

DOSSIER

DE RESULTATS DE QUALITAT I SEGURETAT DE

PACIENTS DEL

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC / FHSC / SAS

ANY 2025

Document elaborat per:
Unitat de Qualitat i Seguretat de pacients
Consorti Hospitalari de Vic / FHSC / SAS
07/08/2026

*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

SUMARI	2
INTRODUCCIÓ	3
PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT I SP	4
POLÍTICA DE QUALITAT I SEGURETAT DELS PACIENTS	5
SEGURETAT DELS PACIENTS	6
Notificacions dels incidents de seguretat de pacients del departament de salut	7
Resultats de PLANIFICACIÓ de processos/circuits	11
Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalària Aguda a Catalunya	11
Auditories, certificacions i inspeccions	13
Resultats de CONTROL de processos/circuits	15
Programa de detecció precoç del càncer de mama a la comarca d'Osona	15
Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte a la comarca d'Osona (PDPCCR)	15
Protocols institucionals de procés	17
Resultats de les avaluacions fetes durant l'any 2025	17
PRODUCTE	20
Resultats de PLANIFICACIÓ de producte	20
Resultats de CONTROL de producte	22
ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA	22
Protocols i Altres Documents basats en l'evidència	22
Adequació de la pràctica assistencial i clínica (GAPAC)	25
Prevenió i Promoció de la Salut (PIPS)	27
Documentació clínica	29
Terapèutica	33
Teixits	40
Tumors	43
Riscos	44
Infeccions	52
Mortalitat	71
ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA	80
Documentació clínica	80
Terapèutica	81
Riscos	83
Infeccions	88
Mortalitat	102

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) de forma sistemàtica 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.

En l'organització, l'orientació al ciutadà i el seguiment dels processos s'assignen a unitats específiques independents de la Unitat de QISP. Aquesta última centra la seva activitat en la definició, desplegament, monitoratge i millora dels productes, així com en les estratègies i accions relacionades amb la seguretat del pacient.

La unitat de QISP disposa d'un Pla director de qualitat i SP 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 de maig del 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.
- Dona compliment als criteris de qualitat i SP requerits per a l'Accreditació de centres d'aguts.
- Dona 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 contempnen 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 quan és el cas).

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN TEMES DE QUALITAT I SP

Els professionals de l'entitat 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 valora per a carrera professional i es publica a la pissarra virtual la sol·licitud de participació en els diferents grups estant oberta a tots els professionals de l'entitat.

PROFESSIONALS QUE PARTICIPEN EN TEMES DE QUALITAT I SP

Fa referència als professionals que la Unitat de Qualitat i SP ha certificat per a carrera professional. Inclou les funcions de tècnics, coordinadors de grups, membres i col·laboradors.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Difer 24-25
Mèdics	79	95	94	101	151	158	4,64%
Equip infermer	81	91	96	103	145	154	6,21%
Altres	21	34	17	26	39	41	5,13%
Global	181	220	207	230	335	353	5,37%

<i>Externs</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>25,00%</i>
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	---------------

Comentaris

- ✓ Durant l'any 2025 ha augmentat un 5.37% els professionals que han participat en temes de Qualitat i SP, sent 353 les persones que col·laboren activament amb la Unitat de Qualitat i SP.
- ✓ La participació de professionals externs ve condicionada pels documents que es revisen cada any. L'any 2025, la participació ha augmentat en 3 professionals respecte de l'any anterior.

TÈCNICS DE GRUPS I PROFESSIONALS DE LA UNITAT

Independentment de la dedicació, de si són interns o externs, i de si tenen dedicació horària planificada per fer les tasques o no.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Global	18	17	18	15	17	18

(🔗 Tornar a l'índex)

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 política dels grups d'interès).

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



**CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC**



**Fundació Hospital
de la Santa Creu de Vic**



**SERVEIS AUXILIARS
A LA SANITAT (AIE)**

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 continua 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 continua 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 repercuten 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.



```

graph TD
    A["CAPACITATS  
\"Professionals\""] --> B["RECURSOS  
\"Administració\""]
    A --> C["SATISFACCIÓ  
\"Client\""]
    B --> C
        
```

- ☑ 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 continua**, 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 continua 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 continua i de seguretat de pacients en la pràctica habitual.

SEGURETAT DELS PACIENTS

La vigilància de la seguretat dels pacients prevista a l'entitat 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 de pacients, 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 participants 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 torni 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 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 DE PACIENTS L'ANY 2025

Enfocament	□ PEst 2.2 Instrucció: Comitè de seguretat de pacients, aprovada pel Comitè de Seguretat de Pacients (CSP) el 08.07.2025 (versió 10) □ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup de seguretat de pacients, aprovada pel CSP el 08.07.2025 (versió 03) □ Baner específic de seguretat de 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 de temes: 02.04.2025, 08.07.2025 i 18.11.2025. Actes disponibles a QiSP. 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 notificats SNI SP Cat - 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 grups de seguretat de pacients i el tècnic en Seguretat de pacients: 29.01.2025, 02.04.2025, 04.06.2025, 02.10.2025 i 27.11.2025 □ Incorporació dels farmacèutics a cada grup de millora de cada àrea i de la farmacèutica responsable fins ara del grup de prevenció d'errors de medicació (GPEM) al grup de seguretat de pacients a partir de 02.10.2025 □ Desenvolupament Projecte Hoshin SP 2025 amb objectiu >205 incidents comunicats. □ Desenvolupament del grup de millora en seguretat de pacients de l'HUSC □ Desenvolupament projecte SP amb cronograma accions 2025-2026

	□ Desenvolupament enquestes Seguretat de Pacients a l'UCI, Urgències i Quiròfan. □ Reunions dels referents dels grups de millora de seguretat de pacients amb els membres de cada grup: - Alternatives Hospitalització: 01.04.2025, 03.06.2025 i 21.10.2025 - Àrea quirúrgica: 17.02.2025, 16.06.2025, 22.09.2025 i 24.11.2025 - Hospitalització: 26.02.2025, 28.05.2025, 10.09.2025 i 03.12.2025 - HSJM: 11.3.2025, 11.06.2025 i 27.10.2025 - Àrea Salut Mental: 19.02.2025, 21.05.2025 i 12.11.2025 - UCI: 24.03.2025, 09.07.2025 i 10.12.2025 - Urgències: 18.09.2025 i 27.11.2025 - HUSC: 19.03.2025, 11.06.2025 i 08.10.2025 - Hemodiàlisi: 21.02.202 i 05.12.2025
Avaluació	□ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025 amb propostes de millora per l'any següent. □ Seguiment dels esdeveniments adversos notificats al SNI SP Cat en les reunions del CSP i en les reunions de seguiment amb els responsables dels grups de millora. □ Anàlisi causa-arrel en 48 de 48 (100%) dels esdeveniments adversos amb matriu de risc extrem (3) i alt (45) . Total incidents comunicats via SNI SP Cat l'any 2025: 409 . Per àrees: - Hospitalització: 162 - UCI: 83 - Urgències: 58 - Alternatives Hospitalització: 40 - Àrea Quirúrgica: 32 - Salut Mental: 24 - HSJM: 14 - HUSC: 13 - Nefrologia: 7 □ Lliurament al Departament de Salut dels indicadors de seguretat dels pacients dels centres HUV en termini. • Tancament indicadors any 2025 (tots els obligatoris + 29 opcionals) – 06.02.2025 (Dels 77 objectius possibles, 45 prioritari (100%) i 29 opcionals • Tancament indicadors del primer semestre 2025 – 21.07.2025. • Tancament indicadors segon semestre 2025 anuals i bianuals 2025 06 Febrer 2025.
Revisió	□ PEst 2.2 Instrucció: Comitè de seguretat dels pacients – versió 10 □ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup de seguretat dels pacients – versió 03

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.

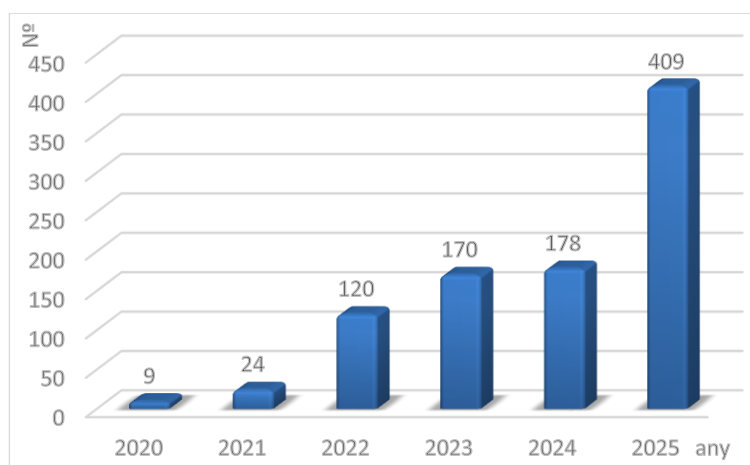
L'objectiu és promoure la notificació d'incidents per tal de poder aplicar accions de millora i barreres que garanteixin la seguretat del pacient.

Un objectiu estratègic de l'entitat és impulsar la millora contínua en seguretat del pacient:

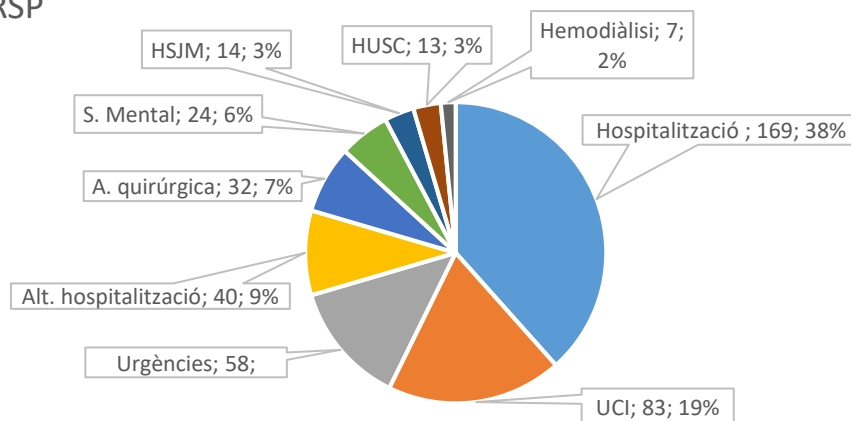
- Identificar i valorar els riscos als quals està sotmès el pacient a l'organització.
- Reduir els incidents i esdeveniments adversos deguts a l'assistència sanitària.
- Reduir o eliminar els perills als quals pot estar sotmès el pacient dins del sistema sanitari.
- Gestionar de forma proactiva els riscos.
- 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.

Durant aquest any 2025 s'han fet accions proactives per promoure la notificació d'incidents, mitjançant rondes de seguretat per detectar la infravaloració de casos i posterior incorporació de les notificacions al SNiSP Cat.

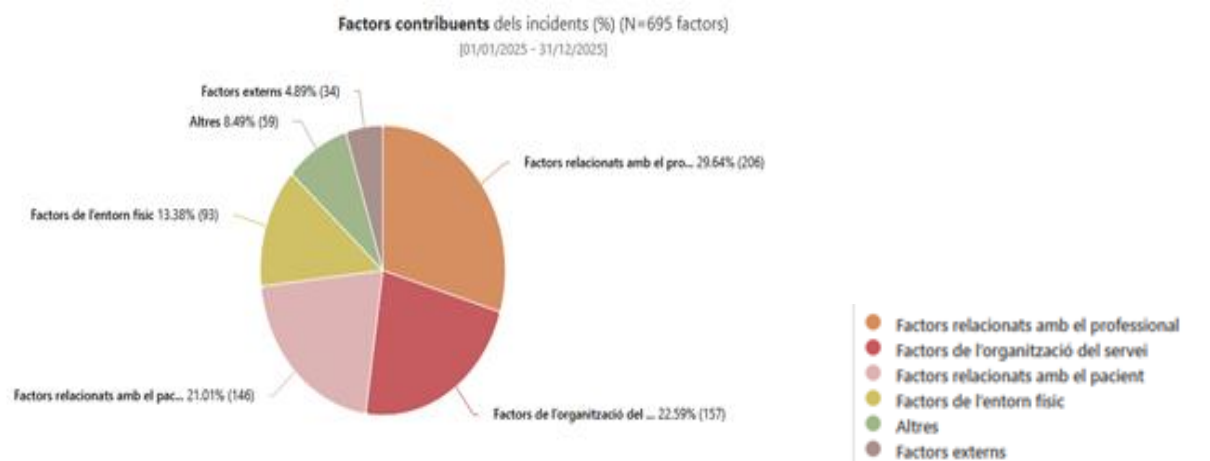
S'han notificat 409 incidents amb tancament del 100% dels casos a 31/12/2025.



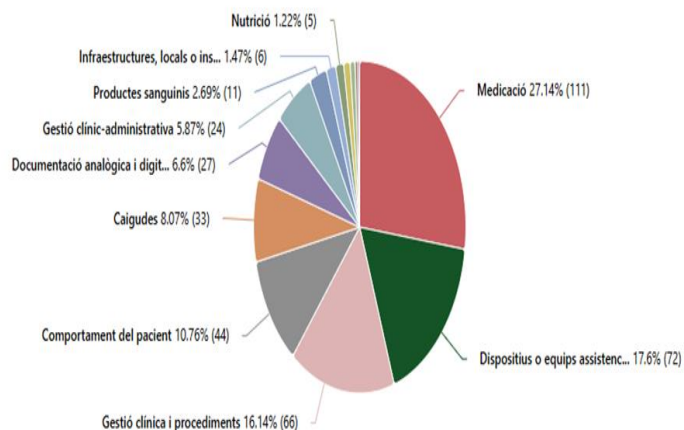
IRSP



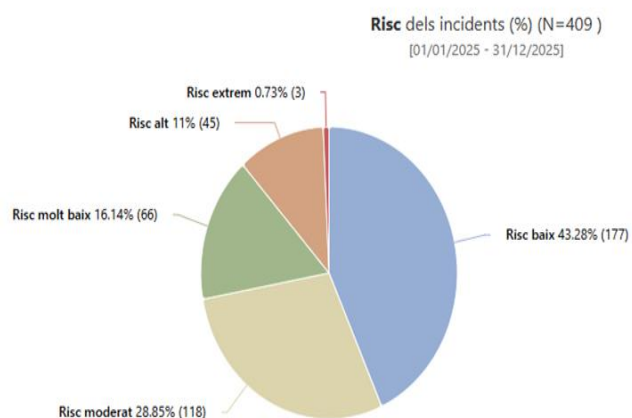
FACTORS CONTRIBUENTS DELS INCIDENTS RELACIONATS AMB LA SEGURETAT DE PACIENTS (IRSP)



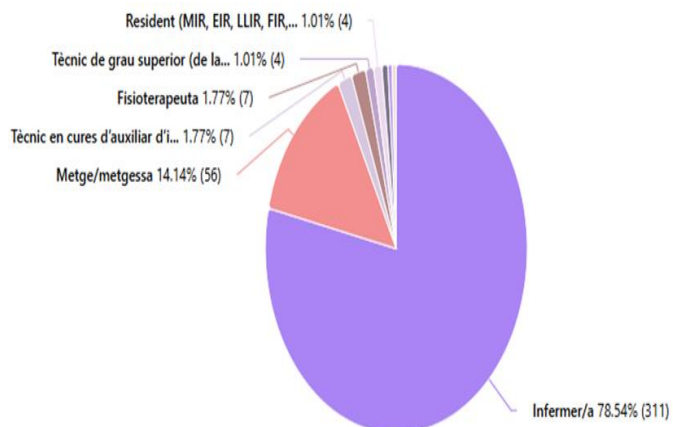
TIPUS D'INCIDENT



CLASSIFICACIÓ SEGONS LA GRAVETAT

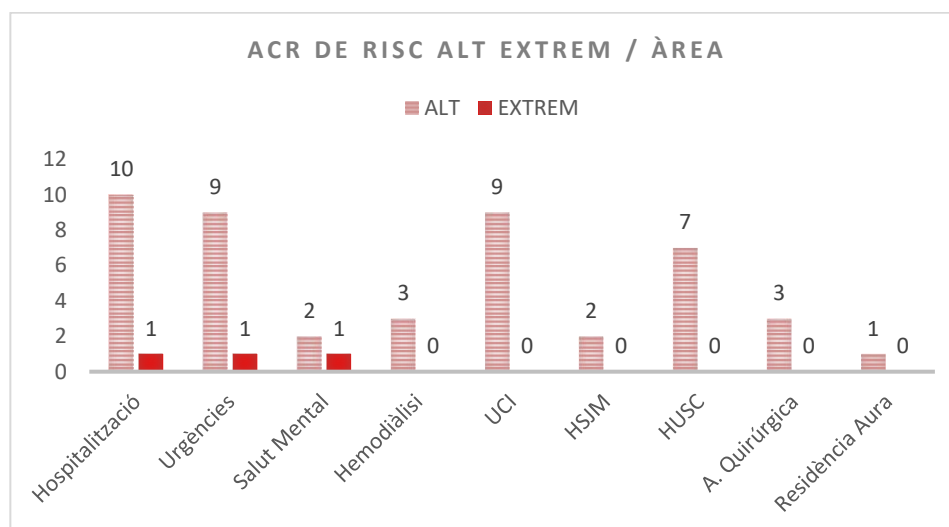


CATEGORIA PROFESSIONAL DEL NOTIFICANT



ANÀLISI CAUSA-ARREL D'IRSP

Durant l'any 2025 s'han realitzat 46 ACR dels IRSP de risc alt i 3 de risc extrem.



Comentaris

- ✓ El nombre d'incidents relacionats amb la seguretat de pacients s'ha incrementat de manera progressiva, implicant una major cultura de seguretat dins l'organització per trobar punts de millora constant dins l'assistència sanitària, i concordant amb els objectius estratègics de l'organització.
- ✓ Els incidents més notificats a tot el CHV estan relacionats amb medicació (111 incidents 27,14%) seguit dels relacionats amb dispositius /equips assistencials (72 incidents 17,6%). Les caigudes del pacient durant la seva hospitalització (33 incidents 8,07%) és el principal esdeveniment advers juntament amb els relacionats amb la medicació en l'àmbit de l'atenció intermèdia.
- ✓ Els incidents amb més risc són analitzats de manera immediata (anàlisi causa-arrel) abans de 15 dies, per proposar accions de millora als comandaments. El 2025 s'han realitzat 49 anàlisis causa arrel.
- ✓ 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.
- ✓ La realització de l'enquesta de cultura de seguretat de pacients en àrees sensibles, com UCI, Urgències i àrea quirúrgica, ens ha de permetre identificar àrees de millora detectades directament pels professionals.
- ✓ Els objectius per als propers anys, per impulsar la seguretat de pacients al CHV inclou accions proactives com implicar als pacients en la seva pròpia seguretat, dissenyar mapes de riscos i implantar la Plataforma Proactiva de Seguretat de Pacients del Departament de Salut.

(👉 Tornar a l'índex)

RESULTATS DE PLANIFICACIÓ DE PROCESSOS/CIRCUITS

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 amb un conjunt d'estàndards prèviament establerts.

L'acreditació té com a 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. En la nostra entitat s'acredita externament l'hospital d'aguts (Hospital Universitari de Vic).

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. L'any 2023 s'edita un nou manual d'acreditació que inclou 1312 estàndards en la seva totalitat, 832 dels quals són essencials (E) i 480 No essencials (Q).

Metodologia de treball

L'operativa de seguiment està assignada a la Unitat de Qualitat i Seguretat de 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'Acreditació sempre amb el vistiplau de la Direcció de l'entitat.
- Planificació del Pla de Millora a 3 anys d'aquells estàndards que no han assolit la puntuació màxima o tenen marge de millora i a nivell intern es fa una autoavaluació anual de l'estat i compliment dels estàndards essencials.
- Gestió de la plataforma del departament de Salut per incorporar l'autoavaluació, les evidències i els seguiments dels plans de millora.

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

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'AUTOAVALUACIÓ 2025

	totals	assolits	% assolits
estàndards de resultat	189	143	75,66%
estàndards agents	615	496	80,65%
global estàndards agents+ estàndards de resultats	804	639	79,48%

NIVELL D'APLICACIÓ DE L'ACREDITACIÓ L'ANY 2025

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. ☐ Manual acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya. Abril 2023 ☐ Quadre de distribució de criteris a Dirigents i Dinamitzadors de l'HUV_ v.7. Aprovat a CD 16/07/2024. ☐ Base de dades evidències de l'Acreditació a l'HUV. Plataforma OCTOKPI ☐ Instrucció: Procés de certificació d'Acreditació d'atenció hospitalària aguda 16/07/2024 ☐ Resolució d'acreditació per part del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya com a centre d'atenció hospitalària aguda. Certificat d'acreditació a l'HUV 22/05/2025 ☐ PADS (Plataforma Acreditació del Departament de Salut) amb evidències acreditació 2024
Desplegament	☐ Elaboració Pla de Millora (PM) dels estàndards d'acreditació que no han assolit la puntuació màxima <4 pels estàndards agents i puntuació <0,75 pels estàndards de resultat a tres anys vista ☐ Priorització PM any 2024 (tancat) ☐ Priorització PM any 2025 (en curs) ☐ Priorització PM any 2026 ☐ Enviament dels estàndards que necessiten PM 2024 als Dinamitzadors (24/10/2024). ☐ Enviament dels estàndards que necessiten PM 2025 als Dinamitzadors (24/02/2025) - Cap de Logística / Direcció de persones / Direcció Organització i Transformació Digital - Cap de Talent / Cap de Relacions Laborals i Administració de Persones / Comitè de Direcció - Cap d'Infraestructures i Serveis / Responsable de la Tecnologia Assistencial / Cap SIS - Cap d'Unitat Àrea Quirúrgica / Cap Territorial de Farmàcia / Cap Territorial de Rehabilitació - Cap d'Epidemiologia / Cap d'Àrea Hospitalització / Responsable d'Estratègia Ciutadana - Responsable de Partenariat i Marca / Cap de Qualitat i Seguretat de Pacients - Cap Territorial de Diagnòstic per la Imatge ☐ Autoavaluació interna de l'estat acreditació (tancament novembre 2025) ☐ Comunicació als nous Dirigents i Dinamitzadors l'assignació d'estàndards d'acreditació: - Cap de Prevenció i Medi Ambient - Direcció d'Infermeria - Cap d'Àrea d'hospitalització ☐ Reunions de seguiment amb la Cap de Qualitat i SP: 10/01/2025, 25/03/2025 i 18/06/2025
Avaluació	☐ Presentació de l'estat d'Acreditació als grups tècnics de qualitat i membres del Comitè de Direcció (05/11/2025) ☐ Resultat autoavaluació tancament a novembre 2025: - Estàndards agents: 80.64% (496/615) - Estàndards de resultat: 75,66% (143/189) - Global: 79.48% (639/804) ☐ Enviament al Departament de Salut de les accions portades a terme del Pla de Millora prioritzat pel 2024 a través de la PAD el 29/07/2025: - Es van prioritzar 62 estàndards - Estàndards completats i assolits: 66,12% (41/62) - Estàndards no assolits: 19% (8/62) - 13 s'han ajornat a 2026 (20%) (Talent, Logística, SIS) ☐ Publicació dels resultats al Dossier de Resultats de Qualitat i SP 2024 (publicat a la web i a la Intranet) ☐ Pissarra informant l'assoliment de l'Acreditació el 24/01/2025
Revisió	☐ Quadre de distribució de criteris a Dirigents i Dinamitzadors de l'HUV_v07 ☐ Instrucció: Procés de certificació d'Acreditació d'atenció hospitalària aguda_v04

AUDITORIES, CERTIFICACIONS I INSPECCIONS

Les auditories i certificacions són 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 L'ANY 2025

Enfocament	☐ ISO: - Informe Auditoria interna UNE-EN-ISO 9001:2015 Laboratori Clínic, Rehabilitació i Diagnòstic per la Imatge a juny 2024 - Informe resolució Auditoria externa UNE-EN-ISO 9001:2015 laboratori clínic, Rehabilitació, Diagnòstic per la Imatge l'11/07/2024 - Certificat UNE-EN ISO 9001:2015 el 13/09/2024 a Laboratori Clínic, Rehabilitació i Diagnòstic per la Imatge ☐ Altres Acreditacions - Acreditació Unitat de Ferides FHSC (07/04/2024 per GNAUPP) - Unitat bàsica del son (30/06/2024 per la SEPAR) - Unitat del dolor nivell II (17/09/2021 per la Sociedad Española del Dolor) - Unitat Comunitària de la Insuficiència Cardíaca (17/07/2023 per la Sociedad Española de Cardiologia) - Unitat d'atenció Integral a la malaltia inflamatòria Intestinal (22/11/2024 per la GETECCU) ☐ Instrucció A43b: Auditories Internes (juny 2024)
Desplegament	☐ Auditories internes ISO: Norma ISO UNE:9001:2015. Auditores internes: Cap de QISP i referent d'auditories. ☐ Laboratori Clínic: 16/05/2025. ☐ Diagnòstic per la Imatge: 15/05/2025 ☐ Auditoria Interna Rehabilitació: 20/05/2025 ☐ Auditoria Interna Hemodiàlisi: 16/12/2025 / Empresa auditora: Athenea Solutions + referent d'auditories. ☐ Auditoria Externa ISO de seguiment. Empresa certificadora Oca global ☐ Laboratori Clínic: 06/06/2025 / ☐ Diagnòstic per la imatge: 05/06/2025 ☐ Rehabilitació: 05/06/2025 - Propostes per certificació d'unitats assistencials per Societats Científiques: - Prevenció secundària de la fractura de fèmur per la IOF - Enfermedades autoimmunes sistèmiques per la SEMI - Unitat patologia de mama per la SESPM - Unidad coloproctologia per la AECP - Unitat malaltia tromboembolíticap per la SEMI - Hospital lliure d'hepatitis C per l'AECH - Dolor oncològic societat per la SECA - Escalam (esclerosi múltiple) per la SECA - IHAM_ Hospital amic dels nens societat UNICEF

	- Teràpia Intravítrea per la SECA - HUCI_Humanización de Unidades de Cuidados Intensivos - Humanización de las consultas de ostomias ☐ Reunions amb referents unitats assistencials: ☐ Reunió amb Cap de servei per propostes de certificacions externes de M. Interna (12/08/2025) d'Unitats de Malalties Autoimmunes Sistèmiques i Unitats Funcionals de fractures òssies per fragilitat. ☐ Reunió amb Director d'infermeria (04/09/2025) per proposta de certificacions d'unitats en què Infermeria hi té un rol important. ☐ Reunió amb Digestòleg (22/09/2025) per avaluar els criteris del Decàleg Hospitals per l'eliminació de l'Hepatitis C. ☐ Reunió amb metge de Medicina (25/11/2025) per avaluar els criteris inclosos en la certificació del manual de Malalties Autoimmunes sistèmiques. ☐ Reunió amb Cap Geriatria, Coord mèdica i Cap d'EPI (10/12/2025) per valorar els criteris per la certificació de les UFLS per la IOF. ☐ Reunions de seguiment amb la Cap de Qualitat i SP (conjunctes amb tema Acreditació): 10/01/2025, 25/03/2025 i 18/06/2025. ☐ Presentació a DA propostes per optar a certificacions externes i estat (05/11/2025) ☐ Presentació a Comitè de Direcció + Grups tècnic de Qualitat i SP de les propostes i certificacions assolides (05/11/2025)
Avaluació	☐ Elaboració i enviament del Pla de Millora de les No conformitats de la Certificació ISO 9001:2015 de 2025 de l'auditoria externa del Laboratori Clínic, Rehabilitació i Diagnòstic per la Imatge) enviat a OCA GLOBAL el 30/06/2025 (4 NC menors, 2 NC majors)
Revisió	☐ Manteniment del Certificat ISO 9001:2015 Laboratori Clínic, Radiodiagnòstic i Servei de Rehabilitació (per silenci administratiu) ☐ Certificació Unitat Pediàtrica de l'Asma: 06/03/2025 per la SEICAP ☐ Unitat del Dolor Nivell III 2025

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 a 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 amb les dades de l'Oficina tècnica de cribratges de càncer i són les següents.

	RONDES								NIVELL EGC	
	6a (2011-12)	7a (2013-14)	8a (2015-16)	9a (2017-18)	10a (2019-20)	11a (2021-22)	12a (2023-24)	13a (Any 2025)	Acceptable	Desitjable
Taxa de participació	85,9%	86,5%	84,1%	84,4%	68,9%	76,9%	78,5%	80,7%	> 70%	> 75%
Taxa de recitacions	4,6%	3,5%	3,6%	3,9%	4,4%	3,3%	4,9%	3,9%	< 7%	< 5%
Taxa de càncers detectats	4,8‰	4,8‰	4,8‰	4,6‰	4,4‰	3,4‰	5,1‰	4,7‰	< 7 ‰	3,5 i 5 ‰
Càncers invasors ≤10 mm Ø	27,3%	41,8%	24,5%	38,2%	27,8%	32,6%	25,0%	14,4%	≥ 25%	≥ 30%
Càncers invasors amb ganglis (-)	81,81%	81,48%	64,2%	75,2%	66,7%	65,5%	79,3%	48,8%	> 70%	> 75%

Comentaris

- ✓ Els indicadors dels resultats del primer any de la tretzena ronda se situen dins dels nivells que fixa l'”European Guidelines for quality assurance in mamography screening” 4a. ed. 2006 (EGC) excepte per als indicadors específics dels càncers invasors. Aquest fet és degut a l'anàlisi dels casos d'un sol any i per valors no informats o desconeguts en el moment del seu registre. Els altres tres indicadors estan dins dels valors desitjables de la guia europea.

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

El primer de gener de 2025 va començar la sisena ronda (2025-2026) del programa de prevenció secundària del càncer colo-rectal a la comarca. Durant l'any 2025, varen ser invitats a participar-hi els residents al municipi de Vic i Gurb i als residents de les àrees bàsiques de Sant Hipòlit de Voltregà, de Santa Eugènia de Berga i de Tona. El ritme de les invitacions, el flux de proves de les farmàcies al laboratori i la programació de les colonoscòpies a les persones amb un resultat positiu, han 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 dels positius.

Les dades que es presenten corresponen a l'anàlisi realitzada 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'1 de febrer de 2025 i representen l'activitat completa de la ronda sencera dels anys 2023 i 2024. Les dades de la sisena ronda corresponen a l'activitat generada durant l'any 2025

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

	4a ronda (Any 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024)	6a ronda (Any 2025)
Població diana	39.547	41.705	24.047
Exclusions	797	663	295
Població elegible	38.750	41.042	23.752
Participació (P)	23.870 (61'6%)	22.760 (55'5%)	13.709 (57'7%)
Cobertura (P+ colonoscòpia prèvia)	24.132 (62'3%)	22.812 (55'6%)	13.716 (57'7%)
PSOF positiva a > 155 ngHb/μL	855 (3'6%) 1	---	---
PSOF positiva a > 100 ngHb/μL	1.112 (4'7%)	919 (4'0%)	540 (3'9%)
Colonoscòpies realitzades (amb resultat)	781 (91'3%)	757 (82'4%)	355 (65'7%)

Resultats de les colonoscòpies	4a ronda (Any 2021 i 2022)	5a ronda (Any 2023 i 2024)	6a ronda (Any 2025)
Normal o negativa	242 (31'0%)	274 (36'2%)	134 (37'7%)
Adenoma baix risc	212 (27'1%)	202 (26'7%)	82 (23'1%)
Adenoma risc intermedi	213 (27'3%)	177 (23'4%)	85 (23'9%)
Adenoma alt risc + Ca. In situ	40 (5'1%)	34 (4'5%)	19 (5'4%)
Càncer invasor	27 (3'5%)	19 (2'5%)	12 (3'4%)

Comentaris

- ✓ Les dades del primer any de la sisena ronda corresponen a l'anàlisi duta a terme amb les dades del seu tancament el dia 28 de febrer de 2026. Malgrat que es presenten únicament els resultats del primer any de la sisena ronda, els resultats de les colonoscòpies no canvien en la sèrie temporal.
- ✓ 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.
- ✓ La proporció de colonoscòpies que s'han hagut de repetir per la mala qualitat de la preparació del pacient ha estat inferior al 10%.

(👈 Tornar a l'índex)

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 2025

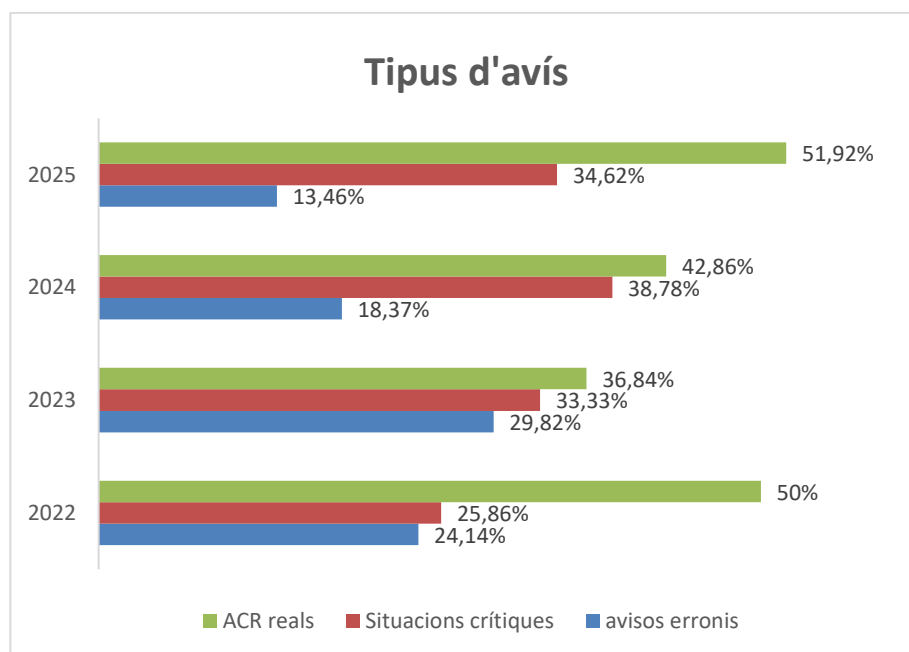
PROTOCOL D'ATURADA CARDIORESPIRATÒRIA

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

Tipus d'avisos 2025

	n	%
Total trucades al buscapersones de l'equip	52	
Total Avisos correctes:	45	86,54%
Total ACR intrahospitalària	27	51,92%
Total Situacions crítiques	18	34,62%
Total avisos erronis	7	13,46%

Comparativa anys anteriors



Comentaris

- ✓ El nombre de trucades a l'equip d'ACR el 2025 ha estat lleugerament superior al de 2024 (52 avisos), incrementant-se un 6% els avisos correctes a expenses d'un major nombre d'aturades intrahospitalàries (27 al 2025 vs 21 al 2024). Els avisos per situacions crítiques són similars (18 al 2025 i 19 al 2024) i s'han reduït els avisos erronis del 9 al 2024 a 7 al 2025.

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 2024		Resultats 2025		Dif.
		n	%	n	%	
ACR intrahospitalària	1,5-2,8 casos % ingressos ¹	21/13191	1,59‰	21/13260	2,04‰	0,28‰
Aturades cardíques amb ritme inicial de FV/TVSP	18-20% ²	4	19,05%	5	18,52%	-2,78%
Aturades cardíques amb ritme inicial de A/AESP	80-82% ²	17	80,95%	22	81,48%	0,65%
Supervivència a l'alta hospitalària	15-34% ¹	5	23,81%	6	22,22%	-6,67%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial Desfibril·lable (FV o TVSP)	44,00% ²	1	25,00%	1	20,00%	-20,00%
Supervivència a l'alta després d'ACR intrahospitalària amb ritme inicial NO Desfibril·lable (A o AESP)	7% ²	4	23,53%	5	22,73%	-3,41%

(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	2024		2025		Dif. %	Desfibril·lable		NO Desfibril·lable	
	n	%	n	%		n	%	n	%
Aturades cardiorespiratòries (ACR)	21		27			5		22	
Realització de maniobres	21	100,00%	25	92,59%	-7,41%	5	100,00%	20	90,91%
ROSC (Retorn de circulació espontània)	11	52,38%	14	51,85%	-1,01%	2	40,00%	12	54,55%
Supervivència	5	23,81%	6	22,22%	-6,67%	1	20,00%	5	22,73%
Supervivència a l'HUV (2)	5	23,81%	6	22,22%	-6,67%	1	20,00%	5	22,73%
Supervivència a la UCI (3)	4	66,67%	5	38,46%	-42,31%	1	50,00%	4	36,36%

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

Sobre el total d'ACR

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

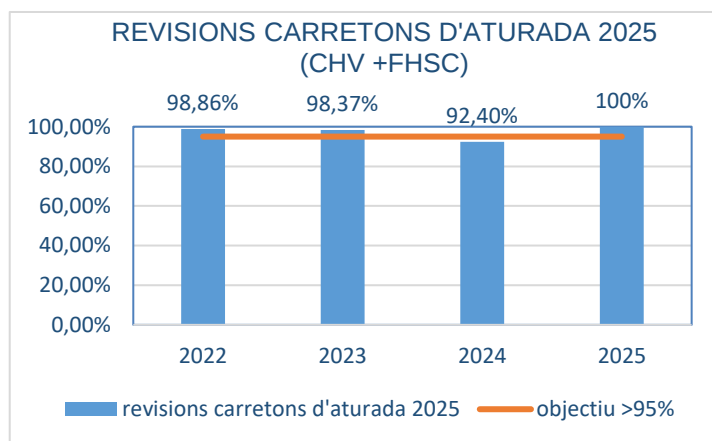
Comentaris

- ✓ La incidència d'ACR intrahospitalària, dins de l'HUV, es manté dins dels estàndards 2,04 % tot i que el 2025 s'ha incrementat (segons Guies de l'ERC del 2021, entre 1,5-2,8 casos per cada 1000 ingressos).
- ✓ Les aturades amb ritme inicial desfibril·lable continuen disminuint fins al 18,52%, dins de l'estàndard, i les ACR amb ritme no desfibril·lable han augmentat al 2025, de 17 a 22, però continuen dins de l'estàndard de la literatura (81,48 %).
- ✓ La supervivència a l'alta hospitalària de les ACR és del 22,22%, dins de l'estàndard publicat a les Guies d'ERC del 2021.
- ✓ Destaca una supervivència baixa del 20% dels ritmes desfibril·lables (estàndard 44%) i una supervivència major dels ritmes no desfibril·lables del 22,73% (estàndard 7%).

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)

	2022	2023	2024	2025
Total Carretons	31	30	29	34



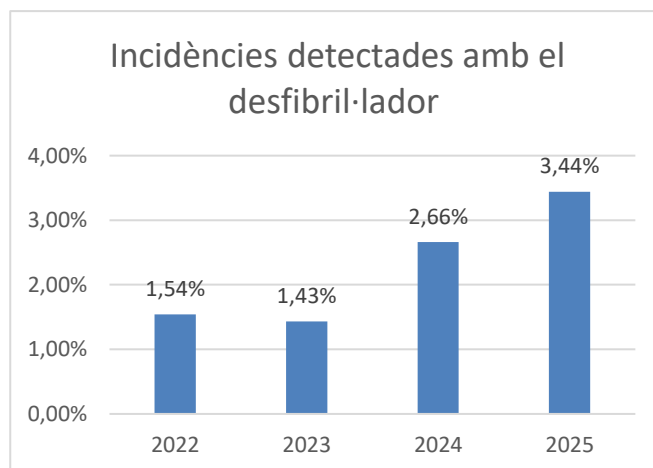
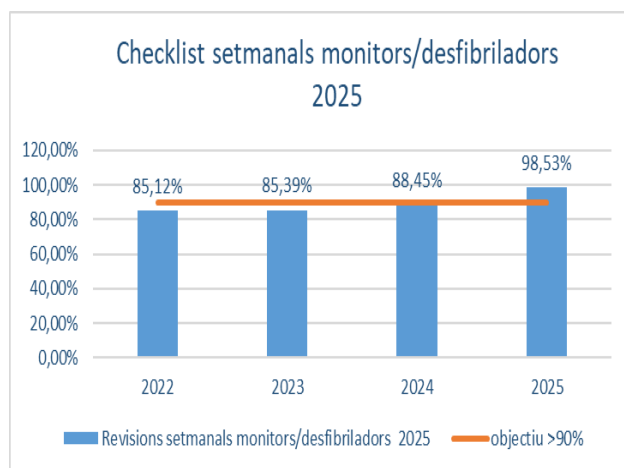
Comentaris

CARRETÓ D'ATURADES

- ✓ S'han realitzat el 100% de les revisions mensuals dels carretons d'aturada a tots els centres i ubicacions.
- ✓ Els carretons s'han trobat segellats en totes les revisions (exclosos els maletins de Nou nat que no disposen de segell)

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

	2022	2023	2024	2025
Total monitors-desfibril·ladors	26	26	28	34



Comentaris

MONITOR – DESFIBRIL·LADOR (MDF) / DEA

- ✓ El percentatge de revisions dels desfibril·ladors ha estat del 98,53%, assolint l'objectiu definit. Hi ha hagut un augment del percentatge respecte als anys previs.
- ✓ Hi ha hagut un increment en el registre d'incidències. Aquest fet està relacionat amb l'increment en la freqüència de les revisions i relacionats amb problemes amb les bateries.

(👉 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 quals 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 els 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 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 L'ANY 2025

Enfocament	☐ Guia elaboració documents_juny 2023 ☐ QiSP-protocols_ 27/2/2026 ☐ PSup 1.2_Instrucció grup protocols_ INSDSA001, revisada 10/06/2024 ☐ INSPRO002_Instrucció Normes i contingut mínim protocols, (10/06/2024) ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals de la Unitat ☐ Procediments, DAPD i Protocols Institucionals accessibles a la Intranet
Desplegament	☐ Actes reunions amb la cap de Qualitat i SP (disponibles a Qualitat) per seguiment dels temes (10/01/2025 i 18/06/2025). ☐ Seguiment d'accions portades a terme pels membres que formen part de cada un dels protocols.
Avaluació	Indicadors que es fa seguiment ☐ Actualitzacions de protocols institucionals i documents basats en l'evidència: 49/60 (81,67%). ☐ Protocols de nova elaboració iniciats a 2025: 3/4 (75%) ☐ Avaluacions fetes durant l'any: pacients atesos segons protocols o altres documents estandarditzats d'actes clínics per donar resposta a l'Acreditació de Centres d'atenció Hospitalària Aguda de Catalunya (pacients atesos segons protocol a l'Àrea d'hospitalització + pacients atesos segons protocol a Àrea quirúrgica): 6300 /6778 (92,95%) ☐ Protocols/procediments actualitzats que contenen apartat d'informació a donar al client 35/36 (97,2%) <i>(S'exclouen: Fullet informatiu, GPC, DBE, DAPD, Ruta assistencial, Trajectòria clínica i Unitats Funcionals perquè no segueixen la metodologia de Qualitat.)</i> ☐ Protocols/procediments actualitzats que contenen l'apartat d' aspectes a tenir en compte per a la Seguretat de pacients (SP): 31/36 (86,11%) <i>(S'exclouen Fullet informatiu, GPC, DBE, DAPD, Ruta assistencial, Trajectòria clínica i Unitats Funcionals perquè no segueixen la metodologia de Qualitat</i> ☐ Professionals que han treballat en l'elaboració/revisió i avaluació de la documentació: 152 ☐ Protocols actualitzats de neoplàsies: 9/12 (75%) ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05/11/2025 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. ☐ Reunió amb DA per seguiment estat actualització protocols 2025 (05/11/2025) ☐ Publicació de resultats de Protocols al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 en data 06/08/2025, 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: 19/03/2025, 30/07/2025, 21/10/2025, 09/12/2025 ☐ Publicació a la Intranet a través d'una notícia a la Pissarra virtual dels documents aprovats per CPA: (20/01/2025, 10/04/2025, 20/08/2025, 11/12/2025)
Revisió	☐ Guia elaboració documents versió 00 ☐ QiSP-protocols_ 27/2/2026. Versió 00 ☐ PSup 1.2_Instrucció grup protocols_ INSDSA001. versió 04 ☐ INSPRO002_Instrucció Normes i contingut mínim protocols versió 01

RESULTATS DE CONTROL DE PRODUCTE

ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA

PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS BASATS EN L'EVIDÈNCIA

ESTAT DE SITUACIÓ DELS PROTOCOLS I ALTRES DOCUMENTS

		2022	2023	2024	2025		
		Actualitzats %	Actualitzats %	Actualitzats %	Total	Actualitzats	%
	CDR	100%	100%	100%	2	2	100%
	DAPD/DBE	91,67%	70,59%	73,68%	5	5	100%
	Instrucció/PNT	83%	100%	100%	3	3	100%
	Procediment	90%	100%	100%	8	7	87,5%
	Protocols	75%	78,95%	50%	41	31	75,5%
	Trajectòria Clínica _Ruta Assistencial_ GC	100%	100%	100%	1	1	100%
	Total	76,12%	81,94%	68,83%	60	49	81,7%

Criteris per determinar si un document està actualitzat:

- Documents que tenen data de propera revisió > a l'any en curs (en aquest cas > 2025).
- Documents que consten com actius a la base de dades interna de protocols.
- S'inclouen protocols i procediments institucionals, documents d'Ajut a la Presa de Decisions (DAPD-DBE), instruccions, PNT que formen part de protocols institucionals, trajectòries clíniques, rutes assistencials, guies clíniques, Circuit de Diagnòstic Ràpid (CDR).
- S'han exclòs documents que són propis de serveis o àrees assistencials.

Comentaris

- ✓ Increment del % dels documents actualitzats amb relació al 2024, passant del 68,83% al 81,7%.
- ✓ El grup de documents amb més baix percentatge d'actualitzacions és el de Protocols que és del 75,5%.

SEGUIMENT DE LES DADES I DOCUMENTS FINALITZATS

	2022			2023			2024			2025		
	Treballats	Acabats	%	Treballats	Acabats	%	Previsió	Acabats	%	Previsió	Acabats	%
Avaluació compliment	18	14	77,78%	18	18	100,00%	22	20	90,91%	14	14	100%
Revisió Document	18	9	50,00%	14	7	50,00%	37	13	35,14%	26	16	61,5%
Nova Elaboració	5	5	100,00%	4	2	50,00%	4	2	50,00%	4	3	75%
Col·laboració en documents d'altres Direccions/Serveis	9	9	100,00%	1	1	100,00%	0	--	--			
Total	50	37	74,00%	37	28	75,68%	63	35	55,56%	44	33	75%

Comentaris

- ✓ El càlcul dels documents finalitzats es fa en base al total de documents previstos per l'any.
- ✓ Dels 44 documents a treballar l'any 2025, se n'han finalitzat 33, un 75%.

RESULTAT AVALUACIONS DE COMPLIMENT DELS PROTOCOLS I PROCEDIMENTS 2025

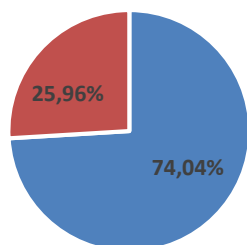
L'avaluació de l'acompliment d'un protocol o procediment es realitza de dues maneres diferents:

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):

PROTOCOL INSTITUCIONAL DE RPM >35 SETMANES DE GESTACIÓ AL CHV

avaluació compliment del protocol
institucional de RPM >35 set. Gestació



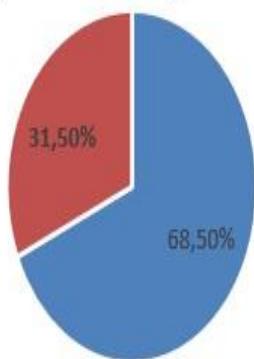
■ compleix ■ no compleix

Comentaris

- ✓ S'ha fet una selecció de les HC de les pacients de l'any 2024 amb diagnòstic de RPM amb les codificacions: O4200, O4210, O4290
- ✓ Es compleix el protocol en un 74,04%.
- ✓ Es presenta informe de resultats a Comitè Permanent Assistencial (CPA) i s'aprova en data 30/07/2025 i fent-ne difusió a la Intranet

PROTOCOL INSTITUCIONAL D'ASSISTÈNCIA INICIAL AL PACIENT POLITRAUMÀTIC (PTT)

avaluació compliment codi PTT (indicadors
assistencials)



■ compleix ■ no compleix

Comentaris

- ✓ Anàlisi d'HC dels pacients atesos a Urgències amb activació codi PTT de l'any 2024.
- ✓ Avaluació dels paràmetres organitzatius: en 77% dels casos consten tots els membres de l'equip d'assistència descrits en el protocol.
- ✓ Indicadors definits a nivell assistencial, la constància de l'avaluació de l'estat pupil·lar és el que fa baixar el compliment del protocol. Només hi consta el registre en el 68,50% dels casos atesos. La resta de paràmetres s'han complert al 100% (Valoració ABCDE, realització E-FAST, canalització venosa, mostres analítiques, Glasgow, focalitat neurològica i RX tòrax).

Aprovats els resultats al Comitè Permanent Assistencial del 21/10/2025 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 i SP 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 i SP Es mesura: • Dades ACR • mesures dels paràmetres del Dolor • Identificació inequívoca de pacients • Nota d'èxitus • Prevenció de caigudes • Ús segur medicaments • Prevenció UPP • 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	2022	2023	2024	2025
Mitjana global	98,45%	96,22%	97,56%	93,25%

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 i SP. 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	2022	2023	2024	2025
Mitjana global	67,47%	86,10%	85,15%	87,02%

ALTRES INDICADORS QUE S'AVALUEN RELACIONATS AMB PROTOCOLS

Indicador	2022	2023	2024	2025		
	%	%	%	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 d'informació a donar al client. ⁽¹⁾ (% Sobre total de documents actualitzats)	72,34%	72,55%	80%	35/36	97,2%	S'exclouen: Fullet informatiu, GPC, DBE, DAPD, Ruta assistencial, Trajectòria clínica i Unitats Funcionals perquè no segueixen la metodologia de Qualitat
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)	42,86%	45%	91,89%	31/36	86,11%	S'exclouen: Fullet informatiu, GPC, DBE, DAPD, Ruta assistencial, Trajectòria clínica i Unitats Funcionals perquè no segueixen la metodologia de Qualitat
Memòria CHV (inici 2020) Protocols actualitzats de neoplàsies (% Sobre el total de protocols de diagnòstic i tractament de neoplàsies)	72,73%	81,82%	66,67%	9/12	75%	Inclou tot tipus de documents assistencials que fan referència al diagnòstic i tractament de neoplàsies

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 97,2%. A mida que es van fent les revisions o noves elaboracions de protocols o procediments que se'n fa seguiment des de Qualitat i SP, es va introduint aquest apartat.
- ✓ L'indicador de protocols actualitzats que contenen apartat d'aspectes a tenir en compte per a la Seguretat dels pacients té un compliment del 86.11%.
- ✓ El percentatge de protocols actualitzats de neoplàsies ha estat d'un 75%.

[🔗 Tornar a l'índex](#)

ADEQUACIÓ DE LA PRÀCTICA ASSISTENCIAL I CLÍNICA (GAPAC)

OBJECTIUS

Alineat amb el repte 2 del Pla estratègic de la institució que és centrada en valor, el grup GAPAC té els següents objectius:

- Avaluar l'adequació de la pràctica assistencial i clínica i promoure'n la millora,
- Identificar i difondre l'evidència científica de les decisions clíniques
- Impulsar el canvi per garantir que es puguin implantar les pràctiques clíniques de més valor.

METODOLOGIA

- ☐ Contextualitzar a la institució les propostes del projecte Essencial del Departament de salut, de les revisions sistemàtiques, de les novetats amb evidència contractada i del MAPAC.
- ☐ Ser membre actiu del grup de millora de l'adequació de pràctica clínica (MAPAC) que és multicèntric.

- Dinamitzar internament a la institució pràctiques de valor:
 - Es proposen pràctiques de valor per revisar
 - Es prepara un informe de l'estat de la situació al CHV
 - Es fa una prioritització
 - Se'n fa la seva anàlisi

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP GAPAC L'ANY 2025

Enfocament	□ PEst 2.1 Instrucció: 2.1.4 Adequació de la pràctica assistencial i clínica, aprovat a CPA de 30/07/2025 □ Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	□ Reunions del grup: 25.02.2025, 09.05.2025, .0.7.2025, 23.09.2025 i 25.11.2025. Continguts acta: ○ Seguiment de la sistemàtica de treball del grup ○ Projectes a prioritzar ○ Full d'autoavaluació: comentaris ○ Informació del grup coordinador MAPAC ○ Novetats ○ Precs i preguntes * Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. □ Reunions bimensuals del grup d'adequació de la pràctica clínica que es lidera des de l'Hospital de Sant Pau (MAPAC) □ Participació en la Jornada d'adequació de la pràctica clínica de maig de 2025 a l'Hospital de Donostia (País Basc): Comunicació sobre "Patient Blood Management" i sobre l'"e-Guide" de diagnòstic per la imatge. □ Membre del comitè editorial del Butlletí de la iniciativa de millora de la pràctica clínica i responsable de la coordinació editorial dels hospitals de la Catalunya central. Es publiquen quatre números del butlletí a l'any.
Avaluació	□ Reunions entre la Cap de Qualitat i SP i el tècnic del grup per seguiment de temes: 10.01.2025, 12.06.2025 i 05.11.2025. □ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05/11/2025 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. □ Presentació a Comitè Assistencial sobre el funcionament del grup GAPAC del CHV el 26/11/2025.
Revisió	□ Instrucció de l'Adequació de la pràctica assistencial i clínica. (versió 02)

PROPOSTES

- Neurolèptics i delírium.
- Indicació de l'Eco-Doppler en l'estudi de troncs supraaòrtics.
- Actualització del protocol de prevenció de la nefropatia per contrast iodat.
- Elaboració d'un protocol d'administració de darbepoetina en pacients amb IRC.
- Benzodiazepines de forma crònica en trastorn d'ansietat.
- Adequació de l'assistència psiquiàtrica a hospitalització i urgències seguint paràmetres de Quality Rights de l'OMS.
- No administració de broncodilatadors ni corticoides sistèmics en lactants amb bronquiolitis.
- Implementar regles d'adequació de la demanda i test reflex.
- Ús de biomarcadors de lesió cerebral en els traumatismes cranioencefàlics (TCE) lleus.
- Adequació del destí a la sortida d'Urgències dels pacients amb AVC/AIT en base a l'ús de l'ABCD2 Score.
- Adequació de la sol·licitud de Procalcitonina (PCT) a Urgències.
- Adequació de la pauta de paracetamol en pacients d'edat avançada.
- Revisió dels criteris de retirada de sondatge en pacients d'edat avançada.
- Utilització d'apòsits de fixació amb clorhexidina als punts d'inserció de catèters venosos i arterials centrals.
- No es recomana l'ús de subjeccions físiques com a primera opció per evitar l'autoextubació o la retirada de vies o tubs en els pacients en estat crític.
- Indicacions TC abdominal.
- Recomanacions clíniques per millorar l'experiència i l'atenció durant el part.

PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT (PIPS)

Promoure la salut és el procés mitjançant el qual les persones incrementen la seva capacitat de controlar i millorar la pròpia salut. Aquest enfocament té impacte en diversos àmbits:

- En el pacient, perquè situa la persona atesa com a eix central d'una assistència de qualitat, fomentant la seva autonomia, participació i benestar.
- En els professionals, perquè contribueix a generar un entorn de treball segur, saludable i orientat al benestar, afavorint la motivació i la qualitat de l'atenció.
- En la comunitat, perquè permet abordar factors que influeixen en la salut global de la població i del planeta, en línia amb el concepte de salut planetària, que integra criteris de sostenibilitat i responsabilitat ambiental.

D'altra banda, la prevenció de la malaltia té com a objectiu reduir la càrrega de mortalitat i morbiditat associada a determinades patologies. Actua en diferents nivells de prevenció:

- Prevenció primària: evitar l'aparició de la malaltia.
- Prevenció secundària: detectar-la precoçment per reduir complicacions.
- Prevenció terciària: minimitzar les seqüeles i afavorir la recuperació funcional.
- Prevenció quaternària: evitar intervencions innecessàries i protegir el pacient de riscos derivats d'una medicalització excessiva.

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, té 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 de Promoció i Prevenció de la Salut (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.

El grup està format per professionals dels diferents centres hospitalaris del cercle SIS: Hospital Universitari de Vic, Hospital Sant Jaume de Manlleu i Hospital Universitari de la Santa Creu.

Es participa de forma activa en:

- Grup de la xarxa Catalana d'Hospitals Promotors de la Salut (HPH), designant 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"
- 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!
- A la "Taula de Salut" en l'elaboració de la diagnosi des dels 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) L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup de Prevenció i Promoció de la Salut, aprovada el 28.03.2023 ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup PiPS: 06.02.2025, 11.06.2025 i 05.11.2025 disponibles a la unitat de Qualitat i SP. ☐ Reunions dels membres del grup: 18.02.2025, 13.05.2025, 30.09.2025 i 02.12.2025 disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Presentació de resultats en la Comissió de Qualitat i SP amb la Direcció amb propostes de millora el 05.11.2025. Es van presentar les actuacions i prestacions per a fomentar la salut dels pacients, treballadors i comunitat, recollides pel grup PiPS: • Promoció de la salut: 26/27 (96%) • Prevenció primària: 22/22 (100%) • Prevenció primària: 7/7 (100%) • Prevenció primària: 12/12 (100%) • Prevenció primària: 8/8 (100%) ☐ Publicació de resultats del grup al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2 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	10	9	90,0%
	Pacients/Comunitat	17	17	100,0%
	Total Promoció	27	26	96,30%
PREVENCIÓ PRIMÀRIA	Treballadors	12	12	100,0%
	Pacients/Comunitat	10	10	100,0%
	Total P. Primària	22	22	100,0%
PREVENCIÓ SECUNDÀRIA	Treballadors	3	3	100,0%
	Pacients/Comunitat	4	4	100,0%
	Total P. Secundària	7	7	100,0%
PREVENCIÓ TERCIÀRIA	Treballadors	4	4	100,0%
	Pacients/Comunitat	8	8	100,0%
	Total P. Terciària	12	12	100,0%
PREVENCIÓ QUATERNÀRIA	Pacients Afecta a AP i AE	8	8	100,0%
TOTAL		76	75	98,68%

Comentaris

- ✓ Es compleixen un 98,68% de les activitats previstes. L'activitat amb un baix compliment és Activació baner a Intranet de PiPS/Actius en salut.
- ✓ Durant l'any 2025 s'han fet 82 sessions formatives per a pacients/familiars de les especialitats d'obstetrícia, cardiologia, salut mental, nefrologia i traumatologia-rehabilitació, en les que s'han tractat aspectes relacionats amb la seguretat dels pacients: prevenció caigudes, higiene mans, medicació... (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 en acabar l'any. També s'inclouen les HC revisades en les actuacions pròpies d'avaluació d'altres grups de Qualitat i SP.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE DOCUMENTACIÓ L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: 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: 31.01.2025, 20.06.2025 i 05.11.2025. ☐ Reunions dels components del grup: 08.07.2025 i 09.12.2025 on s'han tractat els temes: - Acta inicial: Dades de 2024 tancades/Reder 2024 /Activitat enviada als membres del grup - Pissarra virtual agost/setembre sobre CI, criteris d'emplenament i resultats 1r sem 2025 - Sessió a residents - Projecte sistematitzar apartats informe d'alta en el HIS i reunió amb cap d'urgències - Actualització de la revisió de l'activitat de 2025 - Comentari sobre els resultats fins al moment - Accions realitzades de formació, Intranet, reunió Comissió tècnica de Qualitat... - Novetats en la revisió per l'any 2026 *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. ☐ Reunions de seguiment: 01.08.2025 amb Talent per concretar formació als facultatius pendents de la realitzada el 2023. 31.10.2025: reunió amb Talent per objectivar els participants a la de facultatius pendents de la realitzada el 2023 22.12.25: actualització de la participació en la formació consentiment informat: Un 77% ha fet la formació. ☐ Planteig per part del director de Serveis, 5.11.2025. d'incorporar en la revisió de documentació ítems respecte a l'idioma en què estan redactats els informes
Avaluació	☐ Activitats formatives 12.6.2025: formació a residents amb 24 assistents - Formació sobre CI a facultatius pendents de 2023. Desembre de 2025 ☐ Publicació a la Intranet del document: El consentiment informat, un document indispensable per a una bona atenció al pacient amb dades de 2025 (4.11.2025) ☐ Presentació de resultats en la reunió de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025.
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

	2021	2022	2023	2024	2025	Dif. 24-25
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	48	50	49	51	49	
Constància d'al·lèrgies	81,3	78,0	77,6	72,5	73,5	1,3%
Constància del motiu de consulta / malaltia actual	100,0	100,0	100,0	96,1	95,9	11,2%
Constància antecedents patològics	81,3	70,0	87,8	86,3	95,9	11,2%
Constància d'exploració física	97,9	94,0	98,0	78,4	100,0	27,5%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	93,8	94,0	83,7	72,5	73,5	1,3%
Constància d'orientació diagnòstica i pla	89,6	90,0	100,0	92,2	95,9	4,1%
Prescripció farmacològica correcta	39,6	50,0	93,9	76,5	73,5	-3,9%
Constància de seguiment posterior o destí	95,8	98,0	95,9	94,1	100,0	6,3%
Constància del nom del personal mèdic	100,0	98,0	100,0	100,0	100,0	0,0%
Constància del nom del personal d'infermeria	0,0	0,0	0,0	3,9	6,1	56,1%

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, constància de l'exploració física i constància de seguiment o destí posterior a l'atenció.
- ✓ En la majoria dels altres ítems s'observa, en general, un increment del seu compliment en comparativa amb l'any anterior: percentualment la més significativa és en la constància del nom del professional d'infermeria, tot i que segueix en nivells molt baixos de compliment -6,1%.
- ✓ S'incrementa en un 27,5% la constància de l'exploració física, que l'any anterior havia experimentat una reducció, i augmenta la constància d'antecedents patològics.

HOSPITALITZACIÓ

INFORME D'ALTA	2021	2022	2023	2024	2025	Dif. 24-25
	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	120	58	296	182	281	
Existència d'informe	100,0	100,0	100,0	98,9	98,9	0,0%
Constància d'al·lèrgies	82,5	84,5	87,8	80,0	78,1	-2,4%
Constància del motiu d'ingrés / malaltia actual	99,2	98,3	99,7	99,4	99,6	0,2%
Constància d'antecedents patològics	99,2	100,0	98,3	99,4	99,3	-0,2%
Constància d'exploració física	92,5	86,2	90,5	95,0	93,5	-1,6%
Constància de resultats, tècniques i expl. compl.	85,8	89,7	87,8	97,2	97,5	0,3%
Constància de valoració / comentaris	95,0	96,6	94,6	99,4	97,8	-1,6%
Constància de procediments	63,3	89,7	84,8	89,4	93,5	4,6%
Constància de diagnòstics principals	91,7	100,0	92,9	98,9	100,0	1,1%
Constància de diagnòstics secundaris	85,0	60,3	57,8	66,1	48,2	-27,1%
Constància de prescripció farmacològica	90,8	89,7	91,4	97,7	96,2	-1,6%
Prescripció farmacològica correcta	100,0	96,2	96,2	94,1	95,2	1,2%
Estat en el moment de l'alta	93,3	98,3	97,6	98,3	99,6	1,3%
Destí a l'alta	84,2	93,1	70,6	71,1	73,7	3,7%
Compliment global (tots els ítems correctes)	65,0	77,6	55,4	64,8	65,8	1,5%

Comentaris

- ✓ Hi ha informe en el 98,9% de les històries revisades amb compliments que van del 48,2% en la constància de diagnòstics secundaris al 100% en la constància de diagnòstics principals.
- ✓ En general, en comparativa amb l'any anterior, el compliment dels ítems s'ha mantingut observant-se lleugeres fluctuacions, excepte en la constància de diagnòstics secundaris que s'ha reduït en un -27,1%.
- ✓ El compliment global (correcte emplenament de tots els ítems) és del 65,8% de les HC, molt similar al 64,8% de l'any anterior.

INFORME D'ALTA GERIATRIA (UGA)	2024	2025	Dif. 24-25
	%	%	%
Total històries revisades (n)	102	51	
Estat basal a l'informe d'alta			
Consta l'estat basal	72,5	94,1	29,7%
Estat basal correctament omplert	61,8	70,6	14,3%
Pla d'intervenció individualitzat			
Consta la identificació suggerida	97,1	86,3	-11,1%
Consten objectius de salut del pacient	97,1	86,3	-11,1%
Consta Nivell d'intervenció assistencial	97,1	86,3	-11,1%
Consten Recursos-seguiment	97,1	86,3	-11,1%
Adequació de la prescripció	97,1	98,0	1,0%
Tots els ítems correctes (PII)	97,1	86,3	-11,1%

Comentaris

- ✓ L'any 2025 s'han revisat 51 informes d'alta d'UGA de pacients que anaven a domicili i que havien estat ingressats més de 48h.
- ✓ Es compleix en un 70,6% el correcte emplenament de l'estat basal, que ha millorat en un 14,3% respecte a l'any anterior, com també ha millorat en un 29,7% la constància de l'estat basal, del 72,5% al 94,1%.
- ✓ S'observa que el 86,3% tenen pla d'intervenció individualitzat amb tots els ítems correctament emplenats, percentatge que s'ha reduït en un -11,1% l'any anterior.

ÀREA QUIRÚRGICA

TRAÇABILITAT DELS IMPLANTS	2024		2025	
	n	%	n	%
Total històries revisades (n)	42		30	
Hi ha el full d'implants escanejat a l'HC	42	100,0	30	100,0
Emplenat correctament (tots els ítems correctes)	42	100,0	30	100,0
- Identificació pacient (Nom i cognom)	42	100,0	30	100,0
- Consta N. Assistència	42	100,0	30	100,0
- Consta data de la IQ	42	100,0	30	100,0
- Consten etiquetes del que s'ha implantat	42	100,0	30	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 30HC, en el 100% estan emplenats correctament (identificació del pacient, N. Assistència, data IQ, etiquetes del que s'ha implantat).

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre 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 2025	787	784	99,6	780	99,5	745	95,5	745	94,7
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

Comentaris

- ✓ Aquest any s'han revisat un total de 787 HC d'atenció aguda, trobant-se CI en el 99,6% i sent normalitzat (de centres
- ✓ sanitaris no de col·legis professionals) en un 99,5% dels casos. De les HC revisades, el 94,7% tenen CI correctament emplenat.

ANÀLISI DE LA DISPONIBILITAT D'HISTÒRIES CLÍNIQUES

La progressiva informatització de la història clínica ha comportat que ja no hi ha HC en paper i que la disponibilitat sigui del 100% de la informació.

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:

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
TOTAL segons activitat	1.432 (1,3%)	2.056 (1,9%)	6.401 (6,1%)	3.114 (2,9%)	3.372 (3,0%)	3.085 (2,6%)

Comentaris

- ✓ La revisió d'històries clíniques l'any 2025 suposa un 2,6% 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 oncohematològics.
- 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 què se sospiti problemàtica amb relació a la medicació.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TERAPÈUTICA L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023. ☐ Document integrat en xarxa accessible per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup per seguiment de temes: 04.02.2025, 12.06.2025 i 05.11.2025. ☐ 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	☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025 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 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web ☐ Lliurament a Qualitat d'indicadors de Seguretat de Pacients del Departament de Salut del 2025 (anual i bianual).
Revisió	☐ PSup 1.2. Aplicar sistemes de control i seguiment de la qualitat dels productes i de la seguretat dels pacients. Instrucció: funcionament de grup de Terapèutica-versió 03

COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA

La CFiT és un grup multidisciplinari 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 2025, la CFiT ha realitzat 3 reunions on s'ha avaluat i aprovat la inclusió de 9 fàrmacs nous i 4 protocols / instruccions / documents.

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 quant a eficàcia, eficiència, efectivitat i seguretat.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFiT) L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 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	☐ Reunions de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT) per seguiment de temes: 12.02.2025, 09.4.2025 i 12.11.2025. Contingut de cada acta: ○ Lectura i aprovació de l'acta de la reunió anterior. ○ Discussió de la inclusió de nous medicaments. ○ Aprovació de documents, si s'escau. ○ Activitat de les subcomissions, si s'escau. ○ Torn obert de paraules.

	☐ En deriven la següent subcomissió de la qual desenvolupa activitats vinculades amb la CFiT: ☐ Subcomissió d'Avaluació de medicaments onco-hematològics. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ Publicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 dels acords que ha pres la CFiT durant l'any en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Es fa difusió de les actuacions i els acords als metges prescriptors.
Revisió	☐ Guia farmacoterapèutica i d'intercanvi terapèutic al CHV (versió gener 2025)

ACTUACIONS DE LA COMISSIÓ DE FARMÀCIA I TERAPÈUTICA (CFiT)

Després de cada reunió, s'elabora un butlletí informatiu dels acords presos i se'n fa difusió a tots els facultatius implicats.

L'activitat de la Comissió de Farmàcia i Terapèutica (CFiT) durant del 2025 ha estat:

- S'ha avaluat la sol·licitud d'inclusió de 9 fàrmacs dels quals el 100% han estat inclosos. Els fàrmacs avaluats són els següents:
 - ✓ 9 fàrmacs aprovats:
 - **Faricimab** pel tractament de la Degeneració Macular Associada a l'Edat (DMAE) i l'Alteració visual deguda a l'Edema Macular Diabètic (EMD)
 - **Aflibercept** pel tractament de la Degeneració Macular Associada a l'Edat (DMAE) i l'Alteració visual deguda a l'Edema Macular Diabètic (EMD)
 - **Abrocitinib** pel tractament de la dermatitis atòpica en pacients adults
 - **Ceftarolina** pel tractament de la pneumònia greu i la pneumònia per *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina (MRSA) i l'endocarditis infecciosa per MRSA
 - **Picosulfat sòdic/ òxid de magnesi/ àcid cítric (Citrafleet®)** per l'evacuació intestinal prèvia a la colonoscòpia o exploració radiològica en pacient ambulatori
 - **Macrogol 3350/ Sulfat de sodi/ Clorur sòdic/ clorur potàssic (Pleinvue®)** per l'evacuació intestinal prèvia a la colonoscòpia o exploració radiològica en pacient ambulatori
 - **Tezepelumab** pel tractament de l'asma greu no controlada
 - **Mirikizumab** per al tractament de la colitis ulcerosa
 - **Macrogol 3350/ Sulfat de sodi/ Clorur sòdic/ clorur potàssic (Pleinvue®)** per a l'evacuació intestinal prèvia a la colonoscòpia o exploració radiològica en pacient ingressat
- S'han avaluat 4 protocols/instruccions/documents els quals el 100% han estat aprovats:
 - ✓ Actualització d'estocs de satèl·lits de l'Hospital Universitari de la Santa Creu (HUSC)
 - ✓ Actualització de la Guia Farmacoterapèutica i d'intercanvi terapèutic (Versió gener 2026)
 - ✓ Consensos per a l'acceptació a CHV dels següents tractaments derivats des d'Hospitals de tercer nivell:
 - Mavacamten per la miocardiopatia hipertròfica obstructiva simptomàtica
 - Tafamidis per l'amiloïdosi cardíaca per transtiretina
 - ✓ Medicaments per a la nova Clínica Odontològica Universitària

NIVELL D'APLICACIÓ DEL COMITÈ HOSPITALARI DE TRANSFUSIONS (CHT) L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Actes de la reunió del Comitè Hospitalari de Transfusions (CHT) per seguiment de temes: 11.06.2025 i 19.11.2025. 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 <i>Manual d'estàndards d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya del 2024</i> . *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 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament de grup de Terapèutica (versió 03)

INDICADORS QUALITATIS DE TRANSFUSIONS (ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AGUDA)

Uns dels subgrups del grup de terapèutica és el Comitè Hospitalari 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		2021	2022	2023	2024	2025
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)	3478	3347	3160	3199	3303
9c-02-02-02-E	Es mesuren les unitats transfusionals rebutjades / descartades i els motius (inclou caducitats) (Casos detectats).	37	37	56	49	53
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	2	2	0	3
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)..	1	0	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 i transmissió de malalties contagioses. (Casos detectats).	0	0	0	0	0

Comentaris

- ✓ No hi ha hagut cap error en l'administració de components sanguinis durant el 2025.
- ✓ Es disposa d'informació dels indicadors que demana l'acreditació hospitalària i se'n fa seguiment.

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 L'ANY 2025

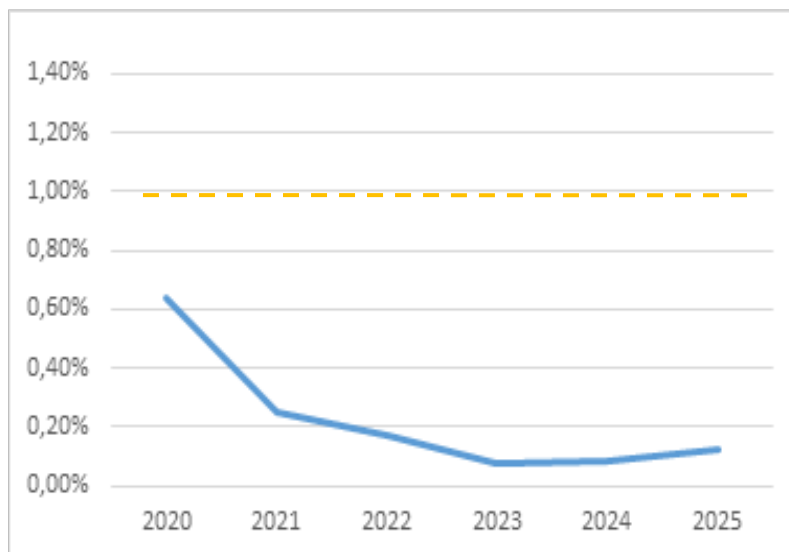
Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: funcionament de grup de Terapèutica, aprovada el 05.09.2023 ☐ Documents integrats en xarxa per ser accessibles per a tots els professionals
Desplegament	☐ Reunions mensuals del grup de Prevenció d'Errors de Medicació (GPEM) per seguiment de temes: 30.01.2025, 27.02.2025, 27.03.2025, 24.04.2025, 29.05.2025, 10.07.2025, 25.09.2025, 30.10.2025 i 18.12.2025. 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. S'acorda que aquest grup s'integrarà dins els grups de millora de seguretat de pacients de les diferents àrees del CHV / HSJM / FHSC i SAS i que com a tal deixa el seu funcionament.
Avaluació	☐ Publicació de dades d'errors de medicació al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 en data 06.08.2025, 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	☐ PSup 1.2 Instrucció: funcionament de grup de Terapèutica (versió 03)

ERRORS DE MEDICACIÓ 2025 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:

Errors prescripció HUV



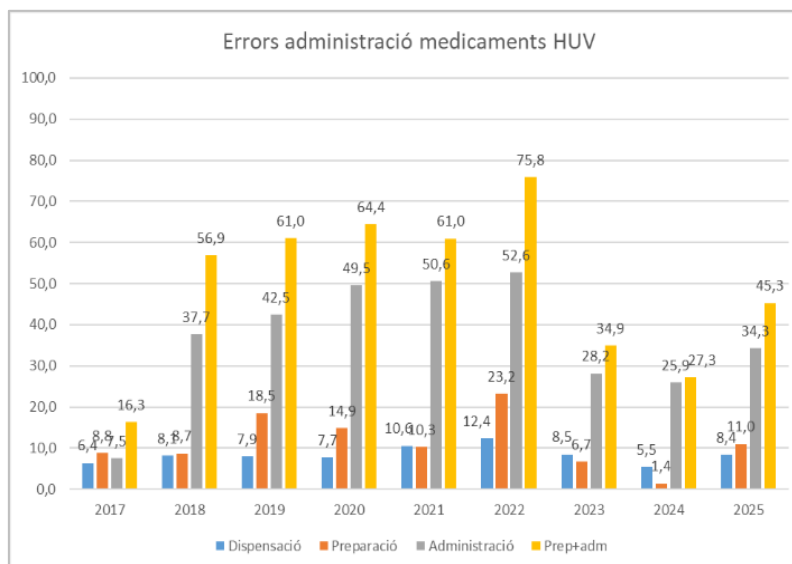
Objectiu $\leq 1\%$

Comentaris

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

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2025 s'han fet talls de prevalença d'observació directa, per a valorar la dispensació, preparació i administració dels medicaments. S'han observat un total de 245 pacients i 455 fàrmacs a l'Hospital Universitari de Vic.

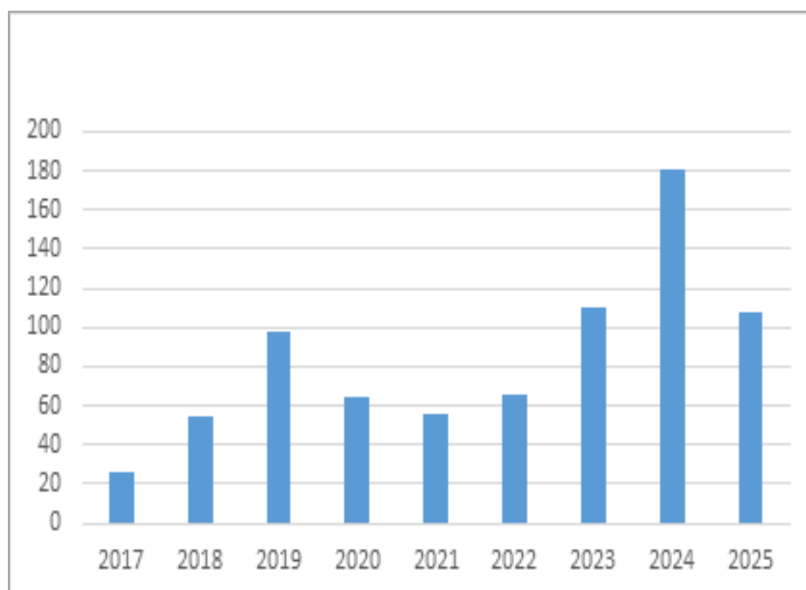


Comentaris

- ✓ Preparació del medicament; l'11% dels fàrmacs no s'han preparat a prop del pacient.
- ✓ Hi ha un 34,3% d'errors en l'administració de la medicació (156/455). D'aquests, un 46,35% corresponien a la via oral (108/233), principalment per deixar la medicació a la tauleta sense comprovar-ne la presa, i un 21,62% a la via parenteral (48/222), principalment per no aplicar les mesures de desinfecció correctes.

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

- ✓ Durant l'any 2025 s'ha impulsat la notificació voluntària dels errors de medicació al programa SNiSP Cat, en detriment de les notificacions al sistema establert en el programa informàtic del SICHV. Hi ha hagut una disminució de les notificacions en aquest programa intern, respecte a l'any anterior.

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

No s'ha detectat cap cas d'èxits secundaris a problema hospitalari (ESPH) relacionats amb errors de medicació.

S'han detectat 3 reclamacions per errors de medicació que s'han analitzat internament: a l'àrea quirúrgica del servei d'ORL, a hospitalització del servei de COT i a urgències del servei de Medicina interna.

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. Un cop revisades les incidències, s'han detectat 2 errors de medicació, ambdós de prescripció. També s'ha evidenciat un infraregistre dels errors, motiu pel qual s'ha reforçat la seva notificació amb l'objectiu de millorar-ne el registre de cara al 2026.

(🔗 [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

Semestralment es monitoren de manera sistemàtica els indicadors de Cesàries, Donació de teixit viu i de Traumatismes obstètrics.

Trimestralment es monitoritzen de manera sistemàtica els següents indicadors de % de reintervencions i de % de teixits enviats a AP.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TEIXITS L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2. Instrucció: Funcionament grup de Teixits, aprovada el 15.09.2023 ☐ 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". ☐ Reunions amb la cap de Qualitat i SP per seguiment de temes: 11.02.2025, 17.06.2025 i 05.11.2025. 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 ☐ Anàlisi de l'impacte dels errors en les incidències de les mostres a Anatomia Patològica. ☐ Seguiment de les reintervencions per part de la coordinadora quirúrgica de forma trimestral. Posteriorment tracta les millores amb els diferents caps de servei. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP
Avaluació	☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025 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 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2. Instrucció: Funcionament grup de Teixits (versió 02).

AVALUACIÓ DE LES REINTERVENCIIONS

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
	%	%	%	%	%	Reintervenció	%
Cirurgia general	2.7	2.6	2.0	3.2	3.2	52	2.6
C. Vascular	3.7	4.4	1.4	2.6	3.5	14	2.9
ORL	0.4	0.84	0.22	0.2	0.7	1	0.2
Urologia	3.5	3.42	0.61	2.6	1.7	16	1.8
Oftalmologia	0.4	0.18	0.17	0.15	0.1	2	0.1
COT	1.5	1.54	1.4	1.5	1.9	51	2.1
Ginecologia/obst	0.8	0.94	1.5	0.9	1.62	8	1.0
MI (proves AQ)	0.0	16.7	25.0	0.0	0.0	0	0.0
Cardiologia	1.1	1.54	0.0	0.0	10.0	0	0.0
UPA mama	3.6	0.0	2.2	2.0	3.8	7	2.9
C. maxil·lo	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
Pediatría	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0
Anestèsia i reanimació	33,3	29.2	25.0	17.6	14.3	3	16.7
TOTAL HUV	1.81	1.75	1.26	1.63	1.85	154	1.64

Objectiu $\leq 1,6\%$

Comentaris

- ✓ El percentatge de reintervencions, extret del QlikSense, gairebé s'ha assolit en aquest darrer any, amb un valor de 1.64%, quan l'objectiu és $\leq 1.6\%$. Els serveis que no ho aconsegueixen són Cirurgia general, C. Vascular, Urologia, COT i UPA mama. S'ha revisat amb la Cap de Cirurgia la bibliografia actual incrementant el nivell del llinar per l'any 2026, complint així amb els estàndards internacionals.
- ✓ 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 i aquestes queden registrades a Qualitat.

AVALUACIÓ DE L'ÍNDEX DE CESÀRIES

	2020	2021	2022	2023	2024	Any 2025		
						Cesàries	Parts	%
Taxa de cesàries	20.9	20.9	23.7	22.4	20.7	199	956	20.8
Taxa de cesàries ajustada	11.0	11.5	12.6	19.6	18.0			16.6

Objectiu taxa ajustada $\leq 19\%$

Comentaris

- ✓ Es calcula la taxa de cesàries ajustada, segons paràmetres d'exclusió del CatSalut. Aquest any la taxa de cesàries ha estat del 16.6%, 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: 12.069 mostres de procedència interna i 20.573 externa.

Incidències internes	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Incidències sobre activitat	103 (1.31%)	134 (1.47%)	257 (2.64%)	143 (1.24%)	198 (1.66%)	126 (1.04%)

Incidències externes	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Incidències sobre activitat	24 (0.25%)	47 (0.36%)	52 (0.39%)	61 (0.51%)	143 (0.85%)	131 (0.64%)

Comentaris

- ✓ Les incidències, tant internes com externes, disminueixen en relació amb l'any anterior. 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.

	2021	2022	2023	2024	2025	Dif. 24-25
Nombre de donacions de cordó umbilical	140	130	77	55	43	-21.8
Percentatge de mostres acceptades	97.9	98.5	100.0	100.0	100.0	0.0

Comentaris

- ✓ Les donacions de cordó umbilical continuen disminuint, així es pot veure en la taula durant dos anys consecutius, 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, 6 s'han criopreservat per a trasplantament, 14 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. S'ha presentat 1 mostra contaminada i no s'ha realitzat cap trasplantament de mostres obtingudes al CHV.

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

	2021	2022	2023	2024	2025
Núm. transplants de ronyó de viu	1	3	3	2	1

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 1 cas de donació de ronyó en viu durant l'any 2025, 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 2025, dels 12 protocols de neoplàsies, n'hi havia 10 d'actualitzats.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE TUMORS L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 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: 16.01.2025, 01.07.2025 i 05.11.2025. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP.
Avaluació	☐ No s'ha rebut el Registre Hospitalari de Tumors del 2025 per revisió a 7 d'agost 2026.. ☐ Actualitzacions de protocols de neoplàsies: 10/12 (83,33%). ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025 amb la Direcció. ☐ Publicació de resultats de Tumors al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web.
Revisió	☐ PSup 1.2. Instrucció: Funcionament grup de Tumors (versió 02)

AVALUACIÓ DEL REGISTRE HOSPITALARI DE TUMORS

No es disposa de dades del RHT de l'any 2025 en data 07/08/2026

PROTOCOLS ACTUALITZATS DE NEOPLÀSIES

Indicador:

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

Nom situació

ACTIU 2025

Nom	Actualitzat		No actualitzat		Total n	estat
	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%	1	En curs
DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL CÀNCER DE BUFETA URINÀRIA			1	100,00%	1	En curs
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	10	83,33%	2	16,66%	12	

	Actualitzat 2020	Actualitzat 2021	Actualitzat 2022	Actualitzat 2023	Actualitzat 2024	Actualitzat 2025
PROTOCOLS NEOPLÀSIA	89%	70%	73%	81,82%	66,67%	83,33%

Comentaris

- ✓ Es disposa d'un 83,33% dels protocols relacionats amb neoplàsies actualitzats.
- ✓ Els 2 protocols pendents estan en fase de revisió.

[👉 Tornar a l'índex](#)

RISCOS

OBJECTIUS

- ✓ Conèixer els pacients en situació de risc de patir esdeveniments adversos.
- ✓ Identificar les mesures de prevenció aplicades en els pacients amb risc detectat.
- ✓ Incorporar sistemes d'avaluació a la pràctica habitual.

METODOLOGIA

Per a l'avaluació dels principals riscos relacionats amb la seguretat del pacient s'utilitzen diferents mètodes d'anàlisi que permeten valorar el risc de desenvolupar úlceres per pressió intrahospitalàries (UPP-IH), el risc de caigudes, la correcta identificació dels pacients, els errors en l'administració de la medicació, la prevenció del risc d'aspiració i el risc d'ennuegament, així com el grau d'implantació de les mesures preventives establertes.

Les dades s'obtenen a través de QlikSense, que explota la informació registrada als diferents sistemes de l'entitat (Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria GACELA, notificacions d'esdeveniments adversos...), i mitjançant talls d'observació directa realitzats a les diferents unitats assistencials.

- ✓ **Úlceres per pressió:** les dades s'obtenen a partir dels registres del Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria explotats mitjançant QlikSense. Les gestants i la població pediàtrica s'exclouen de l'anàlisi per considerar-se població de baix risc. Semestralment s'elabora un informe amb els resultats obtinguts.
- ✓ **Caigudes:** les dades s'obtenen mitjançant QlikSense, que s'alimenta de les caigudes registrades en el Pla de Cures informatitzat d'Infermeria i de les notificacions d'esdeveniments adversos. Semestralment, s'elabora un informe i s'analitzen les caigudes amb conseqüències greus i les reiterades.
- ✓ Aplicació de mesures bàsiques de prevenció de caigudes i d'úlceres per pressió (UPP) a l'entitat: semestralment es duen a terme talls d'observació directa a les unitats d'hospitalització de l'HUV, de l'HUSC i de l'HSJM per avaluar el grau d'implantació de les mesures preventives.
- ✓ **Errors de medicació:** semestralment es realitzen talls d'observació directa a les unitats d'hospitalització de l'entitat. Els resultats, juntament amb l'informe d'anàlisi, es presenten a la Direcció d'Infermeria. Les dades detallades es poden consultar en l'apartat de Terapèutica.
- ✓ **Identificació inequívoca i activa de pacients:** Per valorar el compliment de la instrucció: "Identificació inequívoca i activa de pacients" es realitzen talls d'observació directa a diferents àrees de l'entitat (hospitalització HUV, Nounats, UCI, Urgències, Observació, Hospital de dia Polivalent, Hospital de dia Oncològic, Hospital de Dia de Salut Mental, Hemodiàlisi, Àrea Quirúrgica, hospitalització HSJM i hospitalització HUSC).
- ✓ **Posició del capçal llit:** per tal d'avaluar el compliment de les mesures estàndard de prevenció establertes en el «Protocol institucional de Pneumònia Intrahospitalària», en tots els talls d'observació directa realitzats durant el 2025 s'han inclòs les variables «pacient enllitat» i «posició del capçal del llit $\geq 30^\circ$ ».
- ✓ **Risc d'ennuegament:** Es realitzen talls d'observació directa per valorar els pacients d'edat ≥ 80 anys amb el test de detecció del risc de disfàgia (test de deglució a l'HUV i a l'HSJM, i test MECV-V a l'HUSC), així com la presència del cartell de risc d'ennuegament en els pacients amb un test positiu.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE RISCOS L'ANY 2025

Enfocament	☐ Instrucció funcionament Grup Riscos _PROSUP001_003, 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 Ús 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 Intrahospitalària, 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): 30.01.2025, 27.02.2025, 27.03.2025, 24.04.2025, 29.05.2025, 10.07.2025, 25.09.2025, 30.10.2025 i 19.12.2025. Des de Qualitat i SP es decideix unificar el sistema de notificació dels errors de medicació detectats a partir de l'01.01.2026, els quals s'hauran de comunicar com a Esdeveniments Adversos a través del Sistema de notificació d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients (SNI SP Cat). Per tant, es comunica aquesta decisió a la Direcció d'Infermeria per a la seva aprovació i per fer-ne difusió a tots els professionals. Així mateix, es procedeix al tancament del GPEM, es realitzen els canvis informàtics adients al SICHV i es fa la comunicació corresponent a través de la pissarra virtual. ☐ Comitès d'Infermeria en els que s'han presentat resultats relacionats amb Riscos i planificat accions de millora: 30.01.2025, 12.02.2025, 19.02.2025 i 1.10.2025. Reunions i desplegament de la instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient • Reunió amb la Cap Unitat Atenció No Pública i Dona-Infant) el 29.05.2025, en la que es va tractar la qüestió de la identificació visible dels bressols a la unitat de pediatria. Després de revisar les recomanacions i amb l'aprovació prèvia de la Direcció d'Infermeria, es va concloure que la identificació del bressol no aporta un benefici addicional significatiu, per la qual cosa es va retirar de la instrucció de referència (Instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient). • Reunió amb la Cap de Gestió de Clients el 13.08.2025 en la que es va revisar la instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient amb l'objectiu d'ampliar l'abast de la identificació inequívoca al departament de Gestió de Clients. Posteriorment,

	es van realitzar les modificacions pertinents al document, que van ser enviades a les direccions d'Infermeria i de Gestió de Clients per a la seva aprovació. - Aprovació final: La instrucció A22f_ Identificació inequívoca del pacient, amb ambdues modificacions, va ser aprovada pel Comitè Permanent Assistencial el 9 de desembre de 2025. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. - Activació grup professionals sanitaris (infermeres (TCAIs) de suport en la realització de talls d'observació directa semestral. Incorporació i activació de noves incorporacions. - Dinamització, coordinació i seguiment de les activitats portades a terme pels membres 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. - Assistència i participació com a ponent a la III Jornada Nacional de Caídas, realitzada l'Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, el 21.11.2025.
Avaluació	- Reunions amb la cap de QISP per seguiment de temes: 13.02.2025, 13.08.2025, 5.11.2025. - Avaluació d'indicadors relacionats amb riscos: - Compliment dins paràmetres correctes dels indicadors prioritaris de Seguretat de pacients (identificació inequívoca i activa de pacients, UPP IH i caigudes amb conseqüències). - Adequació de la valoració de riscos (caigudes, disfàgia i UPP-IH) - Aplicació correcta mesures prevenció en aquells pacients que presenten risc de caigudes, UPP, ennuegament per broncoaspiració i disfàgia. - Presentació dels informes de Riscos anual 2024 i 1r semestre 2025 a la Direcció d'Infermeria: 30.01.2025 i 30.07.2025. - Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 5.11.2024 amb la Direcció i amb propostes de millora per l'any següent. - Obtenció i revisió de les dades referents a les DPO dels professionals d'infermeria relacionades amb la identificació inequívoca i identificació activa de pacients. Enviament d'informe a les caps d'unitat corresponents, de (26.11.2025).
Revisió	- Instrucció funcionament Grup Riscos _PROSUP001_003. Versió 03 - Instrucció: A22f_ Identificació inequívoca del pacient (Versió 08). - Procediment Prevenció de caigudes en l'àmbit hospitalari (Versió 02). - Procediment Us segur del medicament (Versió 10).

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	2024	2025
Altes estada >24h	8593	8099
Altes amb valoració Risc UPP	8254	7618
% Altes amb valoració Risc UPP	96.1%	94.1%

Objectiu SP >90% - CHV >95%

	2024	2025
Altes amb risc UPP	%	%
	31.9%	32.9%

Taxa UPP-Intrahospitalària	2024	2025
Altes estada > 2 dies	7083	6934
UPP-IH	121	131
% altes UPP-IH	1.71%	1.89%

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 2025 s'han fet talls d'observació a les unitats de cures amb la finalitat d'avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció bàsiques.

Són dades prevalença, valorant 223 pacients. S'avalua la presència de matalàs dinàmic als pacients amb risc alt de patir una UPP així com l'ús de coixí per reduir pressions en pacients amb risc moderat i alt que poden sedestar.

HUV		2024	2025		
mesures prevenció aplicades		%	n	%	mostra
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	20.0%	4	80.0%	5
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	93.8%	25	100.0%	25

Comentaris

- ✓ El percentatge de pacients amb valoració del risc mitjançant l'escala de Braden a l'HUV és del 94.1%, assolint l'objectiu de Seguretat de Pacients, però no el del CHV. A l'HUV el 32.9% dels pacients ingressats tenien risc de presentar una UPP_IH.
- ✓ La taxa d'UPP_IH té una incidència de l'1.89% 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.

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 i SP (unitats que no disposen del programa Gacela).

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectiu
Caiques declarades	n	n	n	n	n	n	
Àmbit Aguts	73	102	85	104	101	109	
Àmbit Salut Mental	11	37	30	26	34	30	
% de caigudes a Aguts (x mil estades)	1.44	1.75	1.49	1.75	1.76	1.95	≤ 2 per mil
% de caigudes a Salut mental (x mil estades)	1.89	6.68	4.68	3.86	6.15	5.23	≤ 2 per mil

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectiu
Conseqüències	%	%	%	%	%	n %	
Sense conseqüències i lleus	96.4	98.5	98.2	100.0	100.0	137 98.6	>95%
Conseqüències importants	3.6	1.5	1.8	0.0	0.0	2 1.4	

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell global del CHV (4 caigudes més respecte a l'any 2024).
- ✓ 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 $\leq 2\%$. A l'àmbit de Salut Mental la taxa és del 5.23%, superant l'objectiu.
- ✓ El percentatge de caigudes a nivell de CHV sense conseqüències i/o lleus és del 98,6% 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 2025

Àmbit	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥ 3 vegades
Aguts	1.08	1-3	1
S. Mental	2.15	1-7	2

Comentaris

- ✓ Hi ha hagut 3 pacients que han patit més de tres caigudes (1 a Aguts i 2 a Salut Mental), que representen el 2.8% de les caigudes produïdes a Aguts i el 46.7% de les registrades a la planta de Salut 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		
	2024 (%)	2025 (%) (n)	desv.
Global	96,22%	97,3% (8588)	1,1%

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

Comentaris

- ✓ El nivell de compliment global de la valoració del risc de caigudes a Aguts és del 97.3%, 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 2025 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 223 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 2025

	HUV
Pacients estudiats	223
Nº pacients amb mesures aplicades	189
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	84.7%

Comentaris

- ✓ A l'HUV un 84.8% 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 (braçalel identificatiu amb dades correctes i llegibles) es van realitzar talls de prevalença, amb el mètode d'observació directa. Són dades de prevalença, valorant 1.068 pacients.

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

- Hospitalització HUV (plantes d'internament): s'han observat 597 pacients
- Nounats: s'han observat 39 nadons.
- Unitat d'observació: s'han observat 25 pacients.
- Àrea d'Urgències: s'han observat 59 pacients.
- Hemodiàlisi: s'han observat 104 pacients (es valora si porten la targeta identificativa).
- Àrea Quirúrgica (UCSI/CMA): s'han observat 43 pacients.
- Intervencionisme: s'han observat 41 pacients
- Hospital de dia de Salut Mental (Adults i Infanto-juvenil): s'han observat 29 pacients.
- URPA: s'han observat 23 pacients.
- Sala de Parts: s'han observat 11 pacients.
- UCI: s'han observat 52 pacients
- Alternatives a l'hospitalització (HD Poli/HD Onco): s'han observat 45 pacients

Hospitalització (inclou nounats)

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	630		636	
Identificació correcta	618	98.1	619	97.3

Obj CHV ≥95%

UCI

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	22		52	
Identificació correcta	22	100.0	52	100.0

Obj CHV ≥95%

Unitat d'observació

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	20		25	
Identificació correcta	20	100.0	25	100.0

Obj CHV ≥95%

Àrea d'Urgències

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	47		59	
Identificació correcta	46	97.0	59	100.0

Obj CHV ≥95%

Unitat d'Hemodiàlisi

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	55		104	
Identificació correcta	55	100.0	102	98.1

Obj CHV ≥95%

Àrea quirúrgica (CMA)

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	28		19	
Identificació correcta	28	100.0	19	100.0

Obj CHV ≥95%

Intervencionisme

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	16		41	
Identificació correcta	16	100.0	41	100.0

Obj CHV ≥95%

Hospital Dia Salut Mental

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	26		29	
Identificació correcta	26	100.0	29	100.0

Obj CHV ≥95%

URPA (HUV/CdV)

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	12		23	
Identificació correcta	12	100.0	23	100.0

Obj CHV ≥95%

Sala de Parts

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	11		11	
Identificació correcta	11	100.0	11	100.0

Obj CHV ≥95%

UCSI

	2025	
	n	%
Pacients avaluats	24	
Identificació correcta	24	100.0

Obj CHV ≥95%

Alternatives a l'hospitalització

	2024		2025	
	n	%	n	%
Pacients avaluats	49		45	
Identificació correcta	49	100.0	45	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 1-2, 4-1 i 4-2. En aquests casos es valora la correcta identificació del nounat mitjançant dos braçalets identificatius, amb dos identificadors. El braçalel que conté dades que vinculen al nounat amb la seva mare biològica (binomi mare-nadó) i el braçalel que conté dades del nounat.

	2023	2024	2025		Obj.
	%	%	n	%	
Nounats avaluats	73	32	39		
Braçalel correcte	93.2	90.6	35	89.7	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 (89.7%).

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. Són dades de prevalença valorant 718 situacions de risc.

Hospitalització

	2024		2025	
	Observacions	Id. activa	Observacions	Id. activa
	n	%	n	%
HUV	281	53.74%	718	88.6%

Comentaris

- ✓ El 88.6% 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 2025 s'han inclòs les variables: pacient al llit i posició del capçal al 30º.

HUV	2024	2025
• Pacients al llit	178	106
• % capçal >30º	97.3	93.1%

Comentaris

- ✓ L'acompliment de la posició del capçal >30º té un resultat del 93.1%

RISC DE DISFÀGIA

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

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 ≥90%), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA).

Hospital Aguts	Pacients amb valoració risc ennuegament		
	2024 (%)	2025 (% (n))	desv.
Global	85,8%	86,4% (1967)	0,67%

Objectiu CHV ≥90%

Comentaris

- ✓ El 86.4% dels pacients amb edat ≥ a 80 anys tenen el test de deglució fet (no complint l'objectiu ≥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 ≥80%), segons el procediment de detecció i maneig de la disfàgia.

	2024		2025	
	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia	Resultat positiu	Etiqueta risc disfàgia
	n	%	n	%
HUV	13	69.2	12	91.7

Objectiu CHV ≥80%

Comentaris

- ✓ El 91.7% dels pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa del risc al capçal del llit (complint l'objectiu ≥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. 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 de tres aspectes concrets:

1. Infecció Relacionada amb Assistència Sanitària (IRAS).
 - Se segueixen Els criteris diagnòstics del CDC (Center for Disease Control and Prevention).
 - Informació diària del Servei de Microbiologia sobre els microorganismes aïllats: per confirmar la presència d'IRAS
 - Seguiment dels indicadors establerts pel VINCat.
2. Detecció de "Brot Nosocomial".
 - S'agrupa el número d'aïllaments per germen. En el cas de sobrepassar el número marcat com a "nivell llindar", s'analitza el cas o casos per saber si es tracta d'un brot nosocomial i, si és així, es posen en marxa les mesures de control protocol·litzades.
3. Utilització d'antibiòtics. (PROA)
 - Seguiment i valoració permanent dels antibiòtics d'ús restringit de tots els centres del CHV, a través del grup PROA (Programa d'Optimització d'Antibiòtics) que està constituït per membres de l'equip de control de la infecció (ECI) i treballa seguint els indicadors establerts pel PROA VINCat.

FORMACIÓ ESPECÍFICA SOBRE INFECCIONS L'ANY 2025

Professionals que han realitzat activitats formatives:

- ✓ Higiene de mans i EPI's: 330 (presencial) i 5 a distància
- ✓ 5 moments en higiene de mans: 134
- ✓ Seguretat de pacients: 790
- ✓ Sessió als nous residents: *"Aspectes de Seguretat de pacients i de prevenció de la infecció nosocomial - la Higiene de mans segons els 5 moments de la OMS"*
- ✓ Sessions de simulació amb la tècnica Role Playing en higiene de mans i en bones pràctiques per a la prevenció d'infeccions, a l'HUV, HSJM i HUSC.

TALLS DE PREVALENÇA REALITZATS L'ANY 2025

1. Es fan talls observacionals en higiene de mans a l'HSJM i a l'HUSC de manera mensual (per tenir una mostra significativa). S'observen els 5 moments indicats per la realització de la Higiene de mans segons la metodologia que estableix la OMS i es fa proposta de millores. Es fa feedback dels resultats al personal i s'elabora informe final d'higiene de mans per la Direcció del centre.
2. Es fan talls observacionals en higiene de mans a HUV per trimestres i a totes les unitats d'hospitalització, urgències, UCI, consultes externes, diàlisi, H.Dia polivalent, H.Dia oncològic, àrea quirúrgica i CMA, intervencionisme.
3. Hi ha uns professionals referents d'infeccions que estan constituïts com a grup d'Higiene de Mans que són els que col·laboren en els talls d'observació als centres del CHV i que estan formats en la metodologia per fer aquesta funció.
4. Per al seguiment de la prevalença d'infeccions s'ha fet:
 - 1 tall a l'HUV: 14 de maig de 2025
 - 2 talls a l'HUSC: 19, 20 de maig i 17 de novembre del 2025.
 - 2 talls a l'HSJM: 21, 22 de maig i 20 de novembre del 2025.

Es continua amb el tall de la UCI. Aquests talls s'utilitzen per a la prevalença d'infeccions que es recullen pel VINCat, per a ús intern del CHV i per l'ENVIN en el cas de la UCI.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP D'INFECCIONS L'ANY 2025

Enfocament	□ PSup 1.2 Instrucció: funcionament del grup d'Infeccions, aprovada el 09.10.2025. □ Instrucció de funcionament del grup PROA, aprovada el setembre del 2022. □ Dins el baner 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, utilitatge 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 – Procediment institucional de Precaucions per evitar la transmissió d'infeccions relacionades amb l'assistència sanitària del CHV, aprovat al 25.09.2025.
Desplegament	□ Reunions de la cap de Qualitat i SP i la tècnica del grup d'Infeccions per seguiment de temes: 21.01.2025, 20.06.2025 i 05.11.2025. □ 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: 28.01.2025, 07.05.2025, 28.08.2025 i 27.10.2025. Les actes estan disponibles a la Unitat de vigilància d'infeccions.

	□ Reunions del Comitè d'Infeccions: 23.04.2025, 17.09.2025 i 17.12.2025. 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 l'UCI • Resultats incidència infeccions (bacterièmies, gèrmens multiresistents) • PROA • Objectius CatSalut • Talls prevalença • Brots • Obres • Resum dels acords presos. *Totes les actes estan disponibles a la unitat de Qualitat i SP. □ 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: 18.02.2025. □ Reunions del grup PROA sociosanitari del VINCAT per avaluar els resultats de les intervencions de la ITU del 2024 i propostes de millora pel 2025, en aquests centres a Catalunya. S'ha treballat per desplegar una nova intervenció d'infeccions respiratòries el 2025 que s'ha iniciat l'últim trimestre de l'any. □ Es passa pel Comitè Permanent Assistencial (CPA) en data 21.10.2025, el document d'ajut a la presa de decisions (DAPD) en Precaucions per evitar la transmissió d'infeccions. □ 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 són: 20.01.2025 (tancament 2024), 14.04.2025 (1r trimestre), 14.07.2025 (2n trimestre) i 13.10.2025 (3r trimestre). □ El 05.05.2025 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 14.05.2025 i atenció intermèdia la setmana del 19 de maig i del 17 de novembre 2025). □ S'ha participat en el tall de prevalença de l'ENVIN-Hèlics a l'UCI (abril-maig-juny 2025). □ S'ha continuat amb la intervenció de 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 realitzat abril-maig i juny del 2025, 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 el 18.11.2025 amb l'eslògan de "Si el pacient està estable, la via oral és raonable!". També es va fer una pissarra virtual a l'abast de tots els professionals.
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 del PROA a atenció intermèdia a la sessió conjunta de HUSC i HSJM el dia 03.11.2025 □ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat del CHV realitzada el 05.11.2025 amb 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 multiresistents, Clostridium, Higiene de mans, infecció quirúrgica i infeccions de pacients crítics. □ Es segueix l'adhesió al projecte de Flebitis Zero del Ministeri amb el compromís de la implicació en el projecte. □ 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 infecciosas microbiología 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, 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 l'UCI i urgències.
Revisió	□ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup d'Infeccions (Versió 04) □ Protocol institucional de Neteja i desinfecció de material sanitari, utilatge i antisèptics al CHV. Versió 2 □ Document ajut a la presa de decisions (DAPD) en Tractament de la malària (Paludisme) V2 □ Procediment institucional de Precaucions per evitar la transmissió d'infeccions relacionades amb l'assistència sanitària del CHV, aprovat al 25.09.2025. Versió 5

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

PREVALENÇA D'INFECCIONS RELACIONADES AMB L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

El 14 de maig del 2025, 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

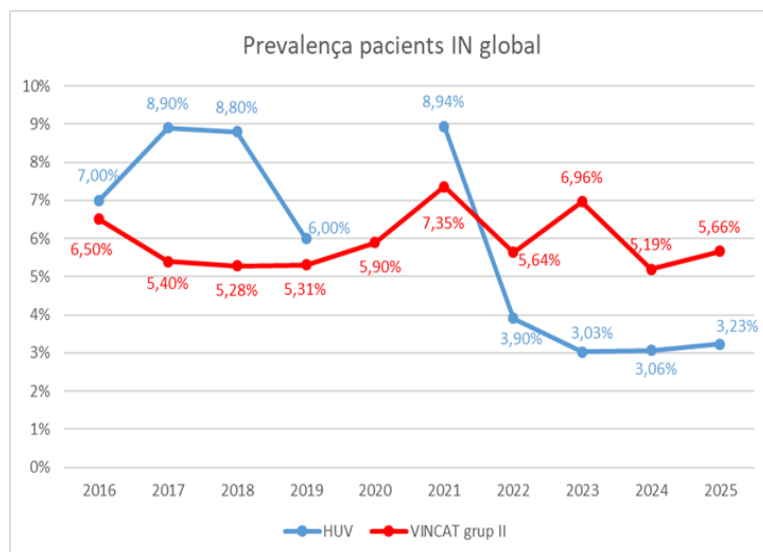
Distribució de les infeccions segons sexe:

Sexe	H ^a	Pac. ^b	% Rel. ^c	IN global			
				N ^d	% Prev. ^e	Li ^f	LS ^g
HUV							
TOTAL		186	100,0	6	3,2	1,4	7,0
Dona		81	43,5	3	3,7	1,2	11,0
Home		105	56,5	3	2,9	0,9	8,6
Enquesta VINCat							
TOTAL		6.860	100,0	407	5,9	5,4	6,5
Dona	54	3.292	48,0	159	4,8	4,1	5,6
Home	54	3.568	52,0	248	7,0	6,2	7,8

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		186	100,0	6	3,2	1,4	7,0
< 18		7	3,8	0	0,0		
18 - 64		81	43,5	1	1,2	0,2	8,4
≥ 65		98	52,7	5	5,1	2,1	11,8
Enquesta VINCat							
TOTAL		6.860	100,0	407	5,9	5,4	6,5
< 18	29	313	4,6	8	2,6	1,3	5,0
18 - 64	54	2.408	35,1	111	4,6	3,8	5,5
≥ 65	53	4.139	60,3	288	7,0	6,2	7,8

Infeccions detectades



Comentaris

- ✓ Es manté la prevalença d'IN global a l'HUV amb relació als darrers anys, continuant per sota la del nostre grup del VINCAT.
- ✓ Dintre del grup >65 anys, 3 de les 6 infeccions són en pacients de >70 anys, disminuint l'edat dels pacients infectats respecte a l'any anterior. A la resta d'hospitals entre 60-69 anys és on hi ha més pacients infectats.
- ✓ Ha disminuït la infecció per ILQ respecte al 2024, a diferència de la resta d'hospital que ha augmentat i continua sent la més prevalent. Les infeccions més prevalents a l'HUV són les bacterièmies i les respiratòries.
- ✓ Els serveis amb més infeccions a l'HUV són UCI i Pneumologia. Al VINCat els més prevalents són els serveis quirúrgics.
- ✓ A l'HUV els gèrmens causants de les infeccions han sigut Gram negatius, essent l'Escherichia coli el 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

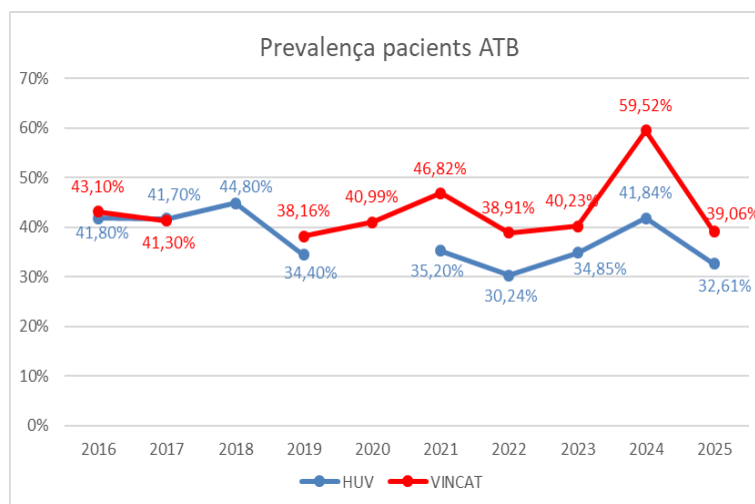
Indicació del tractament	Pacients amb antimicrobians		Prescripcions d'antimicrobians	
	N ^a	% Prev. ^b	N ^c	% Rel. ^d
TOTAL			70	100,00
Tractament empíric	42	22,58	48	68,57
Tractament dirigit	17	9,14	20	28,57
Altres indicacions	1	0,54	1	1,43
Profilaxi mèdica	1	0,54	1	1,43

Un total de 60 (32,26%) pacients prenen antimicrobians.

VINCAT

Indicació del tractament	Pacients amb antimicrobians		Prescripcions d'antimicrobians	
	N ^a	% Prev. ^b	N ^c	% Rel. ^d
TOTAL			3.410	100,00
Tractament empíric	1.497	21,71	1.862	54,60
Tractament dirigit	842	12,21	1.043	30,59
Profilaxi quirúrgica o altres	264	3,83	298	8,74
Profilaxi mèdica	145	2,10	157	4,60
Indicació desconeguda	34	0,49	35	1,03
Altres indicacions	15	0,22	15	0,44

Un total de 2.748 (39,06%) pacients prenen antimicrobians.



Comentaris

- ✓ A l'HUV, com al VINCAT, disminueix la prevalença de pacients amb antimicrobians respecte l'any passat, continuant per sota de la resta d'hospitals catalans.
- ✓ La prescripció de tractament dirigit és similar a la resta d'hospitals amb un resultat del 28,57%.
- ✓ A l'HUV l'amoxicil·lina/clavulàmic és la més utilitzada juntament amb la ceftriaxona seguida de piperacil·lina/tazobactam i sulfametoxazole-trimetoprim.
- ✓ Al VINCAT l'antimicrobià més utilitzat és l'amoxicil·lina/clavulàmic seguit de la ceftriaxona, la piperacil·lina/tazobactam, la cefazolina i el meropenem.

FLEBITIS ZERO

Des de 2024 el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) participa activament en el Projecte Flebitis Zero, una iniciativa multicèntrica espanyola que té com a objectiu reduir la taxa de flebitis associada al CVP mitjançant la implementació d'una estratègia multimodal de 5 recomanacions clau:

- Elecció adequada del tipus de catèter
- Higiene de mans
- Ús de clorhexidina al 2% en la preparació de la pell
- Manteniment asèptic dels catèters
- Retirada de CVP innecessaris

Aquest informe presenta els resultats del CHV corresponents a la campanya de març de 2025, realitzats a una unitat mèdica (6.1) i una unitat quirúrgica (5.2). Els resultats són comparats amb les dades nacionals de l'ESINFLEBIT 2024 (n=15.863 catèters, 114 hospitals).

Resultats

792	88	9,09%	8
Estades de pacients	CVP inserits	Taxa de flebitis CHV	Episodis de flebitis

Unitat	Episodis flebitis	CVP	Incidència acumulada	Densitat incidència
6.1 Mèdica	7	52	13,46%	54,26‰
5.2 Quirúrgica	1	36	2,78%	10,64‰
TOTAL CHV	8	88	9,09%	35,24‰

Indicador	CHV 2025	Nacional 2024	Valoració
Taxa de flebitis global	9,09%	9,90%	Per sota
Taxa flebitis unitat mèdica 6.1	13,46%	~11%	Per sobre
Taxa flebitis unitat quirúrgica 5.2	2,78%	~9%	Excel·lent
Higiene mans (sol. alcohòlica)	75,00%	79,28%	Millorable
Clorhexidina alcohòlica 2% (antisèptic pell)	26,14%	84,23%	Prioritat
Insercions a la canell	22,73%	7,53%	Reduir
Apòsit totalment reforçat	7,95%	41,86%	Millorar
CVP amb permanència >48 h	51,14%	55,05%	Similar
Retirada per flebitis	9,09%	8,00%	Millorable

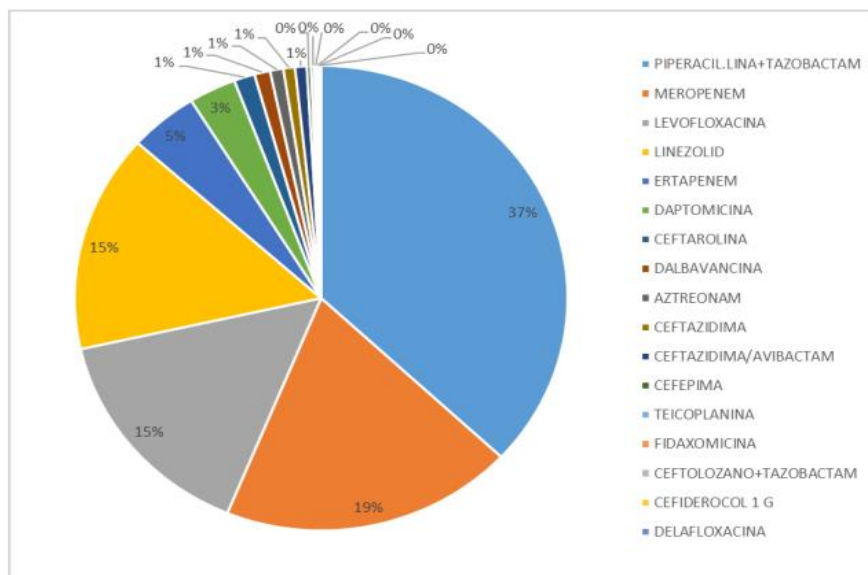
Comentaris

- ✓ La taxa global del CHV (9,09%) se situa per sota de la mitjana nacional (9,90%). Resultat positiu, però amb variabilitat interna important entre unitats.
- ✓ La unitat 5.2 Quirúrgica presenta una taxa per sota la nacional (2,78%) mentre que la unitat 6.1 Mèdica (13,46%) supera el referent nacional.
- ✓ La desviació més gran és l'antisèptic de pell: 26,14% de clorhexidina alcohòlica 2% al CHV vs. 84,23% nacional.
- ✓ Les insercions al canell (22,73% vs. 7,53%) i la infrautilització d'apòsits reforçats (7,95% vs. 41,86%) són factors modificables amb formació i adequació de materials.
- ✓ El CHV té base sòlida per avançar. L'objectiu és assolir una taxa de flebitis per sota del 5%.
- ✓ La participació en el Projecte Flebitis Zero és un actiu estratègic que ha de permetre, amb les accions de millora identificades, assolir taxes de flebitis per sota del 5% en els pròxims anys.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

		Segueixen Protocol
Antibiòtics restringits prescrits	1835	
Antibiòtics restringits avaluats	621 (33,84%)	70,53%

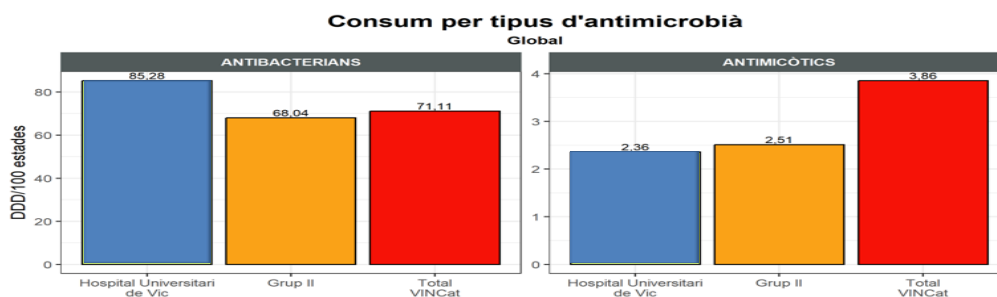


Comentaris

- ✓ L'any 2025 s'han prescrit 1.835 antibiòtics restringits, 115 més que l'any 2024. El 70,53% dels avaluats segueix el protocol, reflectint una millora en l'adhesió respecte a anys anteriors malgrat l'augment del volum de prescripcions.
- ✓ La Piperacil·lina-Tazobactam continua sent l'antibiòtic restringit més prescrit (37%), seguit del Meropenem (19%) i la Levofloxacina i el Linezolid (15% cadascun). S'observa un augment notable de la Piperacil·lina-Tazobactam respecte l'any anterior.
- ✓ Disminueix l'adherència al protocol de la Piperacil·lina-Tazobactam i del Meropenem respecte a anys anteriors, així com la de la Daptomicina i la Ceftarolina. Cal continuar monitoritzant aquests antibiòtics per garantir un ús adequat.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 595 recomanacions l'any 2025, amb una taxa d'acceptació global del 71,60%, superior el 2024.
- ✓ Les recomanacions de canvi d'antibiòtic segons cultius (202 casos, 79,70% d'acceptació) i de duració del tractament (136 casos, 71,32%) són les més freqüents.
- ✓ La recomanació més acceptada és la de desescalar segons cultius o aturar si no és necessari (89,13%), mentre que la teràpia seqüencial és la que té menor acceptació (49,21%). Cal destacar que s'accepta millor el canvi d'antibiòtic segons cultius que el canvi d'antibiòtic empíric (79,70% envers 54,00%), la qual cosa evidencia la importància de disposar de resultats microbiològics per facilitar l'adhesió dels prescriptors.

Monitoratge estandarditzat del consum d'antimicrobians

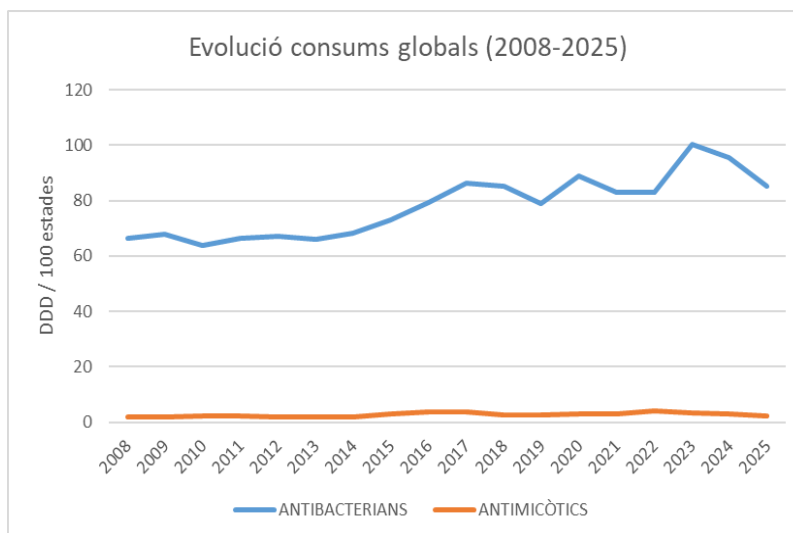
Resultats anuals consum hospitalari d'adults per tipus d'antimicrobià (DDD). Dades 2025



Comentaris

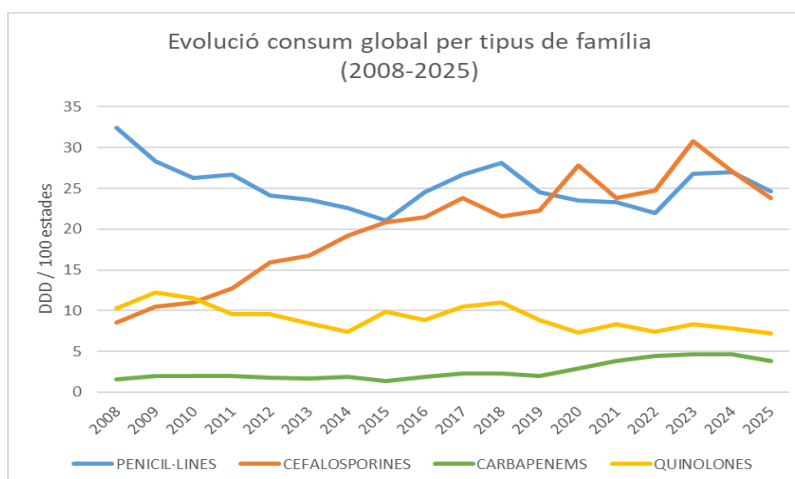
- ✓ El consum global d'antimicrobians disminueix un 10.93% respecte a 2024 conseqüència de la disminució a tots els serveis. Malgrat que aquesta disminució continuem per sobre dels hospitals del grup II del VINCat en tots els serveis.
- ✓ A la UCI disminueix el consum d'antimicrobians en un 11.98% i el d'antimicòtics en un 8.15% respecte al 2024.
- ✓ Els serveis quirúrgics també ha disminuït el consum tant d'antimicrobians (41.08%) com d'antimicòtics (3.54%).
- ✓ Pel que fa al consum d'antimicòtics estem per sota dels hospitals del nostre grup a tots els serveis excepte a l'UCI, tot i la disminució global respecte al 2024 (23.34%).

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



Comentaris

- ✓ Continuem amb disminució del consum global d'antimicrobians en els dos últims anys, intentant revertir la tendència creixent des del 2015. Aquesta tendència s'observa sobretot als serveis quirúrgics tot i que aquest 2025 hi ha descens.

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

- ✓ El consum global de carbapenems es manté estable respecte al 2024, amb un lleuger descens (al voltant de 4,5 a 3,9 DDD/100 estades). A l'UCI s'observa una disminució més marcada respecte l'any anterior, mentre que als serveis mèdics i quirúrgics es manté en nivells baixos.
- ✓ El consum de cefalosporines presenta una disminució global important respecte al 2024 (de prop de 30,8 a 23,8 DDD/100 estades), a expenses sobretot dels serveis mèdics i de l'UCI. Als serveis quirúrgics, en canvi, es manté com la família més consumida amb una tendència estable.
- ✓ El consum global de penicil·lines disminueix lleugerament respecte al 2024 (al voltant de 27 a 24,5 DDD/100 estades), amb descensos tant als serveis mèdics com a l'UCI, mentre que als serveis quirúrgics es manté estable.
- ✓ El consum global de quinolones es manté estable respecte al 2024, amb una lleugera tendència a la baixa (al voltant de 8 a 7 DDD/100 estades), tant als serveis mèdics com a l'UCI. Als serveis quirúrgics es manté en valors baixos i estables tot i l'augment d'aquest any.
- ✓ A conseqüència de les intervencions del grup PROA, el consum de carbapenems i quinolones es manté controlat sense experimentar increments respecte al 2024, consolidant la tendència d'ús prudent d'aquestes famílies d'ampli espectre.

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

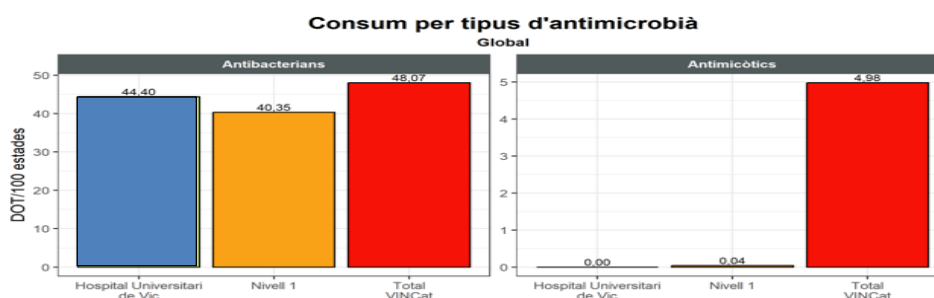
Des de 2022 es declaren al VINCat els consums d'antimicrobians dels pacients pediàtrics per poder fer comparativa amb els centres del nostre nivell. La classificació dels nivells d'hospitals en pediatria són els següents:

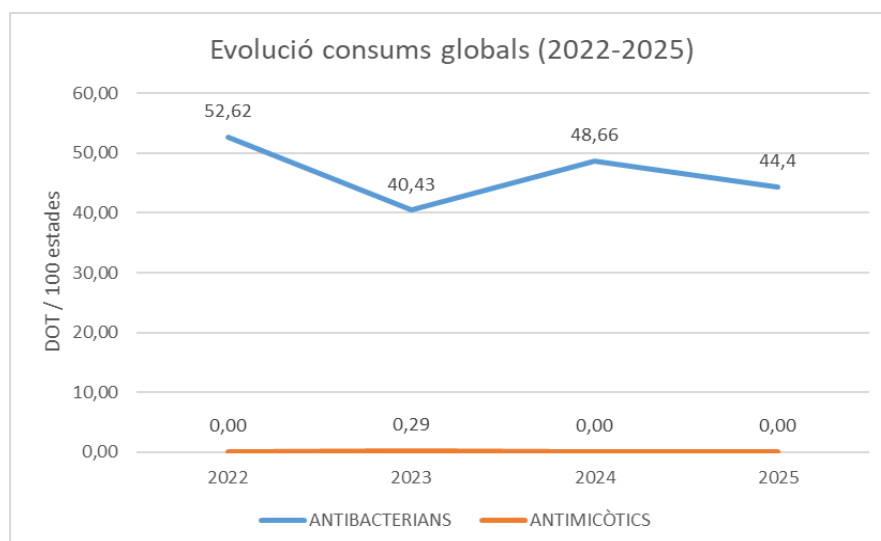
Nivell 1: serveis mèdics ó quirúrgics (nivell al qual pertany el CHV)

Nivell 2: nivell 1 + UCI neonatal

Nivell 3a: Nivell 2 + UCI pediàtrica

Nivell 3b: Nivell 3a + onco hemato

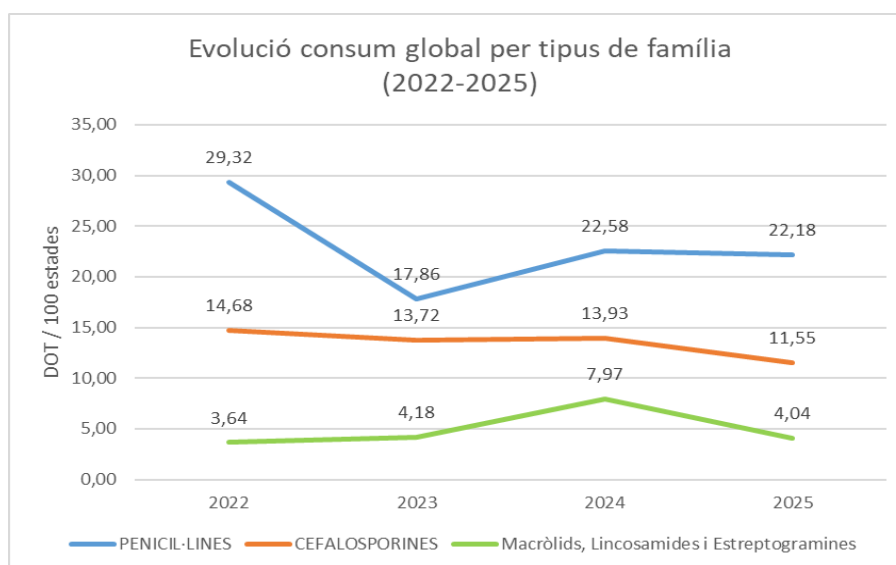




Comentaris

- ✓ El consum global d'antibacterians disminueix respecte al 2024 (de 48,66 a 44,4 DOT/100 estades). Aquest consum és degut als serveis mèdics, ja que no hi va haver consum en els serveis quirúrgics. Tot i la disminució continuem per sobre del consum respecte als hospitals del nostre nivell.
- ✓ El consum d'antimicòtics es manté en valors nuls, igual que el 2024, situant-nos per sota dels altres centres del mateix nivell.

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



Comentaris

- ✓ Es manté la disminució del consum de Cefalosporines respecte al 2024 (de 13,93 a 11,55 DOT/100 estades).
- ✓ El consum de Penicil·lines es manté estable respecte al 2024 (de 22,58 a 22,18 DOT/100 estades), mentre que el consum de Macròlids disminueix de manera marcada (de 7,97 a 4,04 DOT/100 estades), probablement en relació amb una menor incidència de casos d'infecció respiratòria respecte a l'any anterior.

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 2025 al baner 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	2025
67%	72%	73%	74%	71%

Resultats indicador HM a hospitalització segons criteris VINCAt i SP

Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats o plantes d'hospitalització x 1.000 estades. Any 2025.

Grup	Nº Centres	Litres PBA	Estades	Litres PBA per 1.000 estades	[IC 95%]
TOTAL	26	19.911	232.729	85,55	[84,37 a 86,75]
HUV	1	360	3.419	105,29	[94,70 a 116,75]
Grup I	8	14.904	151.750	98,21	[96,64 a 99,80]
Grup II	15	4.535	74.166	61,15	[59,38 a 62,95]
Grup III	3	472	6.813	69,28	[63,17 a 75,82]

PBA: Preparats de Base Alcohòlica.

Resultats indicador HM a UCI segons criteris VINCAt i SP

Nombre total de litres de PBA entregats a les unitats de cures intensives (UCI) x 1.000 estades. Any 2025

Grup	Nº Centres	Litres PBA	Estades	Litres PBA per 1.000 estades	[IC 95%]
TOTAL	60	70.834	3.231.118	21,92	[21,76 a 22,08]
HUV	1	1.565	49.174	31,83	[30,27 a 33,44]
Grup I	8	34.160	1.279.359	26,70	[26,42 a 26,99]
Grup II	15	19.352	1.078.914	17,94	[17,68 a 18,19]
Grup III	32	14.050	741.607	18,95	[18,63 a 19,26]
Grup IV	5	3.272	131.238	24,93	[24,08 a 25,80]

PBA: Preparats de Base Alcohòlica.

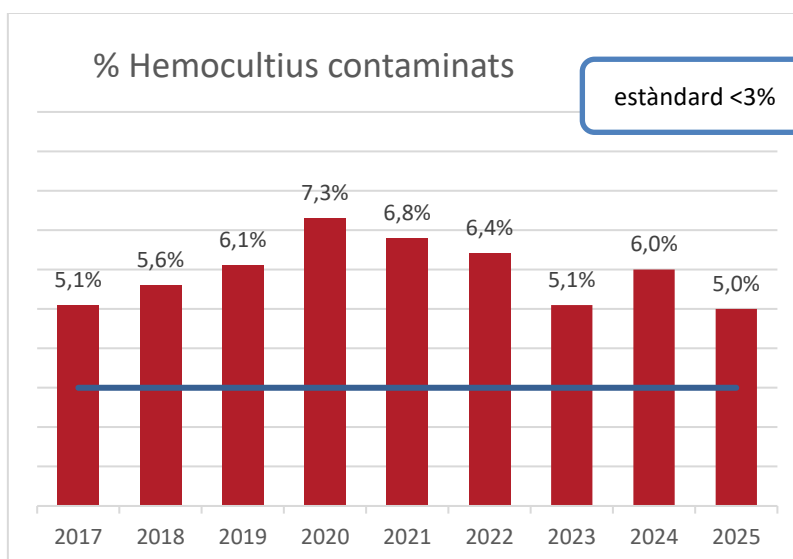
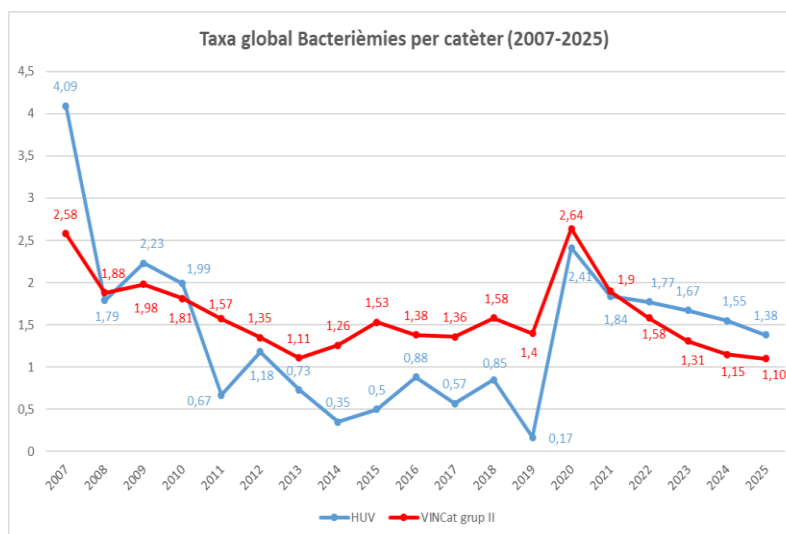
Comentaris

- ✓ La taxa global d'adherència en HM a HUV d'aquest any ha disminuït respecte als tres anys anteriors, però s'assoleix un bon compliment segons els estàndards de l'OMS (51-60%).
- ✓ Aquest any ha disminuït la taxa d'utilització de PBA a l'UCI respecte a l'any 2024, però és superior a la taxa de l'any 2022 i 2023.
- ✓ El consum de PBA a hospitalització ha augmentat vers el 2024 passant de 27 a 31.83 litres per 1.000 estades. S'assoleix l'estàndard del VINCAt de l'any 2025 (17.94 litres) i l'objectiu de Seguretat de pacients del CatSalut a hospitalització (llindar ≥ 30 litres).
- ✓ El consum de PBA a UCI ha augmentat vers el 2024, passant de 87 a 105.29 litres per 1.000 estades. S'assoleix l'estàndard del VINCAt de l'any 2025 (61.15 litres) així com l'objectiu de Seguretat de pacients del CatSalut (llindar ≥ 80 litres).
- ✓ Continuem dins el nivell avançat en l'autoavaluació anual de l'OMS. Aconseguint un total de 435 punts d'un màxim de 500.

Nota: Tancament dades d'Infeccions 2025 disponible en el baner de Seguretat de pacients a la intranet.

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA

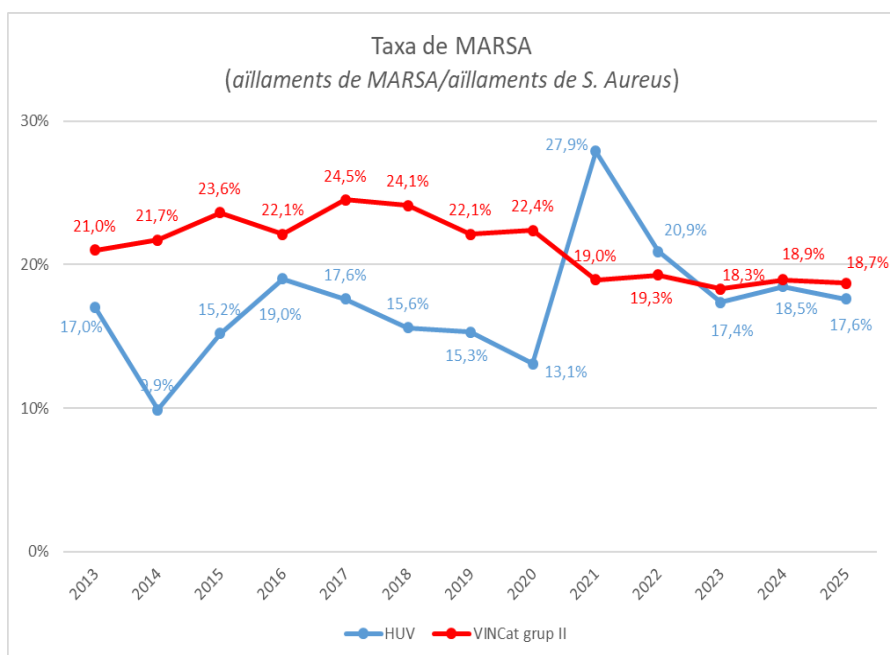
Evolució de les taxes totals de bacterièmia per catèter



Comentaris

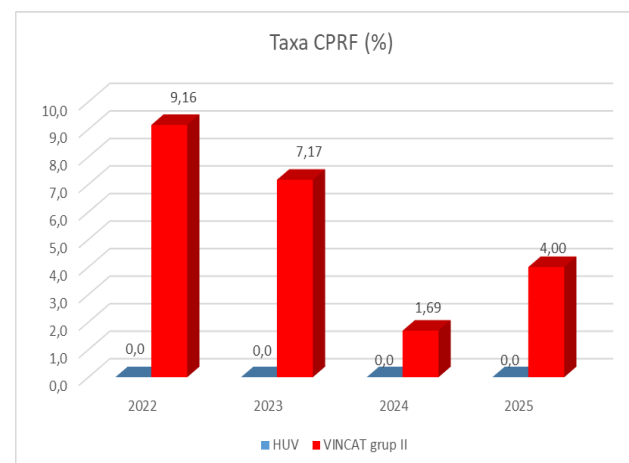
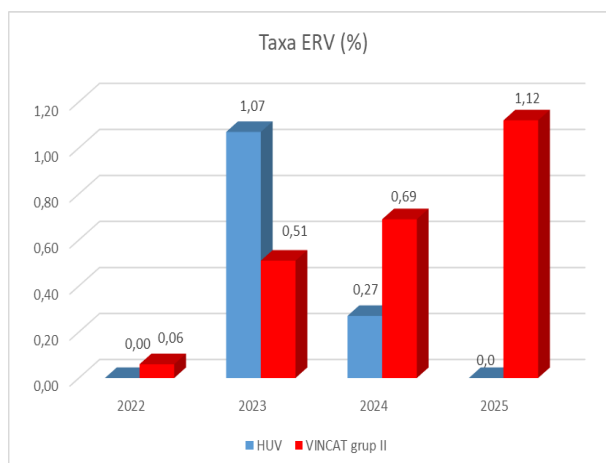
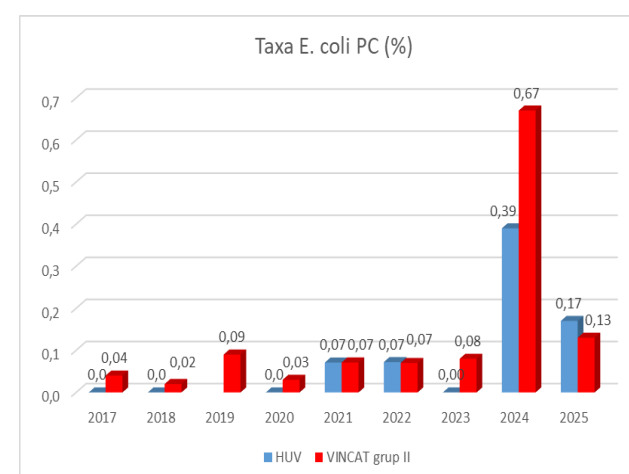
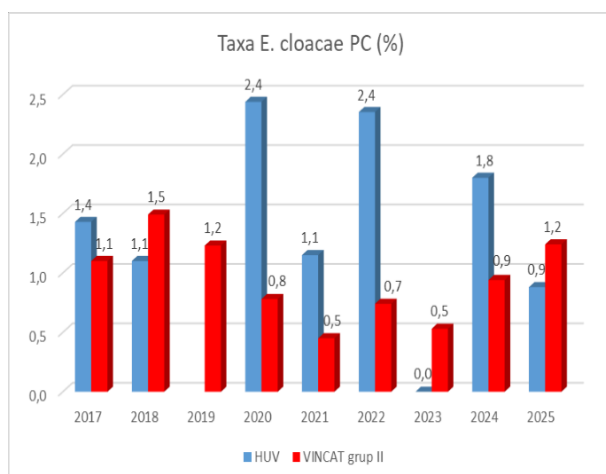
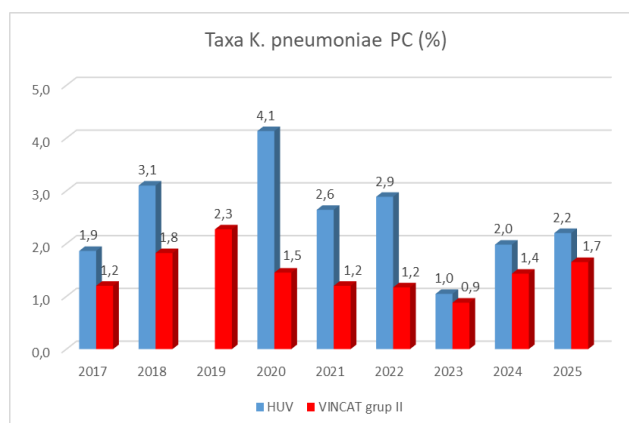
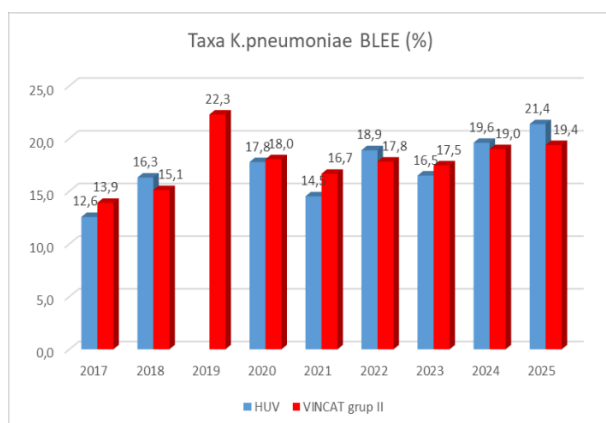
- ✓ La taxa de bacterièmies global és del 1,38 x10000 (VINCat grup II 2025=1,08 x10000). Tot i la disminució respecte a l'any passat, continuem per sobre de la mitjana del nostre grup del VINCat des de 2021.
- ✓ Continua la disminució de les bacterièmies en pacients crítics, situant-nos de nou per sota de les UCIs del VINCat (0,00 vs 5,35).
- ✓ Continua augmentant la taxa d'incidència de bacterièmia en pacients de l'àrea mèdica situant-nos per sobre del VINCAT.
- ✓ 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.
- ✓ Disminueixen les bacterièmies per catèter utilitzat per nutrició parenteral amb un resultat de 0,49 x 1.000 dies de NPT (VINCat grup II 2025=0,72 x1000), situant-nos per sota del resultat del nostre grup.
- ✓ Han disminuït les bacterièmies en catèters perifèrics, situant-nos per sota del nostre grup (0,39 vs 0,43). Pel que fa a les bacterièmies en catèters centrals, han augmentat lleugerament i ens mantenim per sobre del VINCat (0,59 vs 0,50). En catèters d'inserció perifèrica han augmentat, situant-nos per sobre del VINCat (0,39 vs 0,24).
- ✓ La taxa d'hemocultius contaminats disminueix respecte a l'any passat (5,0% vs 6,0%) però continua per sobre de l'estàndard òptim (<3%). Cal destacar que a Pediatria la taxa d'hemocultius contaminats és del 11,4% i en adults del 4,5%.

Microorganismes multirresistents (MR)



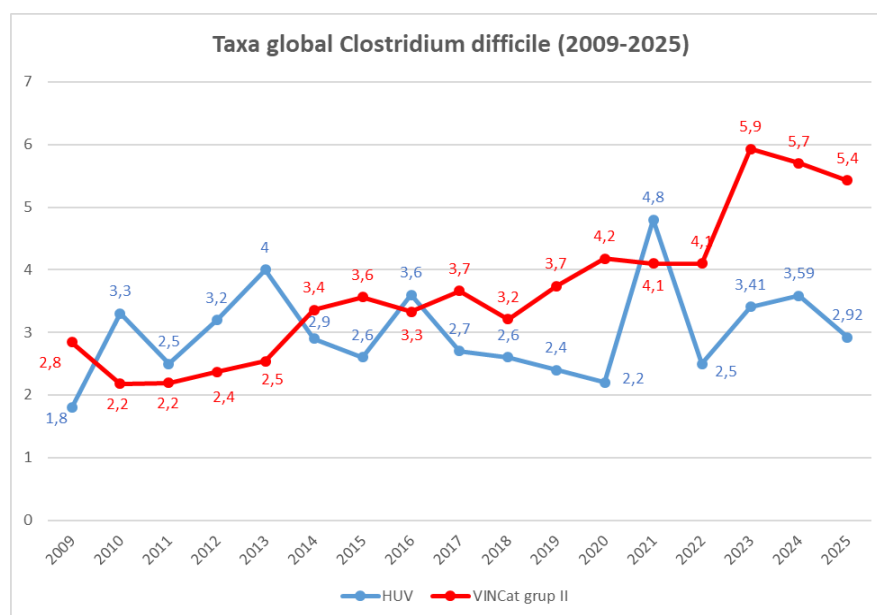
Comentaris

- ✓ Taxa de resistència a meticil·lina en *S. Aureus* (MARSa): 17,6% (VINCAT 2025 grup II: 18,7%), disminuint respecte al 2024 i continuant per sota del nostre grup.
- ✓ Incidència de nous casos de MARSa : $6,17 \times 10.000$ estades (VINCAT 2025 grup II: $4,76 \times 10.000$). Disminueix respecte a l'any 2024, tot i continuar per sobre del nostre grup.
- ✓ Incidència de nous casos de MARSa d'adquisició hospitalària: $0,71 \times 10.000$ estades (VINCAT 2025 grup II: $0,55 \times 10.000$) augmentant lleugerament respecte a l'any anterior i situant-nos per sobre del nostre grup del VINCAT.
- ✓ Incidència de bacterièmia per MARSa: $1,06 \times 10.000$ estades (VINCAT 2025 grup II: $0,69 \times 10.000$) disminuint respecte a l'any passat, tot i mantenir-nos per sobre del nostre grup.
- ✓ 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 2025 continua aquesta tendència.



Comentaris

- ✓ Taxa de Klebsiella pneumoniae BLEE: 21.4% (VINCat 2025 grup II: 19.4%)
- ✓ taxa de K. pneumoniae productora de carbapenemes (PC): 2.2% (VINCat 2025 grup II: 1.7%)
- ✓ Taxa de Enterobacter cloacae PC: 0.9% (VINCat 2025 grup II: 1.2%)
- ✓ Taxa d'Escherichia coli PC: 0.17% (VINCat 2025 grup II: 0.13%)
- ✓ Taxa d'enterococ faecium resistent a vancomicina (ERV): 0.0% (VINCat 2025 grup II: 1.12%).
- ✓ Taxa de Candida parapsilosi resistent a fluconazol (CPRF): 0.0% (VINCat 2025 grup II: 4.00%)
- ✓ A destacar que les taxes de microorganismes multiresistents continuen creixent, així com les bacterièmies.
- ✓ No s'han observat casos de CPRF.



Comentaris

- ✓ Ha disminuït la taxa global del clostridium a un 2,92 X10000 respecte a l'any 2024, igual que a la resta d'hospitals del nostre grup.
- ✓ Augmenta la taxa de clostridium adquirits a causa de l'assistència sanitària (IRAS) respecte al 2024 amb una taxa del 1.28 x10000 (VINCat grup II 2025=1.39 x10000)
- ✓ La taxa de clostridium d'origen nosocomial ha estat del 0.73 x10000 (VINCat grup II 2025=1.55 x10000), disminuint respecte a l'any anterior.
- ✓ La taxa de clostridium d'origen comunitari ha estat del 0.91 x10000 (VINCat grup II 2025=2.48 x10000), disminuint respecte a l'any 2024.

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.

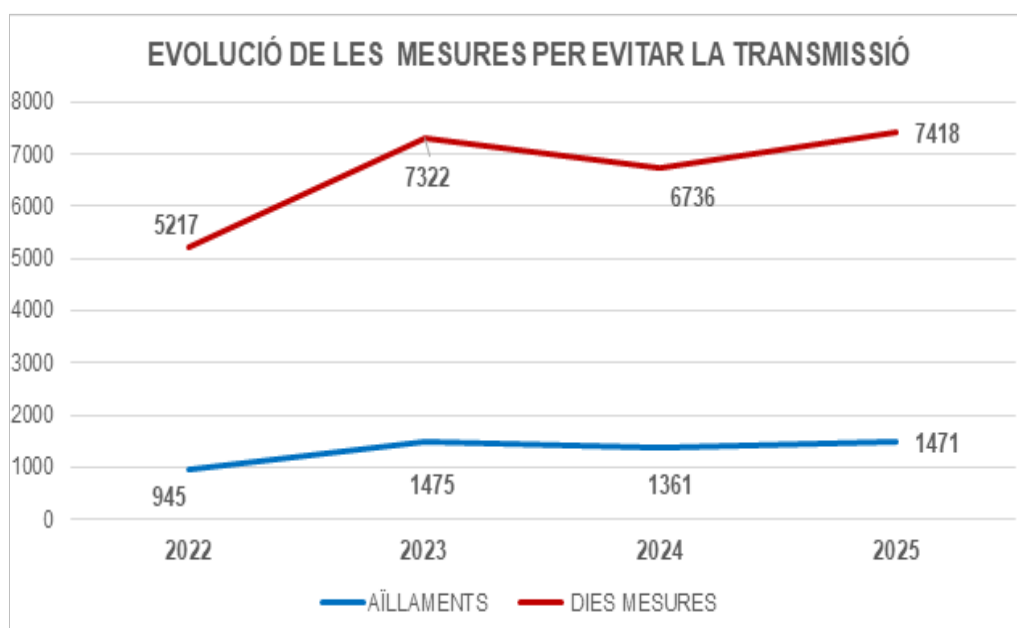
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

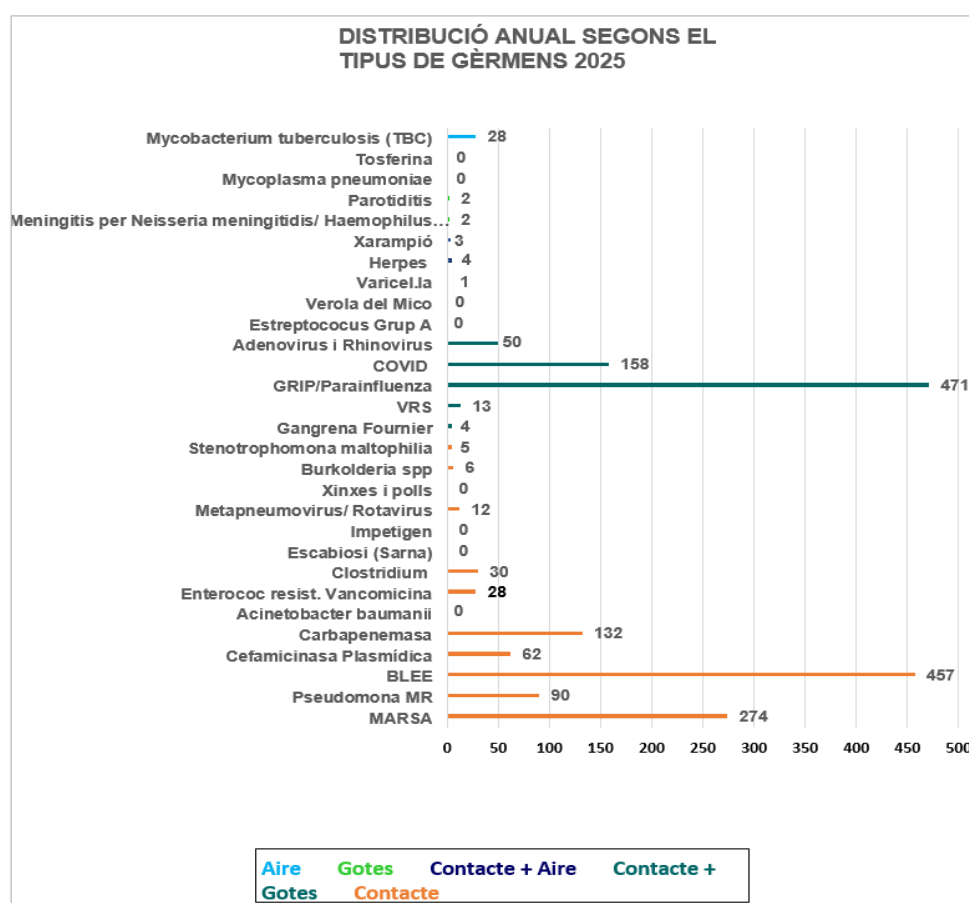
	2022	2023	2024	2025
Aïllaments	945	1475	1361	1471
Nombre de pacients amb mesures	664	893	810	858
Dies mesures prevenció	5217	7322	6736	7418
Mitja aïllaments per mes	79	123	113	126

(*) 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

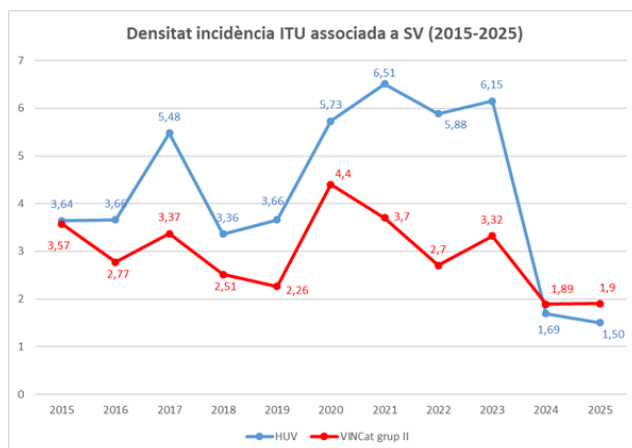
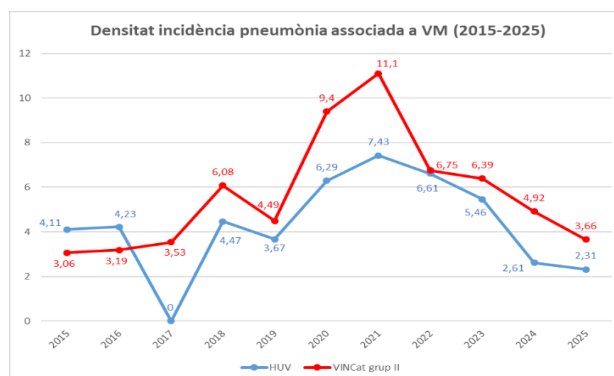
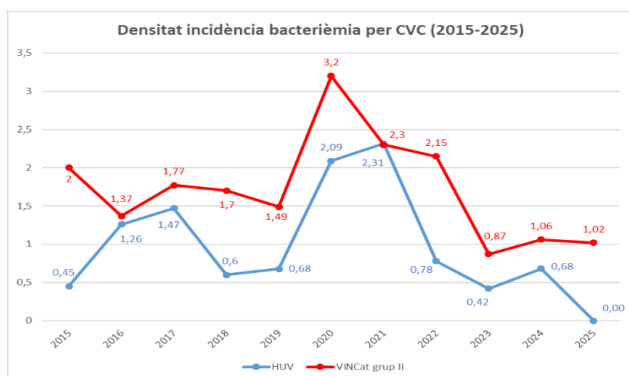


Comentaris

- ✓ L'any 2025, les mesures per evitar la transmissió per contacte han augmentat lleugerament (+1,4%) respecte al 2024, a causa de la persistència de gèrmens productors de BLEE i carbapenemes. Les mesures combinades per contacte i gotes han augmentat un 18,5%. En canvi, les mesures per gotes han disminuït un 30%, i les mesures per via aèria un 32%, en relació amb la remissió dels casos de *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis* i *Tosferina*.
- ✓ La comparació de les dades per unitats mostra una tendència general de creixement, amb un increment global dels dies de mesures i el nombre d'aïllaments respecte al 2024. Cal tenir present que no estan incloses les mesures per Covid-19 de l'any 2022 i primer trimestre de l'any 2023.
- ✓ Respecte a l'any passat, la UH-3.1 continua sent la unitat amb més dies i mesures per evitar la transmissió, tot i una reducció notable (de 2.570 a 1.809 dies, -30%). Observació destaca per un fort increment (de 314 a 1.025 dies, passant a ser la segona unitat amb més mesures. L'UCI mostra un lleuger descens (de 952 a 860 dies). La UH-3.2, tancada durant el 2024, ha reprès parcialment l'activitat (46 dies).
- ✓ Les dades mostren que hi ha gran varietat de gèrmens aïllats. Els gèrmens multiresistents més prevalents durant el 2025 han estat els productors de BLEE, el *Marsa* i els productors de carbapenemes. El virus respiratori més destacat i amb una diferència important ha estat el virus de la grip, seguit de la Covid-19 i el rinovirus.
- ✓ Pel que fa als virus i altres infeccions comunitàries, destaca el fort augment de Grip/Parainfluenza (de 211 a 471, +123%) i dels adenovirus/rinovirus (de 38 a 50), mentre que els casos de Covid-19 (-69%), VRS (de 36 a 13) i el Metapneumovirus/rotavirus (187%) han disminuït respecte al 2024.
- ✓ Aquest 2025 han remès els casos de *Mycoplasma pneumoniae* (de 8 a 0) i de *Tosferina* (de 2 a 0) apareguts el 2024, mentre es mantenen casos puntuals de Xarampió (3 casos). Els casos de *Mycobacterium tuberculosis* (TBC) han disminuït (de 38 a 28), fet que explica la reducció de les mesures per via aèria.

Nota: Tancament dades d'Infeccions 2025 disponible en el banner de Seguretat de pacients a la intranet.

INFECCIONS A LA UCI



Comentaris

- ✓ Densitat incidència de bacterièmia per CVC: l'any 2025 s'ha assolit una taxa de 0.00 bacterièmies per 1.000 dies de CVC, la més baixa registrada des del 2015.
- ✓ Densitat incidència de pneumònia associada a VM: la taxa de 2025 és de 2.31 per 1.000 dies de VMI, continuant la tendència descendent iniciada el 2021 i continuem, des de 2017, amb una taxa per sota de les UCIs del grup II.
- ✓ Densitat incidència d'ITU associada a SV: ha disminuït la taxa a passant de 1.69 a 1.5 per 1.000 dies de sonda vesical. Per segon any consecutiu l'HUV se situa per sota del VINCat grup II.

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%
2025	0.8%
GRUP II (VINCat)	0.9%

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%
2025	2.1%
GRUP II (VINCat)	1.2%

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%
2025	5.6%
GRUP II (VINCat)	5.3%

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%
2025	7.7%
GRUP II (VINCat)	11.0%

MARCAPÀS	TAXA ILQ
2023	1.0%
2024	1.9%
2025	1.0%
VINCat	0.7%

Comentaris

- ✓ El 2025 s'han inclòs 538 procediments amb criteris d'inclusió del VINCat, augmentant respecte a l'any anterior (526). S'han detectat 11 infeccions en total (taxa global 2,0%): 1 PTM (0,8%), 5 PTG (2,1%), 3 cirurgies de còlon (5,6%), 1 cirurgia de recte (7,7%) i 1 inserció de marcapàs (1,0%). La majoria d'òrgan-espai, excepte 1 superficial en cirurgia de còlon.
- ✓ Respecte a l'any passat, la taxa global d'ILQ ha disminuït (2,0% vs 2,4% el 2024). Ha millorat la cirurgia ortopèdica (PTM 0,8% vs 0,7% el 2024; PTG 2,1% vs 2,6%), la rectal (recte 7,7% vs 14,3%) i la de marcapàs (1,0% vs 1,9% el 2024). La cirurgia de còlon ha augmentat respecte a l'any anterior (5,6% vs 1,9%).
- ✓ La taxa de PTM (0,8%) se situa per sota del grup II (0,9%), mantenint la millora sostinguda dels darrers anys i assolint nivells comparables als de 2017. La taxa de PTG (2,1%) continua per sobre del grup II (1,2%), malgrat la millora respecte el 2024 (2,6%).

- ✓ La taxa d'ILQ en cirurgia de còlon el 2025 és del 5,6%, per sobre la del grup II (5.3%), situació comparable a la resta d'hospitals del grup.
- ✓ La taxa d'ILQ en cirurgia de recte el 2025 és del 7,7%, per sota del grup II (11%), la qual cosa suposa una millora molt significativa respecte al 2024 (14,3%) i el 2023 (18,2%). Per primer cop en els darrers anys l'HUV se situa per sota de la mediana del grup.
- ✓ La taxa d'ILQ en inserció de marcapàs permanent el 2025 és del 1,0%, per sobre del grup II del VINCat (0,7%). Participen 4 hospitals en el registre d'aquest procediment.
- ✓ La profilaxi adequada global és del 86,9% (467/538 procediments), amb variabilitat entre procediments: PTM 88,3%, PTG 91,2%, MCP 88,6%, còlon 63,0% i recte 76,3%. La cirurgia colorectal té profilaxis inadequada, principalment per inici inadequat de l'ATB o per durada no registrada.
- ✓ Cal millorar el registre del bundle de mesures preventives, especialment el control de la glicèmia (<200 mg/dl al final de la IQ), que només consta en 370 dels 433 procediments aplicables. Cal reforçar el registre de la temperatura al final de la cirurgia, que consta en 400 dels 433 procediments. .

Nota: Tancament dades d'Infeccions 2025 disponible en el baner de Seguretat de pacients a la intranet.

[\(🔗 Tornar a l'índex\)](#)

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.

REUNIONS

- Els grups es reuneixen mensualment per a comentar els èxits amb problemes que cada membre ha revisat individualment.
- Anualment es fa una reunió conjunta del grup amb els patòlegs per a comentar els èxits amb necròpsia, que no tenen correlació clinicopatològica.
- Anualment la tècnica de mortalitat es reuneix amb representants de pediatria, ginecologia i anatomia patològica per a comentar els casos de mortalitat perinatal. En cas necessari es fa semestralment.
- Anualment es realitza una reunió conjunta de la comissió mixta, el grup de mortalitat i el responsable de l'àmbit sociosanitari i dependència, per comentar els resultats.

NIVELL D'APLICACIÓ DEL GRUP DE MORTALITAT L'ANY 2025

Enfocament	☐ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup de Mortalitat, aprovada l'01/12/2025 ☐ PSup 1.2 Instrucció: Nota d'èxitus, aprovada l'01/12/2025 Document integrat en xarxa per ser accessible per a tots els professionals.
Desplegament	☐ Reunions mensuals del grup: 22.01.2025, 19.02.2025, 19.03.2025, 16.04.2025, 21.05.2025, 25.06.2025, 17.09.2025, 22.10.2025, 26.11.2025 i 17.12.2025. Continguts de cada acta: • Anàlisi dels casos d'excés de mesures • Anàlisi dels èxitus secundaris a problemes hospitalaris (ESPH) • Casos clínics sense objectivar ESPH • Detecció d'èxitus que calia haver demanat necròpsia mèdica o necròpsia judicial. • Revisió dels casos quan l'informe del Comandament es discordant amb l'ESPH detectat pel grup. ☐ Revisió dels èxitus <48 hores post IQ . @ comandaments AQa 24.04.2026. ☐ Reunions de la Comissió Mixta: 07.02.2025 (tancament 2024), 28.07.2025 (1r sem 2025) i 05.03.2026 tancament de l'any 2025. ☐ 1a reunió de la Comissió de Pacte Territorial per l'atenció a la conducta risc suïcidi d'Osona: 25.04.2025. ☐ Sessions amb Anatomia patològica de correlació clínic-patològica. Revisió de necròpsies UCI 2025, programada 23.09.2026 * 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: 19.02.2025, 01.07.2025, 19.08.2025 i 05.11.2025. ☐ Presentació de resultats en la reunió general de la Comissió de Qualitat i SP del CHV realitzada el 05.11.2025 amb la Direcció 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 2024 en data 06.08.2025, publicat a la Intranet i a la pàgina web. ☐ Informe de l'activitat de la Comissió Mixta i s'envia a la subdirecció de la Divisió Barcelona Comarques IMLCFC amb data: 25.04.2025
Revisió	☐ PSup 1.2 Instrucció: Funcionament del grup de Mortalitat (versió 04) ☐ PSup 1.2 Instrucció: Nota d'èxitus (versió 02)

HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC

MORTALITAT GLOBAL

Es presenten dades globals de mortalitat corresponents a l'HUV.

	2024	2025		Dif. 24-25	objectiu
	%	n	%	%	
Global (n)	354	386		+32 èxitus	
Necròpsies/èxitus no ingrés cadàver (IC)	1.5	5	1.3		>7%
Correlació clinicopatològica	100.0	5	100.0		
Indicació de necròpsia/èxitus no IC	13.5	47	12.3		
Indicació de necròpsia correctament resoltes	19.1	10	21.3		
ESPH/èxitus no IC	7.8	45	11.8	52.2	
Críters de Rutstein(**)	0	0			0
Donacions de teixits (n)	29	63		117.2	
Donants multiòrgans (n)	3	0			
Documentació correcta	81.4	313	81.1		

Comentaris

- ✓ El nombre d'èxits a l'HUV és de 386, augmentant el nombre de casos respecte de l'any anterior (32 més).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ Augment de les donacions de teixits (63 versus 29 a 2024). No hi ha hagut cap donant multiòrgans.

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ

Es presenten dades de mortalitat a hospitalització per a l'àmbit d'aguts.

	2024	2025		Dif. 24-25	objectiu
	%	n	%	%	
Global (per altes)	2.5	360	2.7	9.2	
Mitjana edat	81.1	80.5	anys		
< 48h de l'ingrés	38.7	149	41.4		
Tancament informe èxitus <15 dies	70.4	263	73.1		
Quirúrgica (èxitus <48h IQ)	0.24	11	0.28		
Quirúrgica intraoperatòria	0	2			
ESPH/altes	0.22	45	0.34	86.5	<0.5%
Perinatal (per mil)	5.7	2	2.0	-65.1	≤ 6.25 x mil
Materna	0	0	0.0		
Necròpsies	1.5	4	1.1	-77.6	>7%
Indicació de necròpsia correctament resoltes	14.9	9	22.5		
Terminal a l'ingrés	43.6	135	39.9		
Agònic a l'ingrés	22.6	69	20.4		

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 80.5 anys. El 73.1% dels informes d'èxitus es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.34% complint l'objectiu establert.
- ✓ La mortalitat perinatal va ser del 2.0 x mil, dins de l'objectiu establert.
- ✓ No s'acompleix l'objectiu de necròpsies realitzades. Totes les necròpsies les ha demanat el servei d'UCI. El grup de mortalitat creu que s'haurien d'haver demanat 31 necròpsies més: 3 a la Unitat d'Observació, 9 a MI, 1 a Pneumologia, 13 a UCI, 2 UGA, 2 COT i 1 a Salut Mental.
- ✓ El percentatge de pacients terminals l'ingrés va ser del 34.7% i el d'agònics del 18.1%. Es revisaran els criteris per poder considerar un èxitus com a agònic al grup de Mortalitat durant el 2026.

MORTALITAT A URGÈNCIES

	2020	2021	2022	2023	2024	2025		Dif.	objectiu
	%	%	%	%	%	n	%	2024 - 25	
Èxitus a Urgències	0.09	0.13	0.08	0.06	0.07	26	0.07	-1.3	
Mitjana edat	79.09	72.14	81.0	83.9	75.1	77.3	anys		
ESPH/altes	0.007	0.003	0.00	0.00	0.008	0	0.00	-	<0.5%
Ingressos cadàver (n)	2	8	1	2	6	5			
Necròpsies (sobre exit.urg - judicials)	8.3	5.7	0.0	4.5	0	1	6.3	-	>7%

Comentaris

- ✓ Es manté el nombre d'èxits, 26 al 2025 (5 ingressos cadàver, 1 menys que l'any anterior).
- ✓ No hi ha hagut cap cas de mortalitat evitable amb criteris de Rutstein.
- ✓ No hi ha hagut cap ESPH d'èxits d'urgències, però s'imputen a urgències 2 ESPH d'èxits a hospitalització.
- ✓ Es va demanar 1 necròpsia que va ser realitzada, no assolint l'objectiu (>7%), per indicació del grup s'haurien d'haver demanat 6 necròpsies més.

ÈXITS SECUNDARIS A PROBLEMES HOSPITALARIS (ESPH)

Les dades que es presenten corresponen a l'HUV.

Amb un tancament del 90.4%, s'han detectat 45 ESPH representant un 11.8% dels èxits de l'any 2025.

TIPUS DE PROBLEMES HOSPITALARIS
DETECTATS

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n	n	n	n	n	n
Infecció nosocomial	36	27	27	22	6	20
Tècnica diagnòstica-terapèutica	21	9	18	18	16	19
Insuf. valoració/demora de tractament/profilaxi	8	8	5	7	11	18
Incident nociu	4	8	8	1	4	7
Problema organitzatiu-estructural	0	0	0	0	0	0
Número de problemes Hospitalaris	69	52	58	48	37	64

ESPH EVITABLES

Insuf. valoració/demora de tractament + organitzatius

	2020	2021	2022	2023	2024	2025		Obj.
	%	%	%	%	%	n	%	
ESPH evitables / èxits	1.5	1.5	1.1	1.4	3.2	17	4.5	<3%
Informes realitzats (sobre els sol·licitats)	40.0	20.0	50.0	44.4	50.0	2	50.0	

Comentaris

- ✓ A hospitalització hi ha hagut un 0.34% d' ESPH sobre les altes, assolint l'objectiu <0.5.
- ✓ No hi ha hagut cap ESPH organitzatiu. El motiu més freqüent d'ESPH és la infecció nosocomial, seguit de la tècnica diagnòstica terapèutica i de la insuficient valoració o demora de tractament.
- ✓ Èxits evitables amb un resultat de 4.5%, tots ells per insuficient valoració o demora de tractament, no assolint l'objectiu (<3%).
- ✓ S'han detectat 3 ESPH de centre extern.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA

	2024			2025		
	Èxitus (*)	Sí nota		Èxitus (*)	Sí nota	
	n	n	%	n	n	%
H. UNIVERSITARI DE VIC						
Hospitalització	209	190	90.91	220	192	87,27
URG + UCI + Observació	68	60	88.24	99	85	85,85
Hospitalització domiciliària	7	1	14.29	3	1	33,33
Activitat no pública (4-1 i 4-2)	64	58	90.62	59	52	89,13
GLOBAL HUV	348	309	88.79	381 (*)	330	86.61

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

(*)No s'inclouen els ingressos cadàver en les dades (5), no cal nota èxitus

Comentaris

- ✓ El percentatge global de l'HUV és del 86.61%, no assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2024		2025	
	n	%	n (*)	%
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	325		346(*)	
Nota èxitus mèdic				
Mort previsible	280	86.15	295	85.26
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	15	4.61	22	6.36
Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 330)				
Tractament Pal·liatiu	246	79.61	260	78.79
Eficaç	237	96.34	251	96.54
Hi havia acompanyants	275	89.00	301	91.21
Indicació No RCP	235	76.05	258	78.18
Habitació individual	290	93.85	316	95.76
Èxitus en hab. doble per manca llits	3	0.97	1	0.30

(*) S'exclouen els "no procedeix" del càlcul dels % / Sobre el total d'èxitus no IC 381 - 5 IC (2025)

Comentaris

- ✓ Un 95.76% ha mort en habitació individual i un 0.30% del global (1 cas) ha mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ Disminueix el % dels tractaments pal·liatius i en un 96.54% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, augmenta amb relació al 2024.

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 BENCHMARKING Sanitari 3.0.

	2022	2023	2024	2025
Raó estàndard (IMAR)	0,90	0,95	0,88	0,85
Defuncions Observades	313	352	321	356
Defuncions Esperades	348,3	369,4	365,6	420,4
Impacte	-35,2	-17,4	-44,6	-64,4

Objectiu IMAR <1

Comentaris

- ✓ S'obté un valor de l'IMAR < 1 (valor de 0,85), que indica que la mortalitat observada a l'HUV durant l'any 2025 ha estat inferior a l'esperada. En nombres absoluts són 64 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.

MEMBRES DE LA COMISSIÓ MIXTA:

- Representant de l'IMLC: Dra. JG – Metgessa forense
- Representant del CHV: Sra. RC – Cap de Qualitat i Seguretat de pacients
- Director/a de Psiquiatria i salut mental: IC /JPI
- Tècnica del grup de mortalitat: RC
- Representant de Salut Mental i responsable comissió mixta: JP

REUNIONS

La Comissió mixta es reuneix semestralment, més freqüentment si es creu convenient, per analitzar les dades dels suïcidis a la comarca d'Osona i proposar millores per disminuir-ne la taxa.

ACTUACIONS A NIVELL DE PSIQUIATRIA I SALUT MENTAL

En els diferents nivells assistencials del CHV, es realitzen diverses actuacions per detectar possibles casos amb risc de suïcidi.

Urgències

- Seguiment diari dels intents de suïcidi.
- Visita amb l'especialista < a 15 dies.

Hospitalització planta aguts

- Valoració del risc de suïcidi abans de l'alta, de tots els ingressats per ideació o intent d'autòlisi.

Visita ambulatoria

- Seguiment dels malalts amb TMS desvinculats.
- Pla de treball individual interdisciplinari en els casos de TMS i temptatives.
- Programa de seguiment de temptatives autolítiques.

ACTUACIONS A NIVELL DE SOCIOSANITARI

Es fa una distribució per edats dels suïcidis, i la tècnica de mortalitat revisa els casos > a 65 anys i fa un informe. En el cas que es tracti d'un pacient que ha estat ingressat a HSJM, es comenta amb el responsable de l'àmbit d'atenció intermèdia i dependència.

NIVELL D'APLICACIÓ DE LA COMISSIÓ MIXTA L'ANY 2025

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 de la Comissió Mixta de 20 de novembre 2024.
Desplegament	□ Reunions de la Comissió Mixta: 07.02.2025 (tancament 2024), 28.07.2025 (seguiment objectius i anàlisi de suïcidis) i 05.03.2026 (tancament 2025). □ Reunió Pacte Territorial prevenció del suïcidi: 25.04.2025. □ 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: • 9 de setembre: "Cercle SIS s'adhereix a la iniciativa "Manifest per la vida" amb motiu del Dia Mundial per la Prevenció del Suïcidi". • 10 de setembre: "El risc de suïcidis entre els professionals de la salut". □ 1 sessió formativa a urgències (19.11.2025). □ 13 activitats docents (cursos i tallers externs per a diferents col·lectius) □ Sessions a nivell d'Atenció Primària: 5 sessions. □ Altres activitats: 11 activitats entre conferències, comunicacions, treballs i projectes Totes les actes de les reunions estan disponibles a la Unitat de Qualitat i SP
Avaluació	□ Lliurament a l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC) de l'informe de tancament del 2024: 25.04.2025. □ 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. □ Publicació de resultats al Dossier de resultats de Qualitat i SP del 2024 en data 06.08.2025, 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 05.11.2025.
Revisió	□ Instrucció de funcionament de la Comissió Mixta de 20 de novembre 2024. Versió 04

DADES DELS SUÏCIDIS A LA COMARCA D'OSONA

	2021		2022		2023		2024		2025	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número suïcidis	16		8		15		16		10	
Mitjana edat	54,2	(17-85)	49,4	(36-61)	53,2	(20-91)	54,1	(32-79)	56,1	(23-90)
Homes	13		7		9	60,0	14	87,5	10	100
Dones	3		1		6	40,0	2	12,5	0	0,0
Taxa suïcidis per 100.000 hab.	9,74		4,82		8,89		9,34		5,83	

Objectiu marcat: ≤7 per 100.000 habitants

Comentaris

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

ACTIVITATS DOCENTS

- Curs Prevenció i intervenció en situacions de risc de suïcidi organitzat pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya i impartit a Barcelona (del 08/10/2025 al 29/10/2025).
- Tutorització del curs Atenció a la conducta suïcida des d'atenció primària, organitzat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i realitzat per la Unió Consorci Formació, La Unió - Associació d'Entitats Sanitàries i Socials i el Consorci de Salut i Social de Catalunya (2 edicions en línia, del 23/09 al 28/10/2025 i del 28/10 al 02/12/2025).
- Tutorització del curs Atenció a la conducta suïcida des de la xarxa de Salut Mental i Addiccions comunitària, organitzat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i realitzat per la Unió Consorci Formació, La Unió - Associació d'Entitats Sanitàries i Socials i el Consorci de Salut i Social de Catalunya (en línia, del 23/09 al 04/11/2025).
- Tutorització del curs Atenció a la conducta suïcida des d'Urgències de Psiquiatria i atenció hospitalària, organitzat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i realitzat per la Unió Consorci Formació, La Unió - Associació d'Entitats Sanitàries i Socials i el Consorci de Salut i Social de Catalunya (en línia, del 23/09 al 28/10/2025).
- Sessió Contextualització de la Conducta Suïcida, organitzat per la Fundació Galatea i impartit a Barcelona (17/07/2025).
- Taller Salut Mental i mitjans de comunicació, organitzat pel Departament de Salut Catalunya central i el Col·legi Oficial de Periodistes i impartit a Vic (13/06/2025).
- Taller Abordatge i acompanyament en Conducta Suïcida, organitzat per Fundació L'Esguard i impartit a Vic (04/06/2025)
- Curs Acompanyament en Conducta Suïcida: Eines i estratègies per a professionals de la Salut Mental, organitzat per la Equip Alastrué i impartit a Manresa (11/04/2025).
- Curs Prevenció i intervenció en situacions de risc de suïcidi organitzat pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada de la Generalitat de Catalunya i impartit a Barcelona (del 01/04/2025 al 10/04/2025)
- Taller d'abordatge de la conducta suïcida, organitzat per la Unitat Docent Multiprofessional del CHV (26/02/2025)
- Curs Suïcidi: prevenció, detecció i maneig organitzat pel Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona i impartit a Barcelona (20 i 27/02/2025).
- Taller d'abordatge i prevenció de la conducta suïcida en el Màster en Psicologia General Sanitària de la Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya (17/01/2025).
- Taller Intervencions en el suïcidi en la formació teòrica en salut mental per residents d'infermeria de salut mental, psicologia, psiquiatria i psiquiatria infantil, 2024-20245 (15/01/2025).

PONÈNCIES I PARTICIPACIÓ EN CONGRESSOS, JORNADES I SESSIONS

- Participació en les ponències Contextualització de la conducta suïcida i Detectar per prevenir; un compromís col·lectiu a les IV Jornades Interdisciplinàries de Salut Mental a la Catalunya Central. El suïcidi: una responsabilitat compartida celebrades a Manresa, Berga i Vic el 7, 14 i 21 de novembre de 2025.
- Sessió Atenció a la Conducta Suïcida a Osona i Lluçanès a la 3ª Jornada de formació àmbit de suport: GEM-Psicologia: Prevenció i intervenció en temptatives de suïcidi., organitzada pels Grups Operatius Especials – Bombers. 27/09/2025.
- Sessió El risc de suïcidi entre els professionals de la salut en motiu del Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi, organitzat pel Consorci Hospitalari de Vic. 17/09/2025.
- Sessió: Pla Territorial de Prevenció del Suïcidi a Osona i el Lluçanès: la Comissió Mixta, a la Jornada de bones pràctiques de la Unió Catalana d'Hospitals. 26 de juny, Barcelona.
- Ponència: La infermera en els programes d'atenció a la conducta suïcida, a la II Jornada d'Infermeria d'ACEBA La professió Infermera: Transformant l'Atenció Primària, Impactant Vides, organitzada per la Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa. 22 de maig, Peralada.
- Pòster Plan Territorial de Prevención del Suicidio en Osona y Lluçanès: la Comisión Mixta, al XVI Encuentros en Psiquiatria Conducta Suicida, organitzat per la Sociedad Andaluza de Psiquiatria i la Sociedad Española de Conducta Suicida, 28 i, Sevilla.
- Ponència: Virtualitat i suïcidi, a la XII Jornada Fi de Vida Mort, intel·ligència artificial i tecnologia, organitzada per la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar UVIC-UCC. 6 de març, Vic.
- Ponència: Estratègies de prevenció del suïcidi, al 1r Congrés de Benestar Emocional, organitzat per l'Ajuntament de Girona. 20 de gener, Girona.

[\(🔗 Tornar a l'índex\)](#)

ATENCIÓ INTERMÈDIA I DEPENDÈNCIA

DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

Lligada a les DPOs, l'any 2025 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: HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU (HSJM) I HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANTA CREU (HUSC)

INFORME D'ALTA	HSJM	HUSC	Global 2024	HSJM	HUSC	Global 2025	Dif. 24-25
	%	%	%	%	%	%	%
Total històries revisades (n)	125	163	288	69	107	176	
Estat basal a l'informe d'alta							
Consta l'estat basal	100,0	97,5	98,6	98,6	100,0	99,4	0,8%
Estat basal correctament omplert	77,6	92,6	86,1	76,8	100,0	90,9	5,6%
Pla d'intervenció individualitzat (PII)							
Consta la identificació suggerida	99,2	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	0,3%
Consten objectius de salut del pacient	99,2	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	0,3%
Consta Nivell d'intervenció assistencial	99,2	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	0,3%
Consten Recursos-seguiment	99,2	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0	0,3%
Adequació de la prescripció	99,2	100,0	99,7	94,2	98,1	96,6	-3,1%
Tots els ítems correctes (PII)	99,2	100,0	99,7	94,2	98,1	96,6	-3,1%

Comentaris

- ✓ El resultat global de pla d'intervenció individualitzat correcte en els informes d'alta és del 96,6% (94,2% a HSJM i 98,1% a HUSC).

ANÀLISI DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

El Comitè de Bioètica de Catalunya, aconsella que ha de constar el consentiment informat (CI), entre 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 2025	27	27	100,0	27	100,0	25	92,6	25	92,6
HUSC 2025	33	32	97,0	32	100,0	20	62,5	20	60,6
Global 2025	60	59	97,0	32	100,0	45	76,3	45	75,0
2024	31	31	100,0	31	100,0	22	71,0	22	71,0

Comentaris

- ✓ S'han revisat 60HC i el 75% tenen CI correctament emplenat.

(🔗 Tornar a l'índex)

TERAPÈUTICA

Només es disposa d'informació de l'Hospital Sant Jaume de Manlleu

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

DADES ERRORS DE MEDICACIÓ

El grup de terapèutica té com a prioritat promoure i vetllar per a què 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.

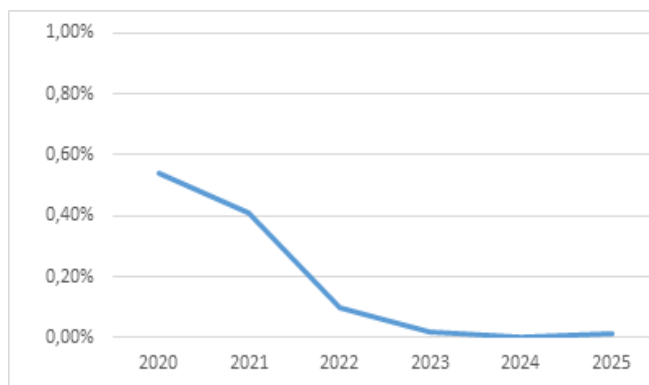
Periòdicament es recullen les dades dels diferents centres que integren l'entitat mitjançant diferents fonts de dades (observació directa, registres...).

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:

Error prescripció HSJM



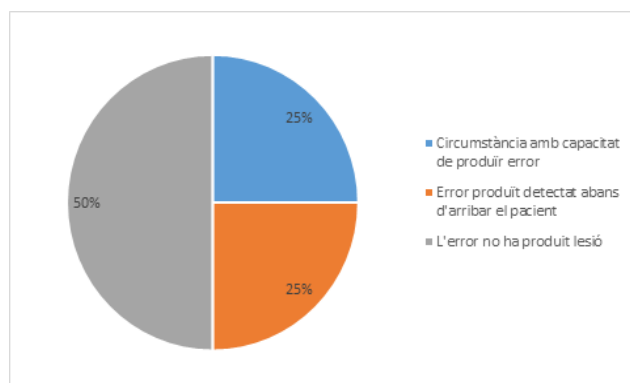
Objectiu $\leq 1\%$

Comentaris

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

CLASSIFICACIÓ DELS ERRORS SEGONS LA GRAVETAT

HSJM

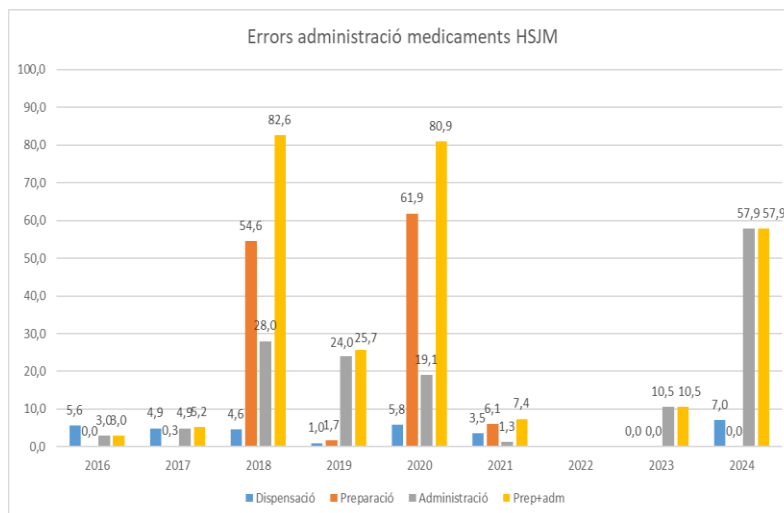


Comentaris

✓ A l'HSJM un 50% dels errors declarats han arribat al pacient, però no han produït lesió.

DISPENSACIÓ I PREPARACIÓ/ADMINISTRACIÓ DELS MEDICAMENTS

Durant el 2025 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 120 pacients i 341 fàrmacs a l'Hospital Sant Jaume de Manlleu.

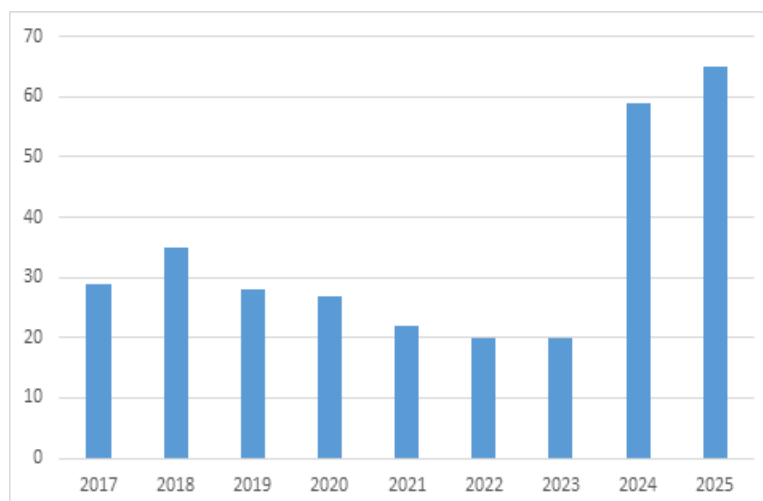


Comentaris

- ✓ Preparació del medicament; tots els fàrmacs s'han preparat correctament.
- ✓ Administració del medicament;
 - Medicació parenteral: tots els fàrmacs s'han administrat correctament.
 - Medicació oral: la medicació s'ha deixat 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.



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 èxitus 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 (HSJM). En el cas de l'Hospital Universitari de la Santa Creu, l'any 2025 només es disposa de dades d'identificació inequívoca correcta i de mesures de prevenció d'UPP, de caigudes, de pneumònia IH per broncoaspiració i de disfàgia.

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.

INCIDÈNCIA D'ÚLCERES PER PRESSIÓ INTRAHOSPITALÀRIES A HSJM

HSJM		
% de pacients amb valoració RISC UPP	2024	2025
Altes estada >24h	745	679
Altes amb valoració Risc UPP	746	685
% Altes amb valoració Risc UPP	99.9	99.1

Objectiu Seguretat Pacients > 90% - CHV > 95%

	2024	2025
Altes amb risc UPP	%	%
	68.5	72.2

Taxa UPP-IH	2024	2025
Altes estada > 2 dies	675	669
UPP-IH	19	10
% altes UPP-IH	2.8	1.5

Objectiu SP <=6-8%

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES UPP – HSJM I HUSC

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 2025 s'han fet talls d'observació per avaluar l'aplicabilitat de mesures de prevenció, segons protocol. Dades de prevalença de 179 pacients a l'HSJM i 185 a l'HUSC. S'avalua la presència de matalàs dinàmic als pacients amb risc alt d'UPP i utilització de coixí per reduir pressions en pacients amb risc moderat i alt que poden sedestar.

mesures prevenció aplicades		HSJM				HUSC			
		2024	2025			2024	2025		
		%	n	%	mostra				
Pacients risc alt	matalàs dinàmic	100.0	26	100.0	26	62.5	16	100.0	16
Pacients risc moderat i alt	coixí reducció pressions	100.0	72	93.5	77	85.7	52	100.0	52

Comentaris

- ✓ Pacients amb valoració del risc (escala Braden) a l'HSJM és del 99.1% (complint l'objectiu).
- ✓ A l'HSJM el 72.2% dels pacients tenien risc de presentar una UPP i la taxa d'UPP_IH té una incidència del 1.5%, complint l'objectiu de Seguretat de Pacients.
- ✓ Compliment correcte de les mesures per disminuir el risc d'UPP tant a l'HSJM com a l'HUSC.

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). No es disposa de dades de l'Hospital Universitari de la Santa Creu.

INCIDÈNCIA DE CAIGUDES A HSIJM

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectiu
Caigudes declarades HSIJM							
	n	n	n	n	n	n	
Hospital Sant Jaume Manlleu	105	96	124	141	116	126	
% de caigudes a HSIJM (x mil estades)	4.37	4.22	5.14	5.87	4.99	5.19	≤ 2 per mil
Conseqüències							
	%	%	%	%	%	n	%
Sense conseqüències i lleus	99.0	94.8	98.4	99.3	98.3	124	98.4
Conseqüències importants	1.0	5.2	1.6	0.7	1.7	2	1.6

Comentaris

- ✓ Augment de les caigudes declarades a nivell de l'HSJM (10 caigudes més. I, la taxa de caigudes a l'HSJM és del 5.19‰ 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 98.4% 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 branques i fractura d'acetàbul.

CAIGUDES REITERADES HSJM

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 2025

Edifici	Mitjana caigudes per pacient	Rang	Pacients que han caigut ≥ 3 vegades
HSJM	1.56	1-15	6

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.

VALORACIÓ DEL RISC DE CAIGUDES HSJM

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. 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 Downton, en pacients amb ingrés igual o superior a 24h. Són dades d'incidència. No es disposa de dades de l'HUSC.

Atenció Intermitent (HSJ)	Percentatge pacients amb valoració risc caigudes		
	2024 (%)	2025 (%) (n)	desv.
Global	100,00%	99,7% (681)	-0,3%

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

Comentaris

- ✓ La valoració del risc de caigudes a l'HSJM supera els objectius establerts.

APLICACIÓ DE MESURES PREVENTIVES A HSJM I A HUSC

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 2025 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 179 pacients a HSJM i 185 a HUSC.

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 2025

	HSJM	HUSC
Pacients estudiats	179	185
Nº pacients amb mesures aplicades	174	156
% pacients amb mesures de prevenció aplicades	97.2%	84.3%

Comentaris

- ✓ Les mesures preventives de caigudes s'apliquen correctament en un 97.2% a l'HSJM i en el 84.3% a l'HUSC. Les que tenen més oportunitats de millora són l'ús de calçat adequat i el llit en posició baixa en els pacients llevats.

IDENTIFICACIÓ INEQUÍVOCA DE PACIENTS HSJM I HUSC

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

Són dades de prevalença, valorant 222 pacients a Hospitalització (plantes d'internament) de l'HSJM i 132 pacients a l'HUSC.

Atenció Intermèdia	Pacients amb identificació inequívoca correcta		
	2024 (%)	2025 (%) (n)	desv.
HSJ	98,60%	96,2% (211)	-2,43%
HUSC	97,70%	97,7% (132)	-0,03%

Comentaris

- ✓ S'assoleix l'objectiu $\geq 95\%$ en la identificació inequívoca a totes les àrees de l'HSJM i de l'HUSC.

Objectiu SP Dep Salut / CHV $\geq 95\%$

IDENTIFICACIÓ ACTIVA DE PACIENTS HSJM

S'entén per identificació activa la verificació de què 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

	2024		2025	
	Observacions	Id. activa	Observacions	Id. activa
	n	%	n	%
HSJM	58	94.8	17	47.1

Comentaris

- ✓ Identificació activa al 47.1% dels pacients amb administració de medicació endovenosa o de risc.

POSICIÓ CAPÇAL DEL LLIT – PREVENCIÓ DE LA PNEUMÒNIA IH - HSJM I HUSC

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 2025 s'han inclòs les variables: pacient al llit i posició del capçal 30°.

	2024	2025
HSJM		
• Pacients al llit	26	66
• % capçal $>30^\circ$	100.0	95.5

	2024	2025
HUSC		
• Pacients al llit	73	50
• % capçal $>30^\circ$	97.2	97.9

Comentaris

- ✓ El percentatge d'acompliment de mesures de prevenció de la pneumònia intrahospitalària per broncoaspiració en els pacients és del 95.5% a l'HSJM i del 97.9% a l'HUSC.

RISC DE DISFÀGIA HSJM

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

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 ≥90%), mitjançant l'enregistrament al Pla de Cures Informatitzat d'Infermeria (GACELA). No es disposa de dades de l'HUSC.

Atenció Intermitèdia (HSJ)	Pacients amb valoració risc ennuegament		
	2024 (%)	2025 (%) (n)	desv.
Global	99,0%	91,5% (413)	-7,56%

Objectiu CHV ≥90%

Comentaris

- ✓ A l'HSJM el 91.5% dels pacients amb edat ≥ 80 anys tenen el test de deglució fet, superant l'objectiu ≥ 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 ≥80%), segons el procediment de detecció i maneig de la disfàgia.

Atenció Intermitèdia		Mesures de prevenció ennuegament		
		2024 (%)	2025 (%) (n)	desv.
Pacients amb risc amb etiqueta identificativa	HSJ	96,3%	97,4% (41)	1,10%
	HUSC	68,3%	96,2% (54)	40,9%

Objectiu CHV ≥80%

Comentaris

- ✓ Els pacients amb risc de disfàgia tenen l'etiqueta identificativa de risc al capçal del llit en un 97.4% a l'HSJM i en un 96.2% a l'HUSC, complint l'objectiu ≥ 80%.

[\(🔗 Tornar a l'índex\)](#)

INFECCIONS

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

ESTUDI DE PREVALENÇA

L'any 2025 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 el novembre de 2025.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

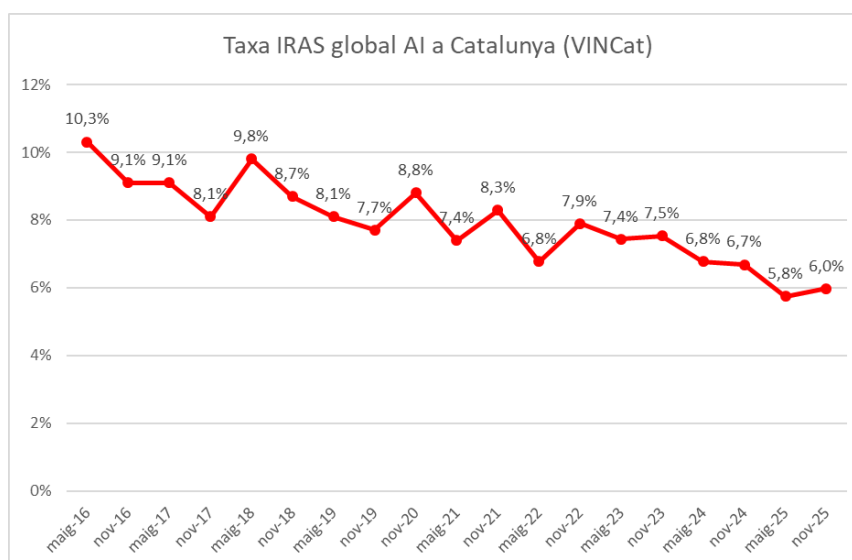
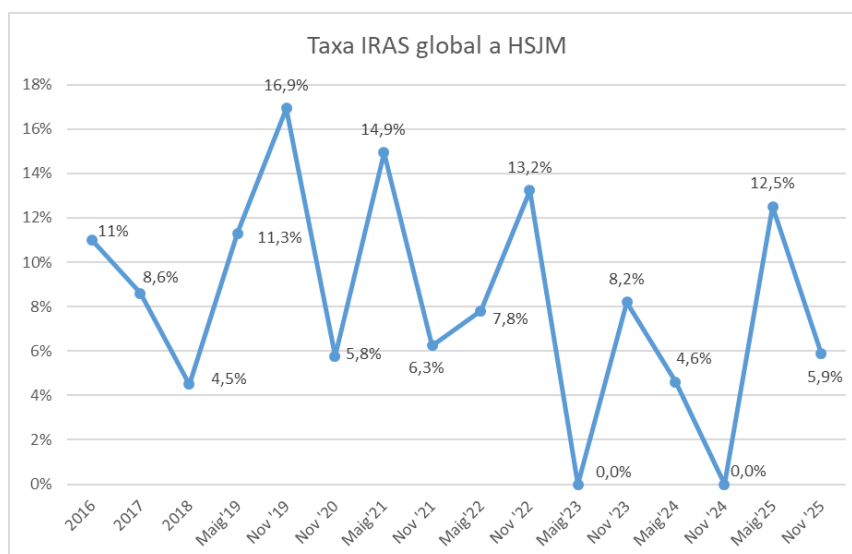
	Maig '25		Nov. '25		VINCat Nov. '25	
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Desorientació T/E	28	43,75	32	47,06	3.127	39,56
Gran dependència	30	46,88	28	41,18	3.046	38,54
Disfàgia	16	25,00	19	27,94	1.711	21,65
Úlceres per pressió	10	15,62	9	13,24	1.027	12,99
Incontinència fecal i/o urinària	29	45,31	29	42,65	4.336	54,86
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	8	12,50	9	13,24	909	11,50
<i>Pacients N: Nombre de pacients</i>						

	Maig '25		Nov. '25		VINCat Nov. '25	
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Catèter urinari	10	15,62	11	16,18	625	7,91
Catèter vascular	13	20,31	20	29,41	1.187	15,02
Catèter vascular perifèric	11	17,19	14	20,59	820	10,37
Catèter vascular perifèric mitjà	0	0,00	3	4,41	136	1,72
Catèter vascular central	0	0,00	2	2,94	87	1,10
Traqueotomia	0	0,00	0	0,00	53	0,67
Gastrostomia (PEG)	0	0,00	0	0,00	127	1,61
Sonda nasogàstrica	0	0,00	0	0,00	26	0,33
<i>Pacients N: Nombre de pacients</i>						

Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025, els pacients de l'HSJM continuen presentant més factors de risc intrínsecs que el conjunt d'hospitals del VINCat. Destaca especialment la desorientació temporo-espacial (47,06% vs 39,56% al VINCat), la gran dependència (41,18% vs 38,54%) i la disfàgia (27,94% vs 21,65%), tots ells per sobre de la mitjana catalana. Les úlceres per pressió es mantenen en nivells similars (13,24% vs 12,99%). En canvi, la incontinència fecal i/o urinària és inferior a l'HSJM que al global del VINCat (42,65% vs 54,86%).
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, es manté estable i continua per sobre dels hospitals del VINCat (13,24% a l'HSJM vs 11,50% al VINCat Nov.'25). Això ens indica que el perfil de pacients de l'HSJM són majoritàriament de convalsència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HSJM tenen molts més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCat, destacant especialment els catèters vasculars (29,41% vs 15,02% al VINCat), els catèters vasculars perifèrics (20,59% vs 10,37%) i els catèters urinaris (16,18% vs 7,91%), pràcticament el doble que la mitjana catalana en tots els casos.

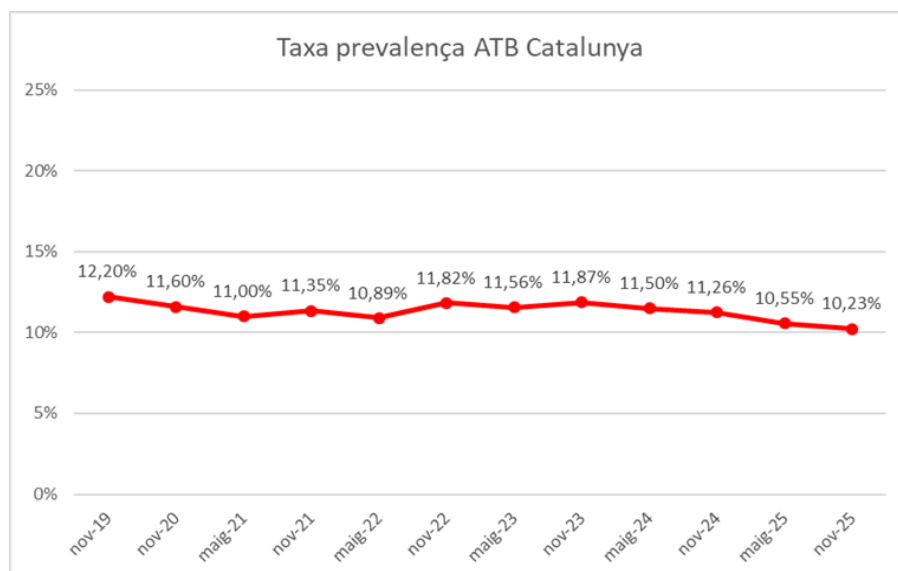
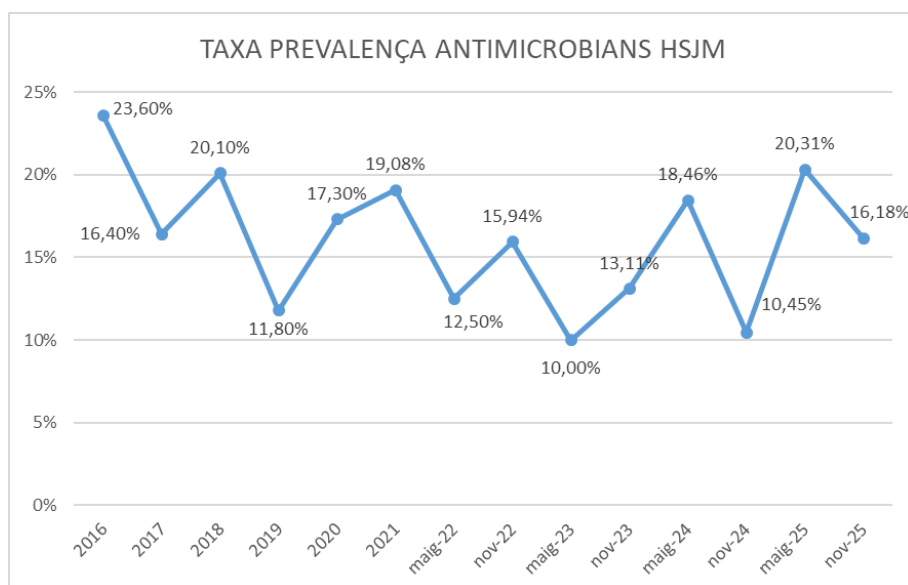
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025 la taxa d'infecció a l'HSJM és del 4,41% (3 pacients), per sota del resultat global del VINCAt (5,97%). En canvi, al tall de maig de 2025 la taxa va ser del 12,50%, molt per sobre del global del VINCAt d'aquell tall (5,80%). Es confirma, doncs, una tendència descendent marcada entre maig i novembre, situant-se la taxa de novembre entre els valors més baixos registrats des de 2016 en els anys en què s'han identificat infeccions.
- ✓ En el tall de maig, 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 a anys anteriors, situant-nos per sobre del VINCAt (al global de maig la llarga estada va presentar una prevalença del 5,00% i la convallescència del 6,76%). Pel que fa al tall de novembre, per localització les infeccions respiratòries (2,94%) superen el global del VINCAt (1,91%), mentre que les infeccions urinàries (1,47%) se situen per sota de la mitjana catalana (2,49%).
- ✓ Es confirma que els pacients que porten catèter vascular perifèric o urinari presenten més infeccions, igual que la resta d'hospitals del VINCAt.
- ✓ Dels 4 pacients infectats no s'ha pogut aïllar el germen causant de la infecció en 2 casos perquè no es va practicar el cultiu, amb una taxa resultant similar al global del VINCAt (98,9%).

Ús d'antimicrobians

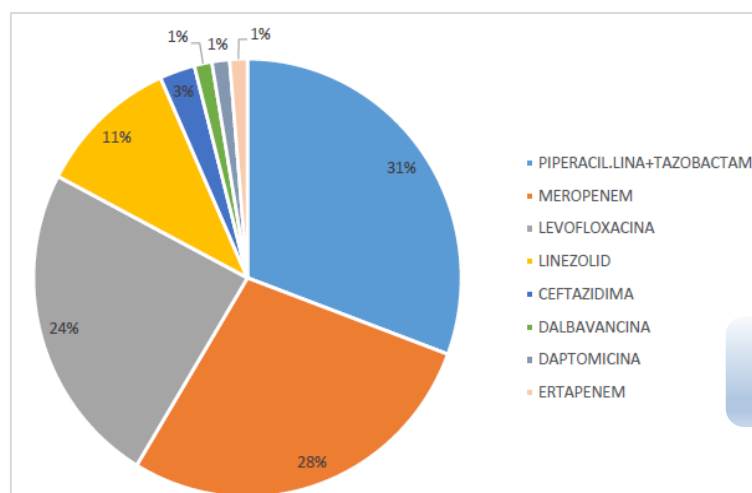


Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025, la taxa de prevalença d'ús d'ATB a l'HSJM és del 16,18%, superior a la mitjana global del VINCAt (11,88%), tot i la disminució respecte al tall de maig 2025 (20,31%).
- ✓ Pel que fa a la indicació del tractament (Nov.'25, n=12), el tractament empíric representa el 41,67% de les prescripcions, lleugerament per sota de la mitjana del VINCAt (50,69%). El tractament dirigit és del 33,33% (VINCAt 38,13%), mentre que la profilaxi mèdica és notablement més freqüent a l'HSJM (25%) que al global del VINCAt (10,54%).
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a l'HSJM són les cefalosporines seguides de les quinolones, mentre que al global del VINCAt (Nov.'25) l'ordre és penicil·lines (24,81%), cefalosporines (16,29%) i quinolones (15,97%).

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals



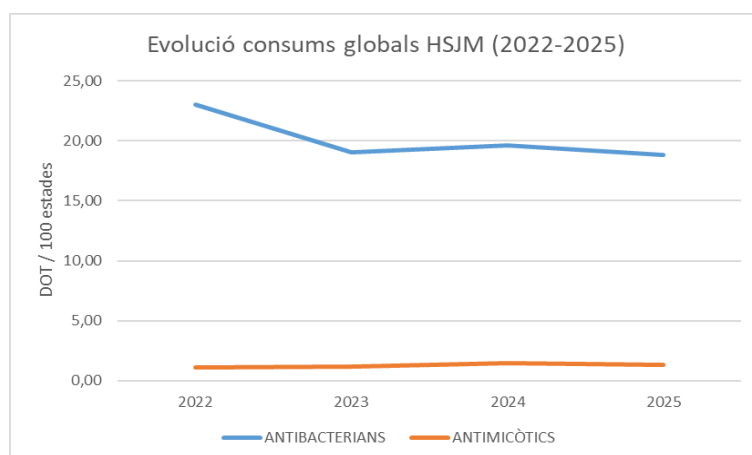
**Recomanacions PROA
acceptades 82.8%**

Comentaris

- ✓ Ha disminuït el número d'antibiòtics restringits prescrits vers l'any passat. S'han avaluat 47 antibiòtics (14 més que l'any 2024) i augmenta l'adherència al protocol al 85,1% superant el 69.7% de l'any anterior.
- ✓ Es mantenen els tipus d'antibiòtics més prescrits respecte a l'any anterior observant-se una disminució del Linezolid i s'afegeix la prescripció de l'Ertapenem que l'any passat no n'hi havia.
- ✓ Disminueix l'adherència al protocol de la Levofloxacina i Meropenem i augmenta la Piperacilina Tazobactam, respecte al 2024.
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 64 recomanacions augmentant respecte a l'any anterior.
- ✓ Augmenta l'acceptació de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor respecte al 2024.
- ✓ 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 (95% envers 75,76%) tot i que augmenta vers l'any passat.

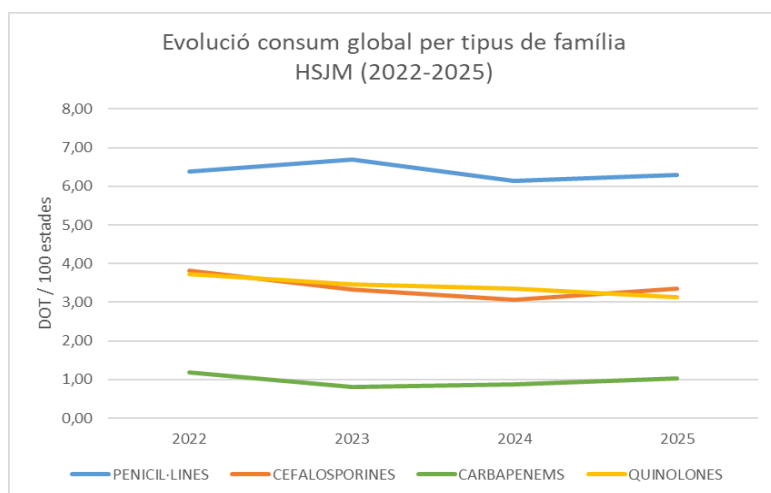
Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HSJM per tipus d'antimicrobià (DOT)

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

- ✓ Disminueix el consum global d'antimicrobians respecte al 2024. S'atribueix aquest resultat a la consolidació de l'equip PROA a Atenció Intermèdia.

Resultats evolutius HSJM (2022-2025) Consum Hospitalari Socio sanitari per tipus de família (DOT)**Comentaris**

- ✓ Hi ha una disminució global del consum de Quinolones, però augmenten els Carbapenems i les Cefalosporines respecte al 2024. Cal destacar el descens del consum de Quinolones a Llarg Estada però l'augment dels Carbapenems i cefalosporines.
- ✓ Per altra banda, hi ha una disminució de Quinolones, Carbapenems i cefalosporines a Convalescència.

HIGIENE DE MANS HSJM

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS GLOBAL					
2020	2021	2022	2023	2024	2025
65.1%	80.5%	80%	72%	73%	82.3%

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS PER UNITAT						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CONVALESCÈNCIA	77.4%	78.1%	84%	75%	71%	79.4%
PSICOGERIATRIA	62.2%	77.3%	76%	62%	72%	84.3%
REHABILITACIÓ	-	77%	76%	78.2%	81%	78.4%

EVOLUCIÓ CONSUM PBA GLOBAL								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CONSUM PBA (litres)	512	530	1083	1083	617	578	507.5	640.5
ESTADES	24814	24962	22783	23046	23956	23143	23632	24047
INDICADOR CONSUM PBA	21	21	47	27	22	22.1	21.4	26.6

Objectiu OMS ≥ 20 litres**Comentaris**

- ✓ L'any 2025 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 2 (M2) i 3 (M3).
- ✓ 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%.
- ✓ Tenim el nivell avançat d'autoavaluació anual de l'OMS (total de 450 punts d'un màxim de 500).

ANÀLISI DE LA INCIDÈNCIA HSJM

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.

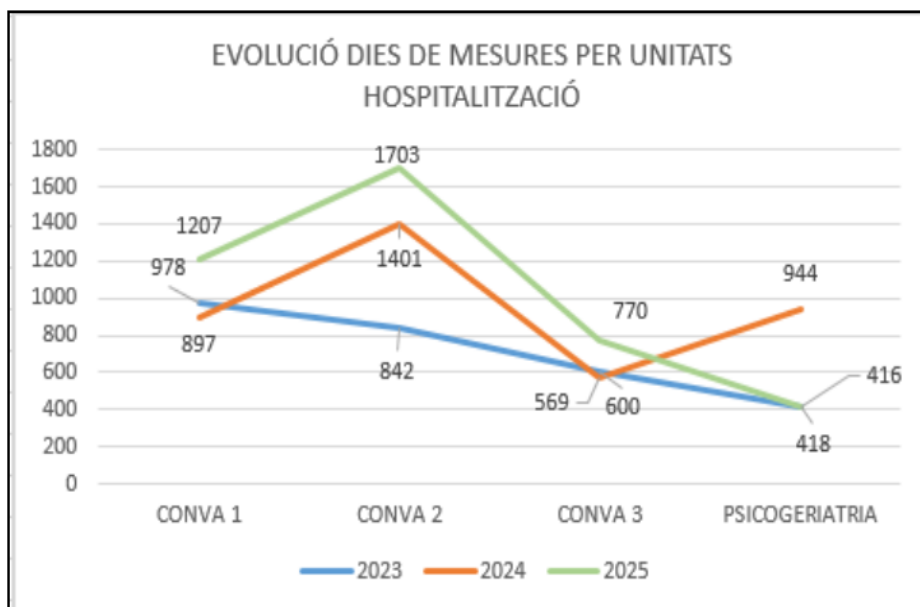
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

	2023	2024	2025
AÏLLAMENTS	170	185	150
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	135	146	173
DIES MESURES	2838	3811	4096
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	14	15	12,5

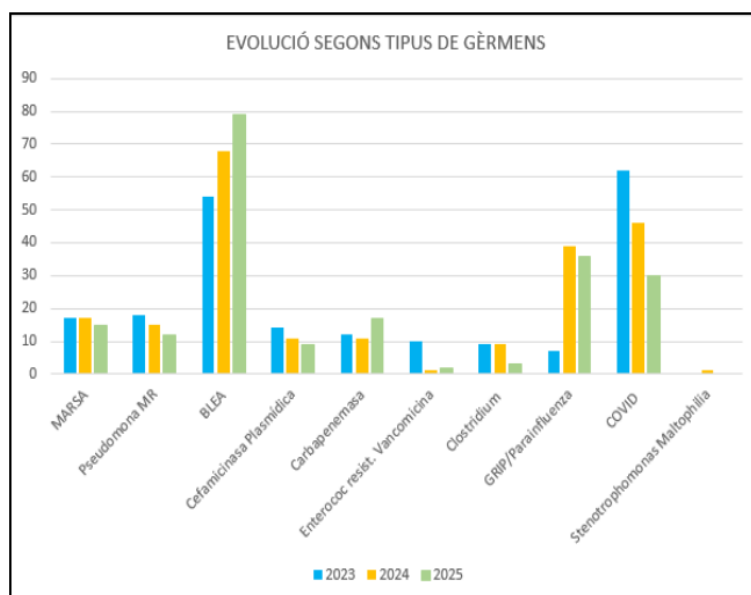
(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



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

Distribució mesures aplicades segons el germen



Comentaris

- ✓ L'any 2025 s'han registrat 150 aïllaments, un 19% menys que el 2024 (185) i un 12% menys que el 2023 (170). Tot i la reducció dels aïllaments, el nombre de pacients amb mesures augmenta fins a 173 (+18% respecte al 2024 i +28% respecte al 2023) i els dies de mesures s'incrementen fins a 4.096 (+7% respecte al 2024 i +44% respecte al 2023), fet que indica aïllaments més perllongats. La mitjana d'aïllaments per més baixa a 12,5.
- ✓ Convalsència concentra l'augment dels dies de mesures el 2025. Conva 1 augmenta un 35% els dies de mesures respecte al 2024 (1.207 vers 897) i un 23% respecte al 2023; Conva 2 augmenta un 22% respecte al 2024 (1.703 vers 1.401) i es duplica respecte al 2023 (+102%); Conva 3 augmenta un 28% respecte al 2024 (770 vers 600) i un 35% respecte al 2023. En canvi, Psicogeriatría disminueix un 56% els dies de mesures respecte al 2024 (418 vers 944) i es manté pràcticament igual respecte al 2023.
- ✓ Les enterobactèries productores de betalactamases d'espectre estès (BLEA) continuen sent el germen predominant i continuen augmentant: 79 casos el 2025 (+16% respecte al 2024 i +46% respecte al 2023). També augmenten les enterobactèries productores de carbapenemasa (17 casos, +55% respecte al 2024), mentre que disminueixen les productores de cefamicinasa plasmídica i les pseudomones multiresistents.
- ✓ El MARSA es manté estable amb una lleugera disminució (15 casos vers 17 el 2024) i el Clostridium difficile disminueix de manera notable (3 casos vers 9 el 2024).
- ✓ La COVID continua disminuint (30 casos el 2025, -35% respecte al 2024 i -52% respecte al 2023), mentre que la Grip/Parainfluenza es manté elevada (36 casos), molt per sobre dels nivells del 2023.

Nota: Tancament dades d'Infeccions 2025 disponible en el baner de Seguretat de pacients a la intranet

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 el novembre de 2025.

Factors de risc intrínsecs i extrínsecs

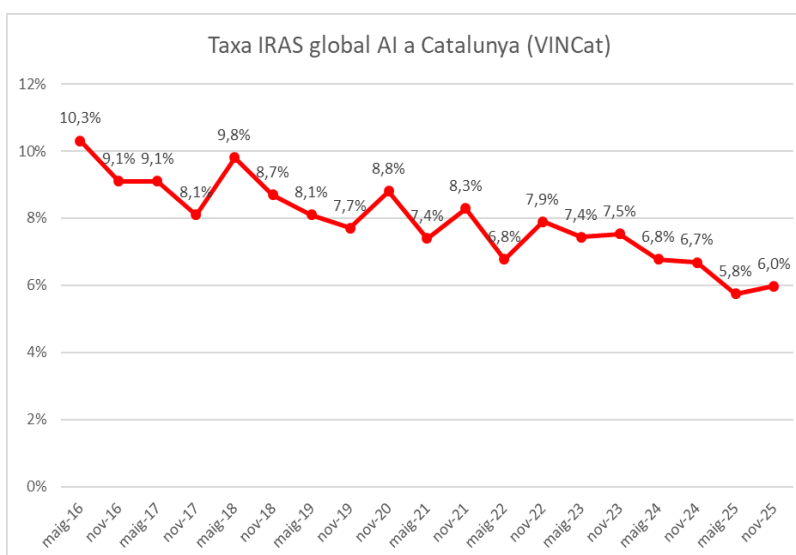
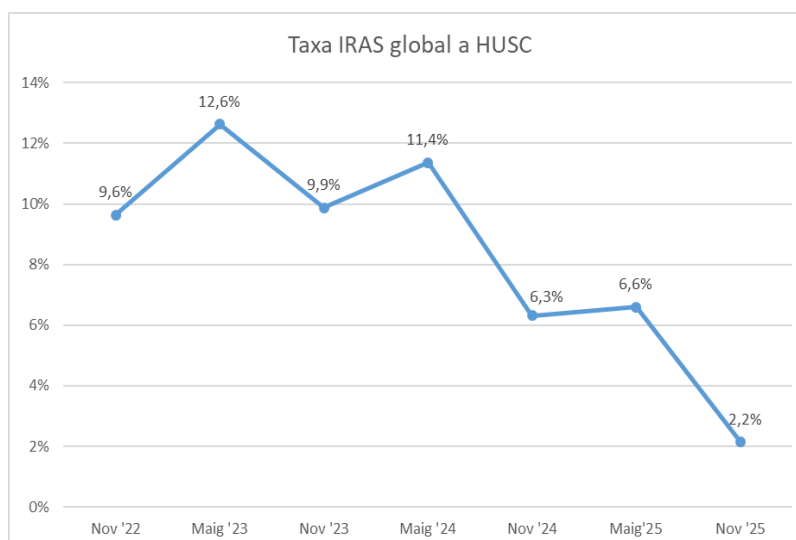
	Maig '25		Nov. '25		VINCAt Nov. '25	
Situació	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Desorientació T/E	38	41,76	23	24,73	3.127	39,56
Gran dependència	38	41,76	35	37,63	3.046	38,54
Disfàgia	28	30,77	18	19,35	1.711	21,65
Úlceres per pressió	10	10,99	12	12,90	1.027	12,99
Incontinència fecal i/o urinària	52	57,14	43	46,24	4.336	54,86
Intervenció quirúrgica recent (<30 dies)	17	18,68	18	19,35	909	11,50
<i>Pacients N: Nombre de pacients</i>						

	Maig '25		Nov. '25		VINCAt Nov. '25	
Dispositiu	N	% Rel	N	% Rel	N	% Rel
Catèter urinari	13	14,29	22	23,66	625	7,91
Catèter vascular	41	45,05	34	36,56	1.187	15,02
Catèter vascular perifèric	28	30,77	29	31,18	820	10,37
Catèter vascular perifèric mitjà	7	7,69	1	1,08	136	1,72
Catèter vascular central	2	2,20	1	1,08	87	1,10
Traqueotomia	1	1,10	0	0,00	53	0,67
Gastrostomia (PEG)	0	0,00	1	1,08	127	1,61
Sonda nasogàstrica	1	1,10	0	0,00	26	0,33
<i>Pacients N: Nombre de pacients</i>						

Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025, els pacients de l'HUSC presenten menys factors de risc intrínsecs que el conjunt d'hospitals del VINCAt, disminuint respecte al tall de maig de 2025 especialment en el cas dels pacients amb disfàgia i desorientació.
- ✓ Pel que fa a la prevalença de pacients post IQ < 30 dies, se situa per sota dels hospitals del VINCAt (19,35% a l'HUSC vs 11,50% al VINCAt Nov.'25). Això ens indica que el perfil de pacients de l'HUSC són majoritàriament de convallescència.
- ✓ També s'observa que els pacients de l'HUSC tenen molts més factors de risc extrínsecs que la resta d'hospitals del VINCAt, destacant especialment els catèters vasculars (36,56% vs 15,02% al VINCAt), els catèters vasculars perifèrics (31,18% vs 10,37%) - pràcticament el doble que la dada catalana - i els catèters urinaris (23,66% vs 7,91%), que representa el triple que el percentatge global.

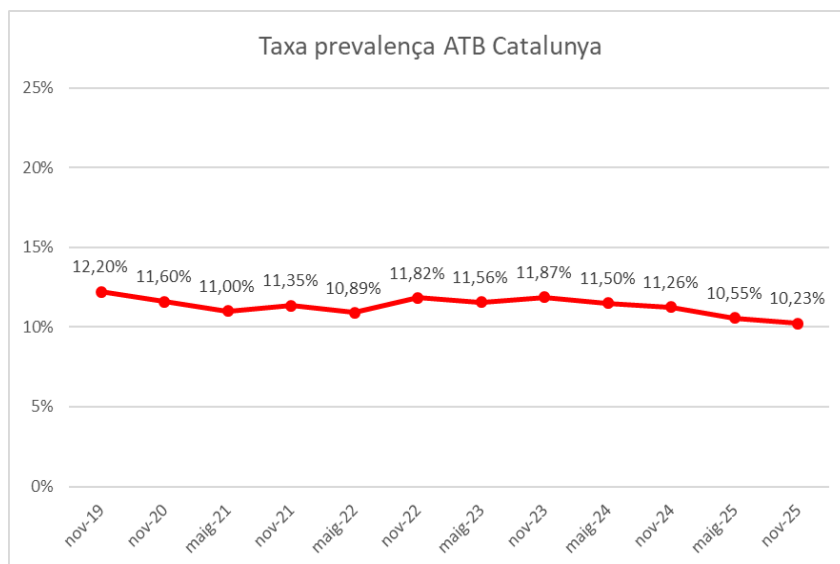
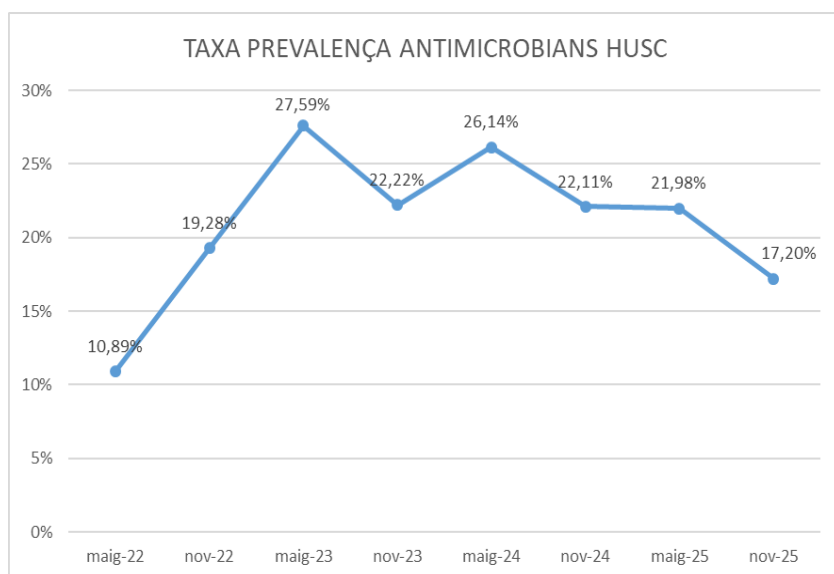
Infeccions (IRAS) detectades



Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025 la taxa d'infecció a l'HUSC és del 2,15% (2 pacients), per sota del resultat global del VINCAt (5,97%). Es confirma doncs, una tendència a la baixa, situant-se la taxa de novembre al valor més baix registrat.
- ✓ Igual que la resta d'hospitals del VINCAt, els pacients amb desorientació i incontinència són els que presenten més prevalença d'infecció, però a l'HUSC s'afegeixen les UPP com a factor de risc intrínsec. La majoria dels pacients infectats són de subaguts.
- ✓ 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 (*Escherichia coli* bàsicament), similar a la resta d'hospitals del VINCAt. Al tall de maig els bacils gram negatius van representar el 64,6% dels microorganismes aïllats (*Escherichia coli* 22,8%, *Klebsiella pneumoniae* 16,0%) i al de novembre el 72,6% (*Escherichia coli* 27,4%, *Klebsiella pneumoniae* 17,8%).

Ús d'antimicrobians

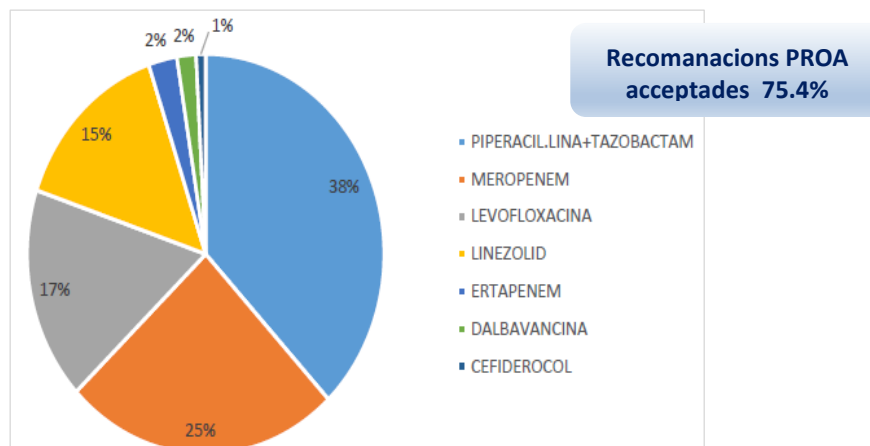


Comentaris

- ✓ Al tall de novembre de 2025, la taxa de prevalença d'ús d'ATB a l'HUSC és del 17,20%, superior a la mitjana global del VINCAt (10,23%), tot i la disminució respecte al tall de maig 2025 (21,98%).
- ✓ Pel que fa a la indicació del tractament, el tractament empíric representa el 50% de les prescripcions, similar a la mitjana del VINCAt (50,69%). El tractament dirigit és del 44,44% (VINCAt 38,13%), mentre que la profilaxi mèdica és notablement menys freqüent a l'HUSC (5,56%) que al global del VINCAt (10,54%).
- ✓ Els antibiòtics més prescrits a l'HUSC són les quinolones, seguides de les penicil·lines, mentre que al global del VINCAt (Nov.'25) l'ordre és penicil·lines (24,81%), cefalosporines (16,29%) i quinolones (15,97%).

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ANTIBIÒTICS (PROA)

Resultats anuals

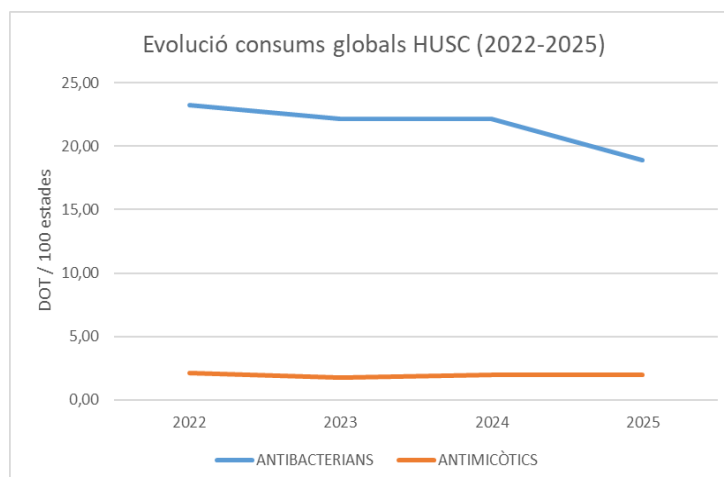


Comentaris

- ✓ S'han prescrit 116 antibiòtics restringits, dels quals se n'han avaluat 53 (45,69%). Augmenta l'adherència al protocol fins al 86,79%, superant el 84,2% de l'any 2024
- ✓ Es mantenen els antibiòtics més prescrits respecte de l'any anterior, encapçalats per la Piperacilina Tazobactam (38%), seguida del Meropenem (25%), la Levofloxacina (17%) i el Linezolid (15%). Amb percentatges residuals hi consten l'Ertapenem (2%), la Dalbavancina (2%) i el Cefiderocol (1%).
- ✓ L'adherència al protocol és completa (100%) en la Levofloxacina i el Cefiderocol, i superior al 90% en la Piperacilina Tazobactam i el Linezolid. Els valors més baixos corresponen al Meropenem (al voltant del 60%) i a l'Ertapenem (50%).
- ✓ El grup PROA ha realitzat un total de 65 recomanacions, augmentant de manera notable (37 més) respecte a les 28 de l'any anterior.
- ✓ L'acceptació global de les recomanacions que el grup PROA fa al prescriptor és del 75,38%, augmentant respecte al 2024.
- ✓ Les recomanacions són bàsicament de durada del tractament (27) i de canvi segons antibiograma (17). A diferència del 2024, s'accepta millor la recomanació de canvi que la de durada (82,35% envers 66,67%). L'acceptació més baixa correspon a la recomanació de stop antibiòtic (25%).

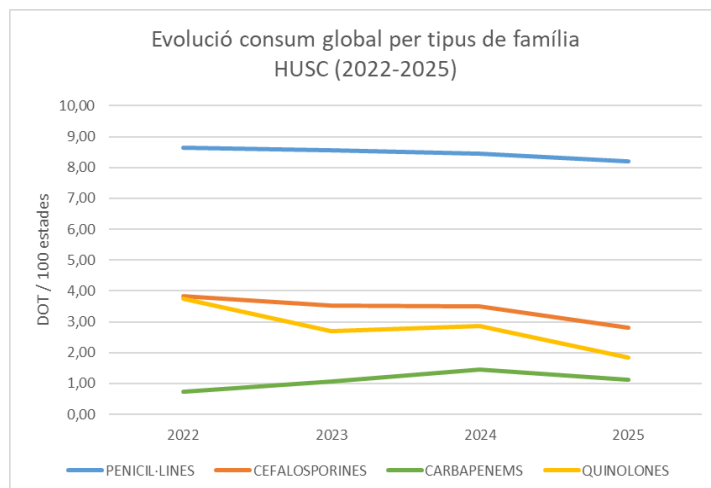
Resultats anuals consum hospitalari sociosanitari a l'HUSC per tipus d'antimicrobià (DOT)

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

- ✓ Disminueix el consum global d'antimicrobians respecte al 2024. S'atribueix aquest resultat a la consolidació de l'equip PROA a Atenció Intermèdia.
- ✓ A destacar l'augment d'antimicrobians a Subaguts i baixa a la resta de serveis envers l'any passat.

Resultats evolutius HUSC (2022-2025) Consum Hospitalari Sociosanitari per tipus de família (DOT)

Comentaris

- ✓ Les Penicil·lines es mantenen com a família amb més consum, tot i el descens respecte al 2024. Les Cefalosporines continuen el descens iniciat el 2022.
- ✓ Disminueixen els Carbapenems i les Quinolones respecte de l'any anterior, sobretot per la reducció del consum a Convalescència.
- ✓ Cal destacar que Subaguts és un servei amb un baix consum de Carbapenems, tot i l'augment d'aquest any, segurament per les accions del grup PROA d'Aguts prèvies a la derivació a Atenció Intermèdia.

HIGIENE DE MANS HUSC

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS GLOBAL		
2023	2024	2025
49.6%	52%	63.2%

EVOLUCIÓ TAXA ADHERÈNCIA HIGIENE DE MANS PER UNITAT			
	2023	2024	2025
PLANTA 1	49%	54%	62.1%
PLANTA 2	39.5%	51%	61.3%
PLANTA 3	55%	52%	66.5%

EVOLUCIÓ CONSUM PBA GLOBAL			
	2023	2024	2025
CONSUM PBA	296 litres	665 litres	602 litres
ESTADES	30904	31832	31464
INDICADOR CONSUM PBA	9.5	20.8	19.1

Objectiu OMS > 20 litres

Comentaris

- ✓ Ha augmentat la taxa d'adherència global d'HM tot i que hi ha marge de millora.
- ✓ La indicació d'HM amb més baixa adherència és el moment 2 (tècnica asèptica) i el moment 3 (M3).
- ✓ Ha disminuït el consum de PBA situant-nos al 19,1% per sota de 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 avançat en l'autoavaluació anual de l'OMS. Aconseguint un total de 405 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.

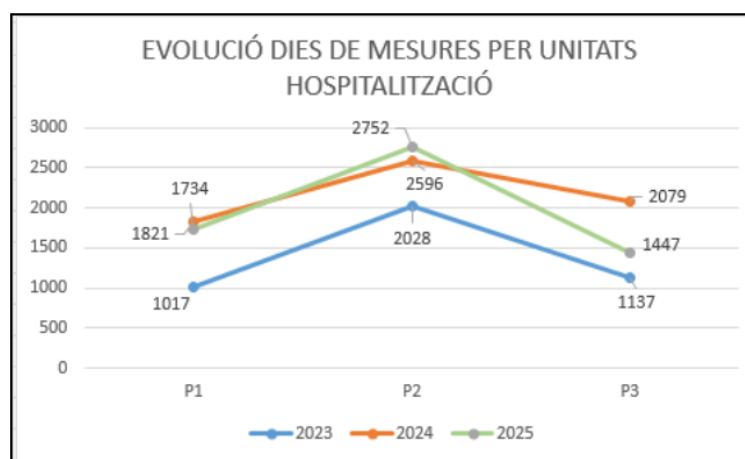
Per aquest motiu es realitza un registre de les mesures aplicades segons els gèrmens aïllats.

Distribució anual de les mesures *

	2023	2024	2025
AÏLLAMENTS	239	267	280
NOMBRE PACIENTS AMB MESURES	200	218	237
DIES MESURES	4182	6496	5933
MITJA AÏLLAMENTS PER MES	20	22	23

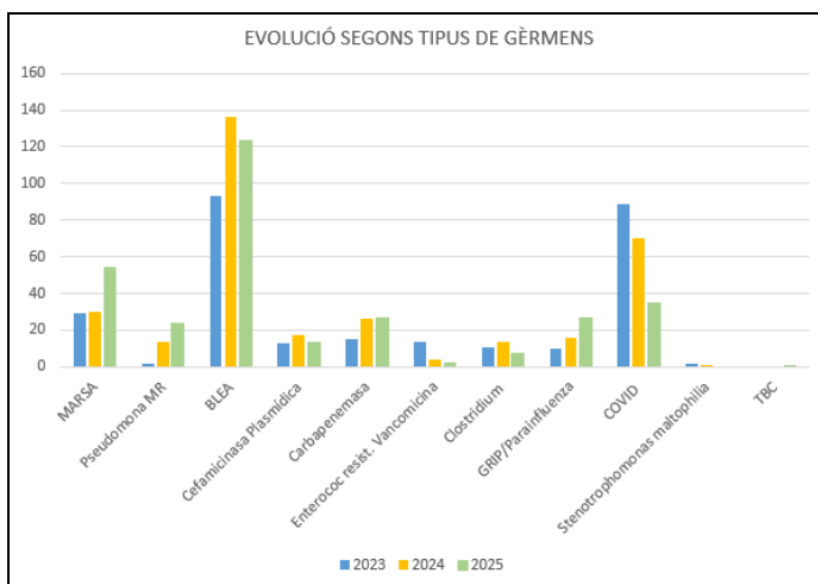
(*) Cal tenir present que un pacient pot tenir diferents aïllaments si s'han fet canvis d'unitat d'hospitalització.

Distribució de les mesures i dies segons unitat hospitalització



Nota: No inclosos els pacients amb mesures per Covid-19 del 1r trimestre del 2023.

Distribució mesures aplicades segons el germen



Comentaris

- ✓ L'any 2025 s'han registrat 280 aïllaments, un 5% més que el 2024 (267). El nombre de pacients amb mesures també augmenta fins a 237 (+9% respecte al 2024).
- ✓ Els dies de mesures disminueixen un 9% respecte al 2024 (5.933 vers 6.496). La mitjana d'aïllaments per mes se situa en 23.
- ✓ Per unitats:
 - Convalescència: concentra el major nombre de dies de mesures el 2025 (2.752) i és l'única que augmenta respecte al 2024 (+6%).
 - Pal·liatius: es manté pràcticament estable respecte al 2024 (1.734 vers 1.821; -5%).
 - Psicogeriatría: és la unitat que més redueix els dies de mesures el 2025 (1.447), un 30% menys que el 2024.
- ✓ Les enterobactèries productores de betalactamases d'espectre estès (BLEA) continuen sent, amb diferència, el germen predominant. El 2025 disminueixen lleugerament respecte al 2024.
- ✓ Es mantenen elevades les enterobactèries productores de carbapenemasa i augmenten les pseudomones multiresistents, mentre que disminueixen les productores de cefamicinasa plasmídica i l'enterococ resistent a vancomicina.
- ✓ La COVID continua disminuint de manera marcada (es redueix aproximadament a la meitat respecte al 2024, mentre que la Grip/Parainfluenza augmenta).
- ✓ Destaca l'augment del MARSA el 2025, que gairebé es duplica respecte al 2024, mentre que el *Clostridium difficile* disminueix. Es registra també un cas aïllat de TBC.

Nota: Tancament dades d'Infeccions 2025 disponible en el baner de Seguretat de pacients a la intranet

(👉 [Tornar a l'índex](#))

MORTALITAT

HOSPITAL SANT JAUME DE MANLLEU

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ

Es presenten dades globals de mortalitat corresponents a l'HSJM.

	2024	2025		Dif. 24-25	objectiu
	%	n	%	%	
Global (per altes)	125	124		-1 èxitus	
Mitjana d'edat	82.8	80.3			
< 48h de l'ingrés	6.4	7	5.6		
Tancament informe èxitus <15 dies	92.0	101	81.5		
ESPH/altes	0.29	0	0.0	-100.0	<0.5%
Necròpsies	0	0		-	>7%
Terminal a l'ingrés	51.5	3	15.8		
Agònic a l'ingrés	1.5	1	5.3		

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 80.3 anys.
- ✓ El 81.5% dels informes d'èxitus es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.0% complint l'objectiu establert (<0.5%).
- ✓ No s'ha realitzat cap necròpsia.
- ✓ El percentatge de pacients terminals l'ingrés va ser del 15.8% i el d'agònics del 5.3% sobre els casos registrats.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITUS D'INFERMERIA

	2024			2025		
	Èxitus	Si nota		Èxitus	Si nota	
	n	n	%	n	n	%
H. ST. JAUME DE MANLLEU						
Unitat de Convalescència J1	40	40	100.0	40	39	97.5
Unitat de Convalescència J2	31	30	96.77	39	39	100.0
Unitat de Convalescència J3	38	36	94.73	27	27	100.0
Unitat de Psicogeriatria J4	16	13	81.25	18	18	100.0
GLOBAL HSJM	125	119	95.20	124	123	99.19

Objectiu: notes correctes ≥ 95%

Comentaris

- ✓ L'any 2025 el percentatge global de l'HSJM és d'un 99.19%, assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2024		2025	
	n	%	n	% (*)
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	64		15	

Nota èxitus mèdic (sobre èxitus no IC *)

Mort previsible	61	95.31	15	100.0
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	0	0.00	0	0.00
Fàrmac	0	0.00	0	0.00
Catèters i drenatges	0	0.00	0	0.00
Mesures quirúrgiques	0	0.00	0	0.00
Proves Complementàries	0	0.00	0	0.00

Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 123)

Tractament Pal·liatiu	108	90.76	114	92.68
Eficaç	104	96.30	108	94.74
Hi havia acompanyants	101	84.87	109	88.62
Eren familiars	96	95.05	103	94.50
Eren Sanitaris	5	4.95	4	3.67
Eren Altres	0	0.00	2	1.83
Indicació No RCP	101	84.87	109	88.62
Informació desenllaç familiars	108	90.76	114	92.68
Habitació individual	114	95.80	123	100.0
Èxitus en hab. doble per manca llits	1	0.84	0	0.00

Comentaris

- ✓ Disminució dels casos de mort previsible i cap cas amb tractament no pal·liatiu i no hi ha benefici previsible.
- ✓ Han augmentat els tractaments pal·liatius, fins a un 92.68%, i en un 94.74% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, ha augmentat en relació al 2024.

HOSPITAL UNIVERSITARI SANTA CREU DE VIC

MORTALITAT A HOSPITALITZACIÓ

	2024	2025		Dif. 24-25	objectiu
	%	n	%	%	
Global (per altes)	271	301		+30 èxits	
Mitjana d'edat	81.6	80.0			
< 48h de l'ingrés	10.7	37	12.3		
Tancament informe èxits <15 dies	85.2	253	84.1		
ESPH/altes	0.69	0	0.0	-	<0.5
Necròpsies	0.7	1	0.3	-55.0	>7%
Terminal a l'ingrés	24.4	15	18.1		
Agònic a l'ingrés	2.2	0	0.0		

Comentaris

- ✓ La mitjana d'edat global va ser de 80.0 anys.
- ✓ El 84.1% dels informes d'èxits es van tancar abans de 15 dies.
- ✓ El percentatge d'ESPH/altes va ser del 0.0%, complint l'objectiu establert (<0.5%).
- ✓ S'ha realitzat 1 necròpsia amb un 100% de correlació.
- ✓ El percentatge de pacients terminals l'ingrés va ser del 18.1% i el d'agònics del 0.0% sobre els casos registrats.

ACOMPLIMENT DE LA NOTA D'ÈXITS D'INFERMERIA

	2024			2025		
	Si nota			Si nota		
HOSPITAL INIVERSITARI SANTA CREU	n	n	%	n	n	%
P1 Cures Pal·liatives	184	177	96.19	212	209	98.58
P2 Convalescència	31	29	93.55	27	27	100.00
P3 Convalescència	56	55	98.21	62	62	100.00
GLOBAL HUSC	271	261	96.31	301	298	99.00

Comentaris

- ✓ L'any 2025 el percentatge global de l'HUSC és d'un 99.00% assolint l'objectiu ≥95%.

ANÀLISI DE LA QUALITAT DE MORT

	2024		2025	
	n	% (*)	n	% (*)
ÈXITUS CONSTÀNCIA ESCRITA DE...	57	21.03	83	
Nota èxitus mèdic				
Mort previsible	54	94.73	78	93.97
Ttment no Pal·liatiu, no benefici previsible	2	3.50	1	1.20
Fàrmac	2	100.0	1	100.0
Catèters i drenatges	0	0.0	0	0.0
Mesures quirúrgiques	0	0.0	0	0.0
Proves Complementàries	1	50.0	0	0.0
Nota èxitus infermeria (sobre notes èxitus infermeria 298)				
Tractament Pal·liatiu	236	90.42	268	89.93
Eficaç	232	98.31	253	94.40
Hi havia acompanyants	228	87.36	267	89.60
Eren familiars	220	96.49	251	94.01
Eren Sanitaris	5	2.19	13	4.87
Eren Altres	3	1.32	3	1.12
Indicació No RCP	200	76.63	253	84.90
Informació desenllaç familiars	257	98.47	286	95.97
Habitació individual	251	96.17	290	97.31
Èxitus en hab. doble per manca llits	4	1.53	5	1.68

Comentaris

- ✓ Han disminuït els tractaments pal·liatius i en un 94.40% han sigut eficaços. L'ítem d'indicació de no RCP, ha augmentat en relació amb l'any 2024.
- ✓ Un 97.31% ha mort en habitació individual i un 1.68% del global (5 casos) ha mort en habitació compartida per manca de llits.
- ✓ En un 95.97% consta que la família estava informada.

(👉 Tornar a l'índex)