculars.
- ✓ El 95.5% dels pacients tenien un resultat de l'índex de Charlson superior o igual a 3, resultat superior al del VINCAt (27.9%).

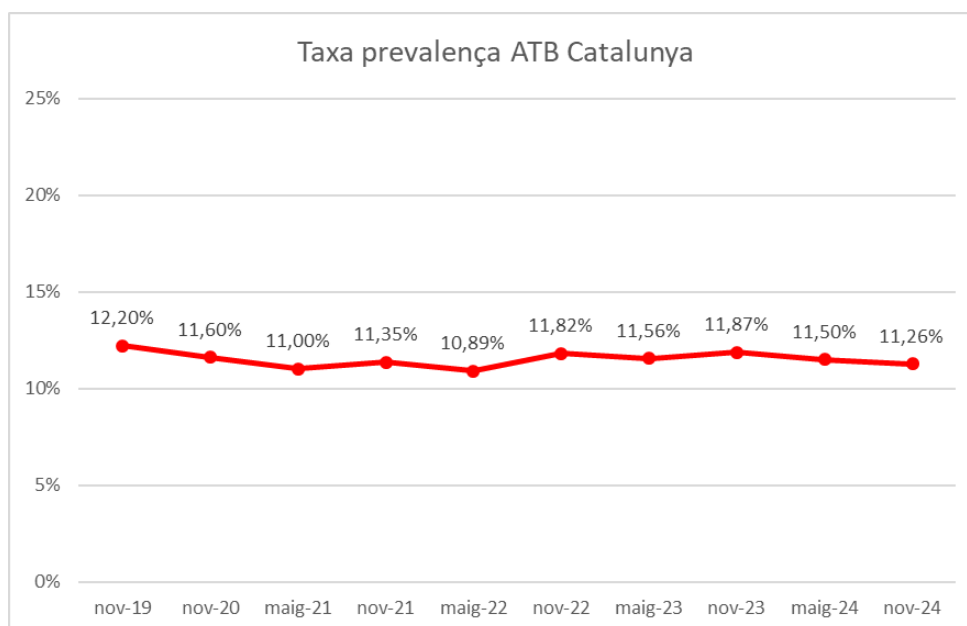
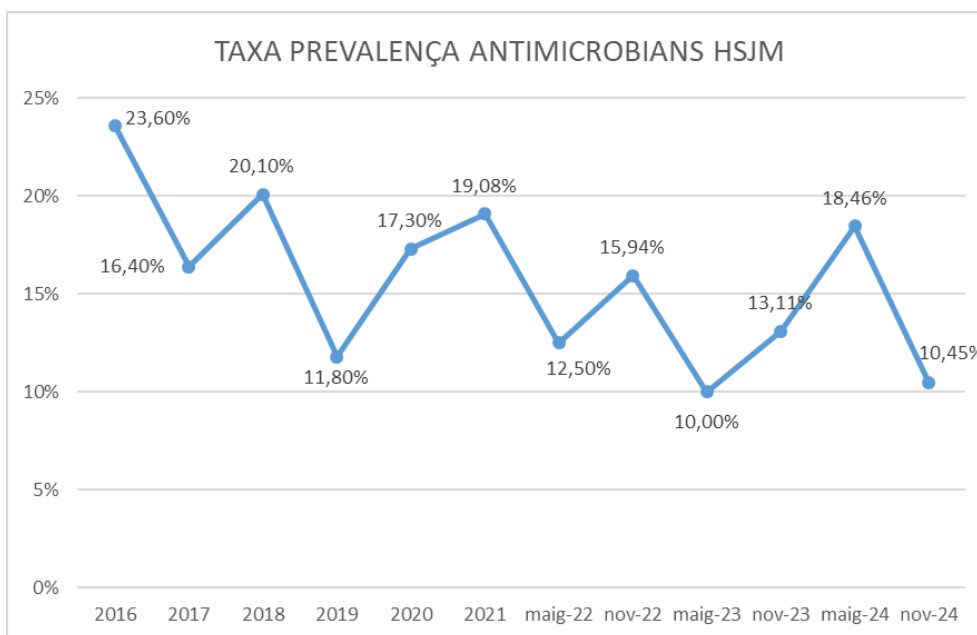
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ Disminueix la taxa d'infecció situant-se als nivells de 2018 (4.60%), per sota del resultat del VINCAt. Al tall de novembre no es va detectar cap infecció.
- ✓ En el tall de maig, a l'igual que la resta d'hospitals del VINCAt, els pacients amb gran dependència són els que presenten més prevalença d'infecció, però a l'HSJM s'afegeixen les UPP com a factor de risc intrínsec. En aquesta línia, la majoria dels pacients infectats són de llarga estada, augmentant respecte anys anteriors, situant-nos per sobre del VINCAt.
- ✓ Es confirma que els pacients que porten catèter vascular perifèric o urinari presenten més infeccions, igual que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els gèrmens responsables de les infeccions són gram negatius en un 100% (*Escherichia coli* i *Pseudomonas aeruginosa*), similar a la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Un 66.7% de les infeccions a l'HSM tenien cultiu practicat, resultat per sobre del global del VINCAt.

Ús d'antimicrobians

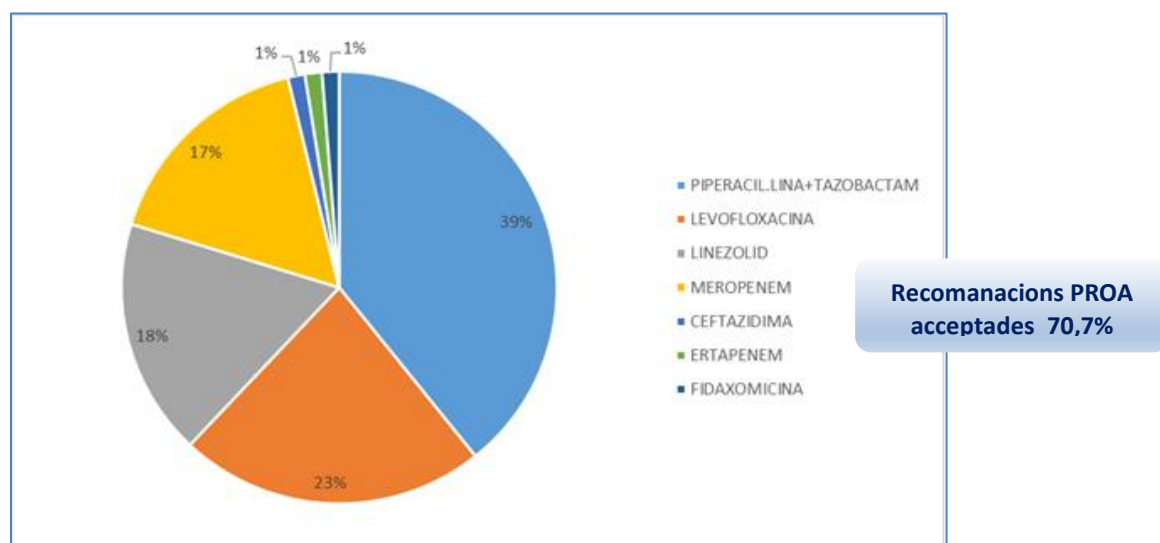


Comentaris

- ✓ En el darrer tall realitzat, la taxa de prevalença d'ús d'ATB torna a situar-se per sota de la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ El tractament empíric ha disminuït vers l'any passat (55.6%) millorant el resultat de la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a l'HSJM són les cefalosporines seguits de les quinolones.
- ✓ Als hospitals del VINCAt els antibiòtics més utilitzats són les penicil·lines seguits de les cefalosporines.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

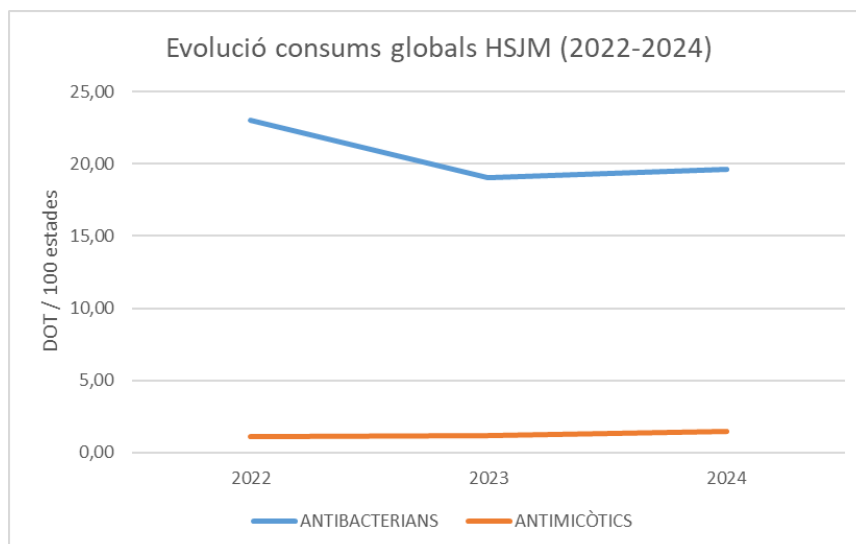


Comentaris

- ✓ Han augmentat els antibiòtics restringits prescrits (26 més). S'han avaluat 33 antibiòtics (13 més que l'any 2023) amb una adherència al protocol del 69.7% inferior a l'any 2023.
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte l'any anterior observant-se una disminució de la Meropenem i la Levofloxacina i augmentant la Piperacilina Tazobactam i el Linezolid.
- ✓ Disminueix l'adherència al protocol de la Piperacilina Tazobactam, la Levofloxacina i el Linezolid respecte el 2023.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 58 recomanacions augmentant respecte l'any anterior.
- ✓ Disminueix l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2023.
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament i de canvi segons antibiograma. Cal destacar que s'accepta millor la recomanació de canvi que la de durada (80% envers 69.7%). Aquests resultats són similars als de l'any 2023.

Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HSJM per tipus d'antimicrobià (DOT)

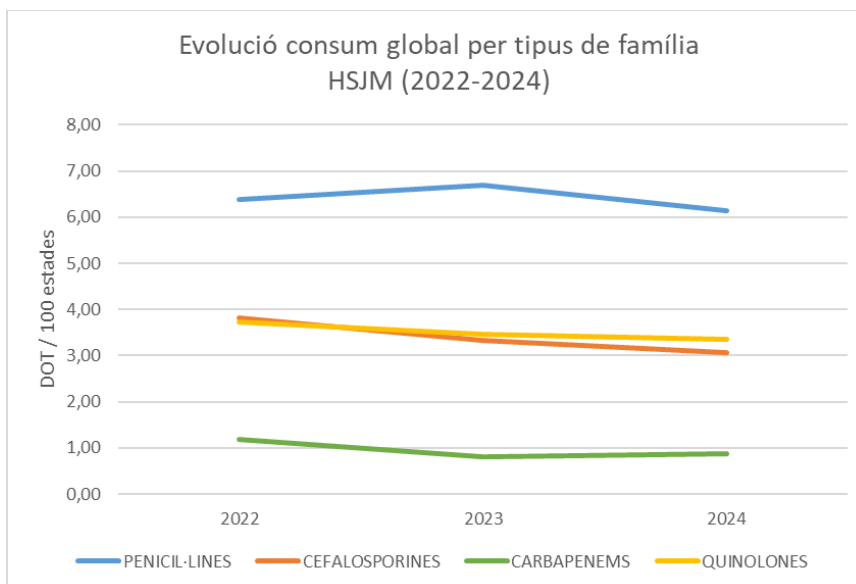
Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients d'atenció intermèdia per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. Al tancament d'aquest dossier no es disposa encara de dades comparatives, es presenten les de l'HSJM.



Comentaris

- ✓ En general el consum global d'antimicrobians es manté respecte el 2023. S'atribueix aquest resultat a la consolidació de l'equip PROA a Atenció Intermèdia.

Resultats evolutius HSJM (2022-2024) Consum Hospitalari Sociosanitari per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Hi ha una disminució global del consum de Penicil·lines, Cefalosporines i Quinolones respecte l'any 2023. A destacar l'increment del consum de Quinolones a Llarga Estada.
- ✓ Per altra banda es manté el consum de Carbapenems respecte l'any anterior.

HIGIENE DE MANS

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA GLOBAL HIGIENE DE MANS HSJ:

2020	2021	2022	2023	2024
65.1%	80.5%	80%	72%	73%

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

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS							
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CONVALESCÈNCIA	69.4%	-	77.4%	78.1%	84%	75%	71%
PSICOGERIATRIA	57.7%	-	62.2%	77.3%	76%	62%	72%
REHABILITACIÓ	-	-	-	77%	76%	78.2%	81%
						TOTAL	71%

EVOLUCIÓ INDICADOR CONSUM GLOBAL PBA:

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CONSUM PBA	512 litres	530 litres	1083 litres	1083 litres	617 litres	578 litres	507.5 litres
ESTADES	24814	24962	22783	23046	23956	23143	23632
INDICADOR CONSUM PBA	21	21	47	27	22	22.1	21.4

Objectiu OMS > 20 litres

Comentaris

- ✓ L'any 2024 s'observa un augment en la taxa d'adherència HM global a l'HSJM.
- ✓ Les indicacions d'HM amb més baixa adherència són el moment 3 (M3) fet que explica l'augment de l'ús de guants.
- ✓ Des de 2018, i de forma global, s'assoleix el llindar mínim de consum PBA recomanat per l'OMS (>20 litres).
- ✓ La prevalença de llits amb PBA en el punt d'atenció a l'HSJM és del 100%.
- ✓ Continuem dins el nivell avançat en l'autoavaluació anual de la OMS. Aconseguint un total de 435 punts d'un màxim de 500.

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

Vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions

Fer una vigilància i control d'aquests microorganismes contribueix a una millora en la Seguretat del Pacient i a controlar la seva disseminació en el territori. Sense oblidar, que una bona vigilància de les mesures de prevenció realitzades fa augmentar l'eficiència dels Serveis Sanitaris i eviten els efectes psicosocials dels pacients sotmesos a ser aïllats durant l'estada hospitalària. Cal destacar que a l'Atenció Intermitèdia les mesures per evitar la transmissió de les infeccions són un aspecte clau en la disseminació ambiental ja que els pacients utilitzen espais comuns com Teràpia Ocupacional, sales de descans, Rehabilitació, etc.

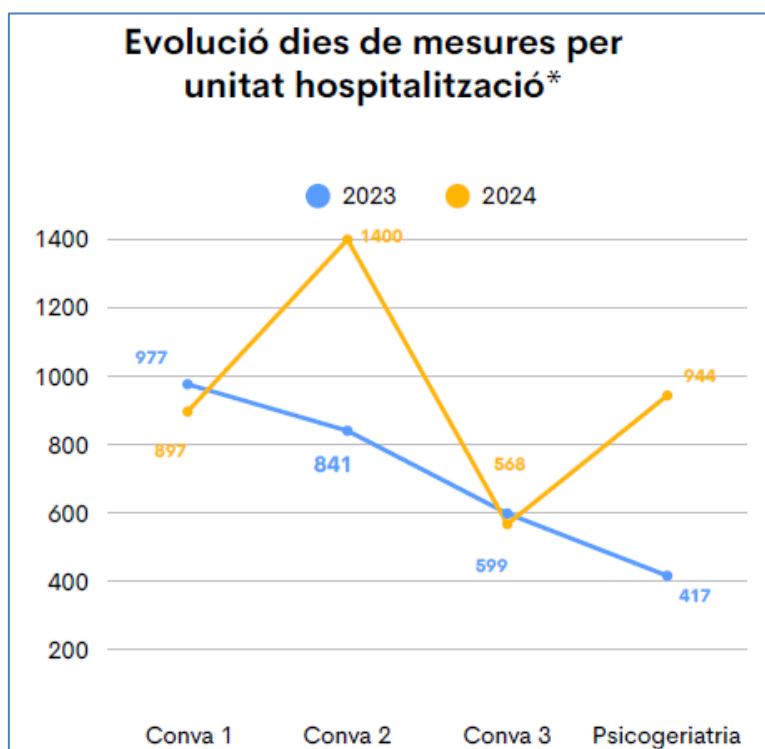
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

	2023	2024
AÏLLAMENTS	170	185
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	135	146
DIES MESURES	2834	3809
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	14	15

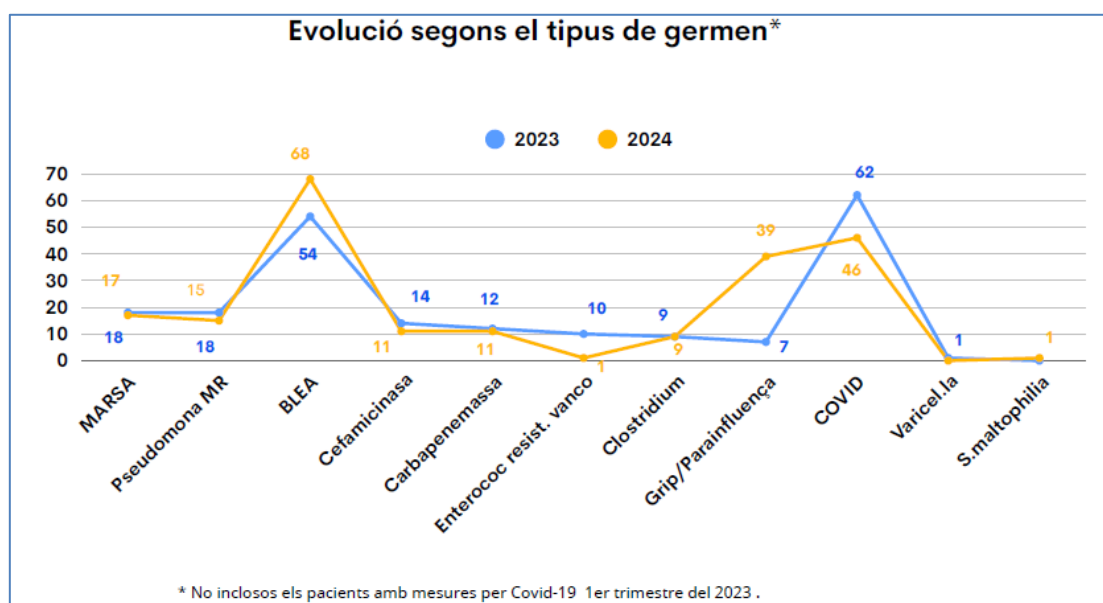
(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



* No inclosos pacients amb mesures per Covid-19 del 1r trim 2023.

Distribució mesures aplicades segons el germen



Comentaris

- ✓ L'any 2024 les mesures per evitar la transmissió per contacte han augmentat un 11% respecte a l'any 2023 a causa de l'augment d'enterobacteries productores de BLEA. Les mesures per contacte+gotes han augmentat un 9% a causa de l'augment casos d'infecció per Grip.
- ✓ L'any 2024, Conva 2 i Psicogeriatría són les unitats que més han augmentat en número i dies d'aïllaments. Conva 1 disminueix un 19% les mesures per evitar la transmissió i una disminució del 8% dels dies de mesures respecte l'any 2023. Conva 2 augmenten un 8.7% les mesures per evitar la transmissió i un augment del 66.5% dels dies de mesures respecte l'any 2023. Conva 3 augmenten un 37.8% les mesures per evitar la transmissió i una disminució del 5.1% dels dies de mesures respecte l'any 2023. Psicogeriatría augmenten un 19% les mesures per evitar la transmissió i un augment del 126% dels dies de mesures respecte l'any 2023.
- ✓ S'observa un augment d'un 26% respecte el 2023 de les enterobactèries multirresistents, sobretot per productores de bectolactamasses d'espectre extès (BLEA).
- ✓ El MARSA i *Clostridium Dificille* es mantenen.
- ✓ La COVID ha disminuït i augmenta la Grip.

Nota: Per conèixer les dades de la vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions (aïllaments), consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA CREU DE VIC

ESTUDI DE PREVALENÇA

Es van realitzar 2 talls de prevalença VINCAt en els centres d'Atenció Intermèdia. A l'Hospital Universitari Santa Creu de Vic es van realitzar al maig i al novembre de 2024.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

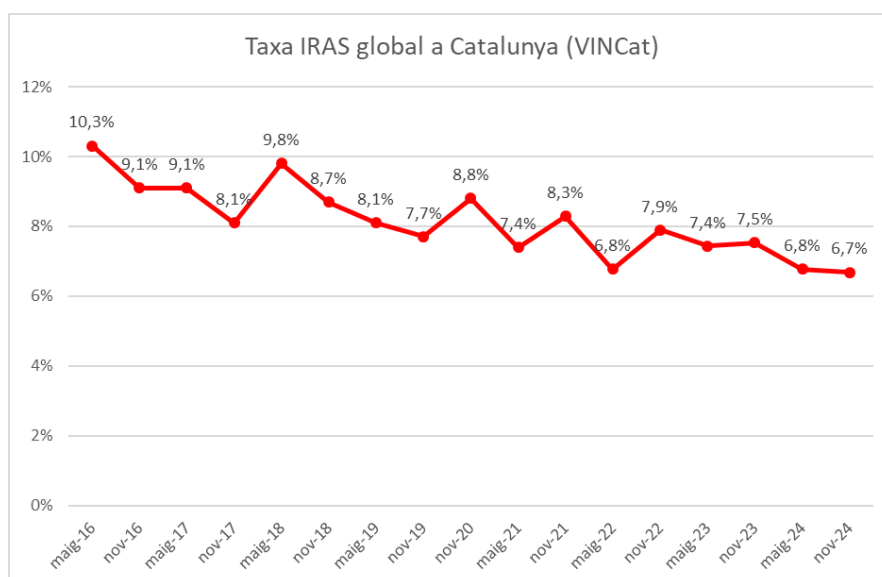
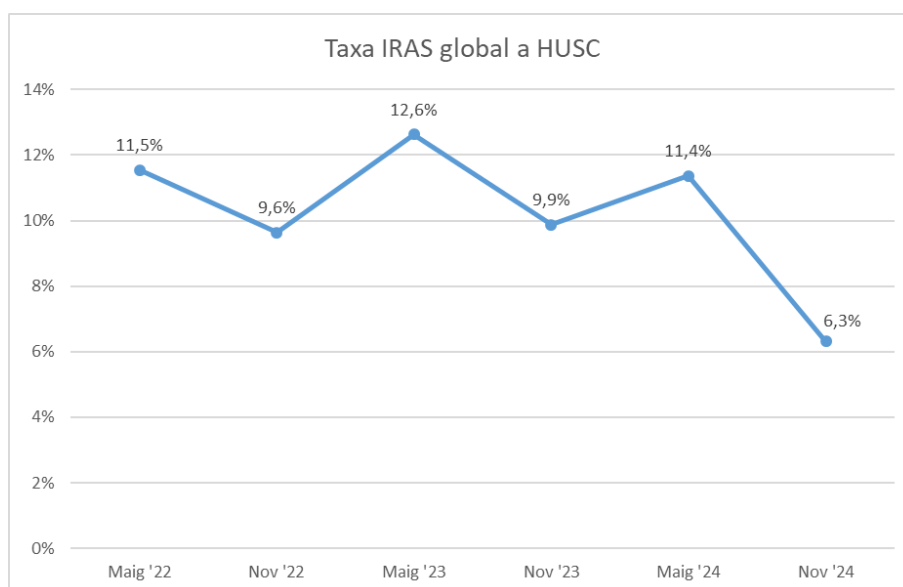
	Maig '24		Nov. '24		VINCAt Nov. '24	
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Desorientació T/E	26	29,21	44	45,83	3.340	41,93
Gran dependència	30	33,71	40	41,67	3.215	40,36
Disfàgia	30	33,71	35	36,46	1.803	22,63
Úlceres per pressió	12	13,48	13	13,54	1.052	13,21
Incontinència fecal i/o urinària	55	61,80	64	66,67	4.559	57,23
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	13	14,61	14	14,58	727	9,13
Pacients N: Nombre de pacients						

	Maig '24		Nov. '24		VINCAt Nov. '24	
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Catèter urinari	17	19,10	16	16,67	643	8,07
Catèter vascular	35	39,33	42	43,75	1.060	13,31
Catèter vascular perifèric	35	39,33	36	37,50	820	10,29
Catèter vascular perifèric mitjà	1	1,12	4	4,17	137	1,72
Catèter vascular central	0	0,00	5	5,21	128	1,61
Traqueotomia	0	0,00	0	0,00	66	0,83
Gastrostomia (PEG)	0	0,00	2	2,08	142	1,78
Sonda nasogàstrica	0	0,00	1	1,04	98	1,23
Pacients N: Nombre de pacients						

Comentaris

- ✓ S'observa que els pacients de l'HUSC tenen més disfàgia i més incontinència que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, és estable en els 2 talls realitzats i per sobre dels hospitals del VINCAt. Això ens indica que el perfil de pacients de l'HUSC són majoritàriament de Convalescència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HUSC tenen més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCAt, destacant els catèters vasculars (inclòs el central) i urinaris.
- ✓ El 92.71% dels pacients tenien un resultat de l'índex de Charlson superior o igual a 3.

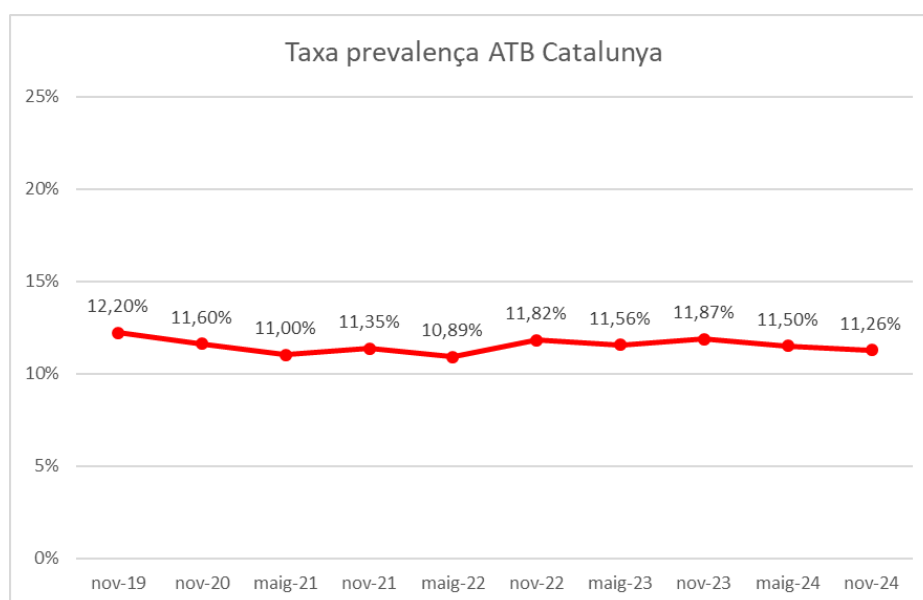
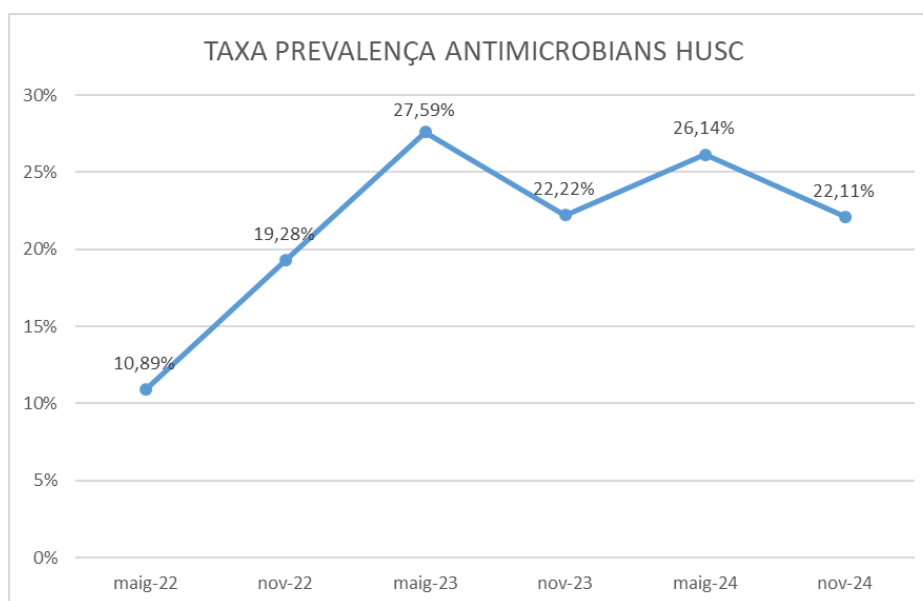
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ Disminueix la taxa d'infecció global observada al tall de novembre de 2024 a 6.3%, situant-nos, per primer cop, per sota del resultat del VINCAt.
- ✓ A l'igual que la resta d'hospitals del VINCAt els pacients amb incontinència i gran dependència són els que presenten més prevalença d'infecció.
- ✓ Es confirma que els pacients que porten catèter vascular perifèric o urinari presenten més infeccions, igual que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Els gèrmens responsables de les infeccions són gram negatius en un 88.9% (*Escherichia coli*, *Klebsiella Pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Citrobacter*), similar a la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Un 81.8% de les infeccions a l'HUSC tenien cultiu practicat, millorant respecte l'any 2023 i per sobre del global del VINCAt.

Ús d'antimicrobians

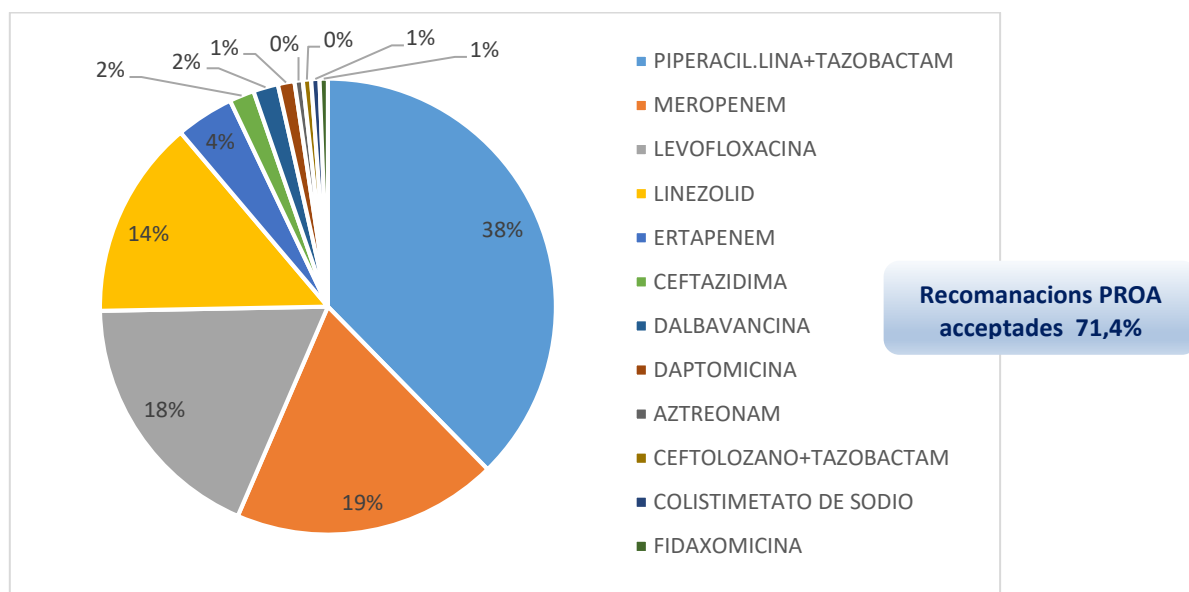


Comentaris

- ✓ La taxa de prevalença d'ús d'ATB ha disminuït respecte el 2023, tot i mantenint-se al doble de la resta d'hospitals del VINCat.
- ✓ El tractament dirigit ha disminuït vers l'any passat (17.4%), per sota del resultat de la resta d'hospitals del VINCat.
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a l'HUSC són les penicil·lines, igual que la resta d'hospitals del VINCat.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

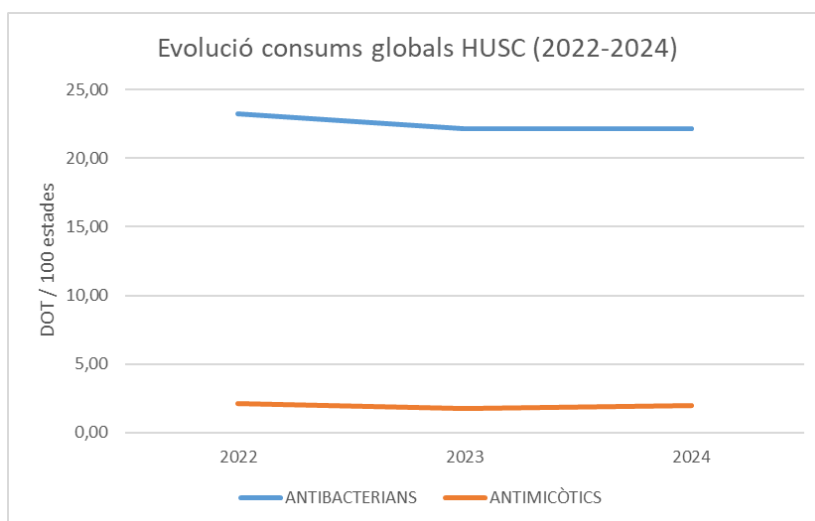


Comentaris

- ✓ Han augmentat els antibiòtics restringits prescrits (6 més), l'adhesió al protocol fins al 84.2% i l'avaluació d'antibiòtics (3 més que l'any 2023).
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte l'any anterior observant-se un augment del Meropenem i la Levofloxacina i disminuint la Piperacilina Tazobactam i el Linezolid.
- ✓ Augmenta l'adherència al protocol de la Piperacilina Tazobactam, la Levofloxacina i el Meropenem. Per contra disminueix el Linezolid respecte el 2023.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 28 recomanacions disminuint respecte l'any anterior.
- ✓ Augmenta l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte el 2023.
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament i de canvi segons antibiograma. S'accepta millor la recomanació de durada que la de canvi (72.7% envers 66.7%). Aquests resultats són similars als de l'any 2023.

Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HUSC per tipus d'antimicrobià (DOT)

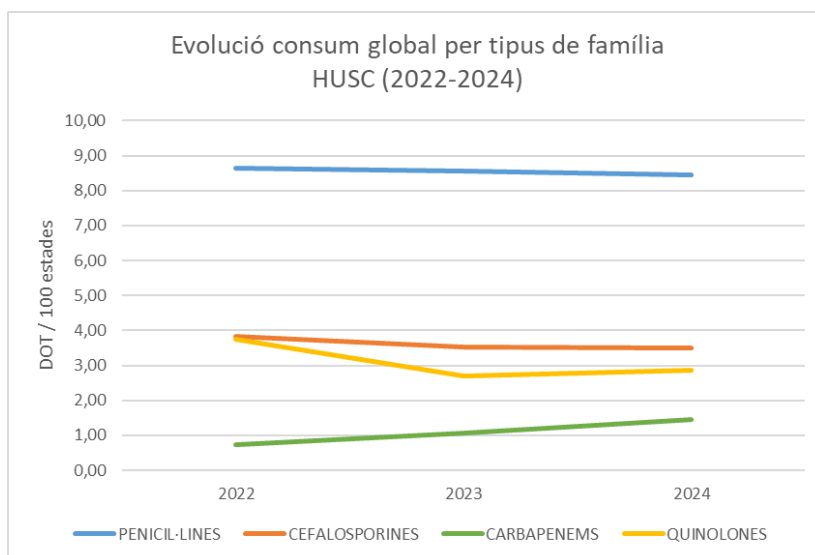
Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients d'atenció intermèdia per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. Al tancament d'aquest dossier no es disposa encara de dades comparatives, es presenten les de l'HUSC.



Comentaris

- ✓ El consum global d'antimicrobians es manté respecte el 2023. S'atribueix aquest resultat a la consolidació de l'equip PROA a Atenció intermèdia.
- ✓ A destacar l'augment d'antimicrobians a Llarga Estada i Cures Pal·liatives envers l'any passat.

Resultats evolutius HUSC (2022-2024) Consum Hospitalari Sociosanitari per tipus de família (DOT)



Comentaris

- ✓ Es manté el consum de Penicil·lines i Cefalosporines respecte l'any 2023.
- ✓ Augmenten els Carbapenems i les Quinolones, respecte l'any anterior a causa dels consums a la unitat de Convalescència i Cures pal·liatives respectivament.
- ✓ Cal destacar que Subaguts és un servei amb un baix consum de Carbapenems, segurament per les accions del grup PROA d'Aguts prèvies a la derivació a Atenció Intermèdia.

HIGIENE DE MANS

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA GLOBAL HIGIENE DE MANS HUSC:

2023	2024
49.6%	52%

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

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS		
	2023	2024
PLANTA 1	49%	54%
PLANTA 2	39.5%	51%
PLANTA 3	55%	52%
TOTAL		52%

EVOLUCIÓ INDICADOR CONSUM GLOBAL PBA:

	2023	2024
CONSUM PBA	296 litres	665 litres
ESTADES	30904	31832
INDICADOR CONSUM PBA	9.5	20.8

Objectiu OMS > 20 litres

Comentaris

- ✓ Ha augmentat la taxa d'adherència global d'HM tot i que hi ha marge de millora per situar-se al nivell dels centres del CHV. S'aconsegueix una taxa d'adherència uniforme a les 3 plantes.
- ✓ La indicació d'HM amb més baixa adherència és el moment 3 (M3), després de fluids corporals fet que explica l'augment de l'ús de guants.
- ✓ Ha augmentat el consum de PBA complint per primera vegada l'estàndard de l'OMS (>20 litres).
- ✓ La prevalença de llits amb PBA en el punt d'atenció a l'HUSC és del 100%.
- ✓ Aquest any aconseguim el nivell intermedi en l'autoavaluació anual de la OMS. Aconseguint un total de 342.5 punts d'un màxim de 500.

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

Vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions

Fer una vigilància i control d'aquests microorganismes contribueix a una millora en la Seguretat del Pacient i a controlar la seva disseminació en el territori. Sense oblidar, que una bona vigilància de les mesures de prevenció realitzades fa augmentar l'eficiència dels Serveis Sanitaris i eviten els efectes psicosocials dels pacients sotmesos a ser aïllats durant l'estada hospitalària. Cal destacar que a l'Atenció Intermèdia les mesures per evitar la transmissió de les infeccions són un aspecte clau en la disseminació ambiental ja que els pacients utilitzen espais comuns com Teràpia Ocupacional, sales de descans, Rehabilitació, etc.

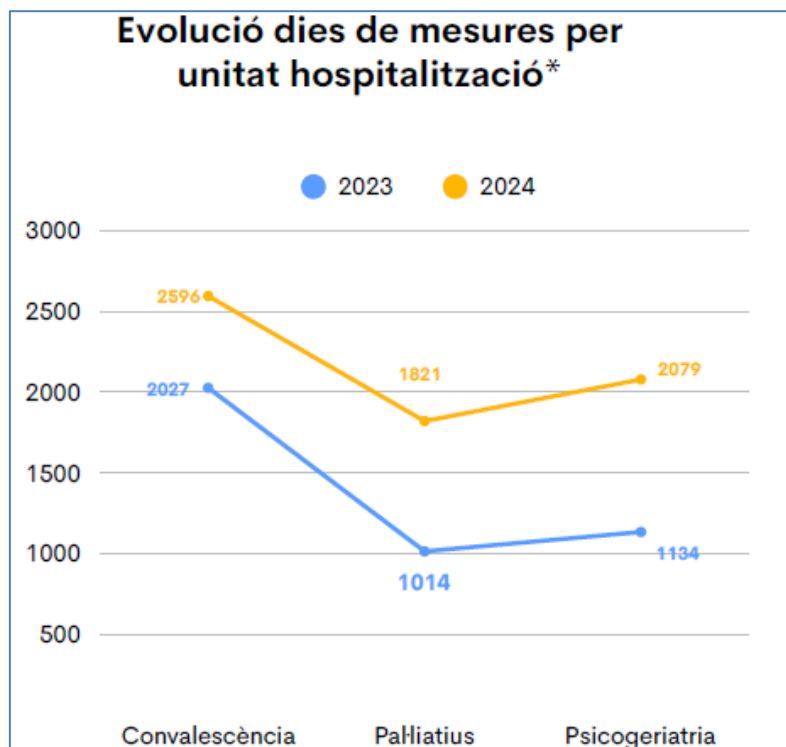
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

	2023	2024
AÏLLAMENTS	239	267
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	200	218
DIES MESURES	4175	6496
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	19,9	22

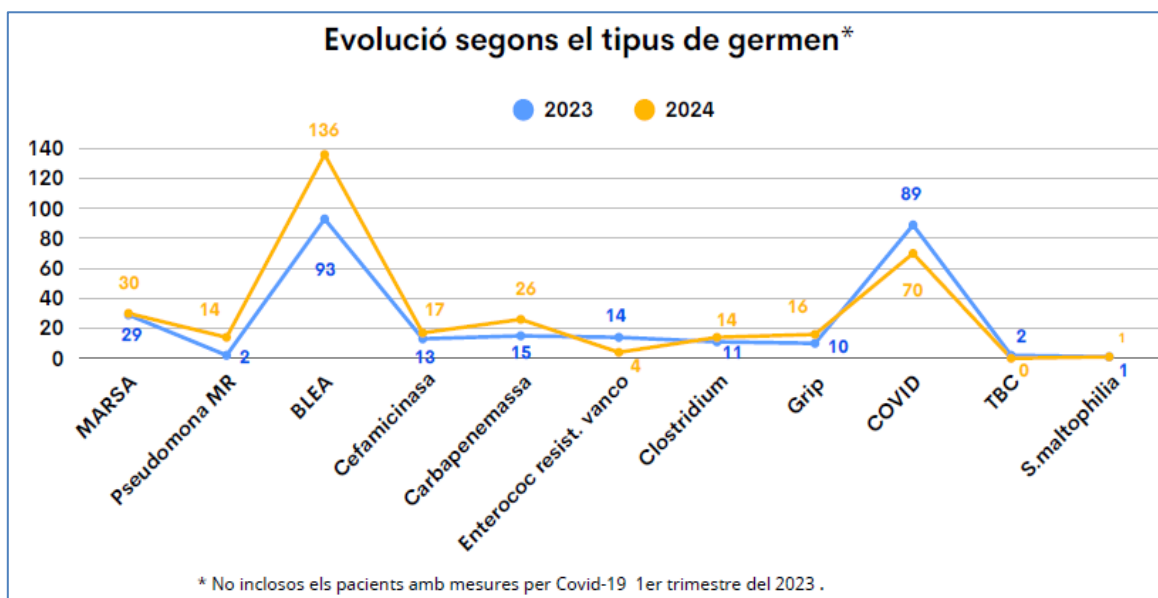
(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



* No inclou els pacients amb mesures per Covid-19 del 1er trimestre del 2023.

Distribució mesures aplicades segons el germen



Comentaris

- ✓ L'any 2024 les mesures per evitar la transmissió per contacte han augmentat un 38% respecte a l'any 2023 a causa de l'augment de gèrmens.
- ✓ L'any 2024 Pal·liatiu i Psicogeriatria són les unitats que més han augmentat en número i dies d'aïllaments.
- ✓ Convalescència disminueix un 3% les mesures per evitar la transmissió i un augment del 28% dels dies de mesures respecte l'any 2023.
- ✓ Pal·liatiu augmenten un 27% les mesures per evitar la transmissió i un augment del 79% dels dies de mesures respecte l'any 2023.
- ✓ Psicogeriatria augmenten un 16% les mesures per evitar la transmissió i un augment del 83% dels dies de mesures respecte l'any 2023.
- ✓ S'observa un augment d'un 46% respecte el 2023 de les enterobactèries multirresistents, sobretot per productores de betalactamases d'espectre extès (BLEA).
- ✓ També han augmentat les enterobacteries productores de carbapenemassa i les pseudomones multirresistents.
- ✓ La COVID ha disminuït i augmenta la Grip.
- ✓ El MARSA es manté i augmenta el *Clostridium difficile*.

Nota: Per conèixer les dades de la vigilància de les precaucions per evitar la transmissió d'infeccions (aïllaments), consulteu l'informe específic al banner de Seguretat de pacients a la intranet, dins de l'apartat d'Infeccions.

(👉 Tornar a l'índex)

MORTALITAT

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ

Enguany es presenten dades de mortalitat a hospitalització de l'HSJM per a l'àmbit d'atenció intermèdia. No es disposa de dades comparatives amb anys anteriors.

	2024		objectiu
	n	%	
Global (per altes)	125	0.2	<0.5%
Mitjana edat	82.8	anys	
Tancament informe èxitus <15 dies	115	92.0	
ESPH/altes	2	0.29	
Necròpsies	0	-	
Terminal a l'ingrés	35	54.7	
Agònic a l'ingrés	0	0.0	

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 82.8 anys.
- ✓ El 92.0% dels informes d'èxitus es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.29% complint l'objectiu establert (<0.5%).
- ✓ No s'ha realitzat cap necròpsia.
- ✓ El percentatge de pacients terminals / agònics a l'ingrés va ser del 54.7% sobre les notes d'èxitus mèdiques completades.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA

	2023			2024		
	Èxitus	Si nota		Èxitus	Si nota	
	n	n	%	n	n	%
H. ST. JAUME DE MANLLEU						
Unitat de Convalescència	104	104	100.0	109	106	97.24
Unitat de Psicogeriatria	14	13	92.85	16	13	81.25
GLOBAL HSJM	118	117	99.15	125	119	95.20

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

Comentaris

- ✓ L'any 2024 el percentatge global de l'HSJM és del 95.20%, assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2023		2024	
	n	%	n (*)	%
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	118 (*)	100.0	64 (*)	51.2
Nota èxitus mèdic				
Mort previsible	117	99.2	61	95.31
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	1	0.85	0	0.0
Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 119)				
Tractament Pal·liatiu	111	94.87	108	90.76
Eficaç	107	96.40	104	96.30
Hi havia acompanyants	97	82.91	101	84.87
Indicació No RCP	89	76.07	101	84.87
Habitació individual	110	94.02	114	95.80
Èxitus en hab. doble per manca llits	1	0.85	1	0.84

Comentaris

- ✓ Disminució dels casos de mort previsible i cap cas amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible.
- ✓ Un 95,80% ha mort en habitació individual i un 0,84% del global (1 cas) ha mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Han disminuït els tractaments pal·liatius, fins a un 90,76%, i en un 96,30% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, ha augmentat en relació al 2023.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA CREU DE VIC

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ

Enguany es presenten dades de mortalitat a hospitalització de l'HUSC per a l'àmbit d'atenció intermèdia. No es disposa de dades comparatives amb anys anteriors.

	2024		objectiu
	n	%	
Global (per altes)	271	0.2	<0.5%
Mitjana edat	81.6	anys	
Tancament informe èxitus <15 dies	231	85.2	
ESPH/altes	9	0.69	
Necròpsies	2	0.7	
Terminal a l'ingrés	11	19.3	
Agònic a l'ingrés	1	1.8	

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 81.6 anys.
- ✓ El 85.2% dels informes d'èxitus es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.69%, no complint l'objectiu establert (<0.5%).
- ✓ S'han realitzat 2 necròpsies amb un 100% de correlació.
- ✓ El percentatge de pacients terminals l'ingrés va ser del 19.3% i el d'agònics del 1.8% sobre les notes d'èxitus mèdiques completades. Es revisaran els criteris per poder considerar un èxitus com a agònic al grup de Mortalitat durant el 2025.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA

	2024		
	Èxitus	Si nota	
	n	n	%
H. UNIVERSITARI SANTA CREU			
Cures Pal·liatives	184	177	96.19
Convalescència	87	84	96.55
GLOBAL HUSC	271	261	96.31

Comentaris

✓ L'any 2024 el percentatge global de l'HUSC és del 96.31%, assolint l'objectiu $\geq 95\%$.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2024	
	n (*)	%
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	57(*)	21.03
Nota èxitus mèdic		
Mort previsible	54	94.73
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	2	3.50
Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 261)		
Tractament Pal·liatiu	236	90.42
Eficaç	232	98.31
Hi havia acompanyants	228	87.36
Indicació No RCP	200	76.63
Habitació individual	251	96.17
Èxitus en hab. doble per manca llits	4	1.53

Comentaris

✓ No es pot fer comparativa amb l'any 2023 ja que no es disposa de dades de l'HUSC fins a partir de 2024.

(👉 Tornar a l'índex)