



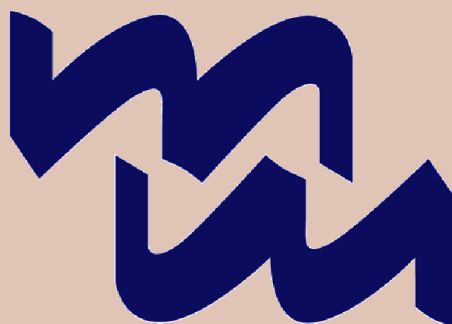
**CONSORCI SANITARI
DEL MARESME**

MEMÒRIA

Memòria

Qualitat, Seguretat del Pacient i Infeccions 2023

Consorci Sanitari del Maresme





Memòria 2023

Coordinador: Dra. Pilar Barrufet. Coordinadora Qualitat / Dr. Andreu Aloy.
Coordinadora de Qualitat / Director de Planificació i Qualitat

Autors

Gil, Sara	Infermera. Àrea de Qualitat – Infeccions i TB
Herrera, Thaïs	Infermera. Cap d'Àrea. Direcció de Planificació i Qualitat.
Rubí, Núria	Infermera. Referent de Seguretat del Pacient.
Vidal, Elena	Infermera. Àrea de Qualitat – Infeccions
González, Erola	Administrativa. Àrea Qualitat - Acreditació
Torres, Manuela	Administrativa. Àrea Qualitat

Centre:

Consorci Sanitari del Maresme

Data d'elaboració: Maig – 2024

Número d'edició: 1ª edició

Vist-i-plau de la Direcció:

Aprovat per Dr. Andreu Aloy, Director de Planificació i Qualitat, en data 30/05/2024

Dr. Andreu Aloy, Director de Planificació i Qualitat

Signatura acreditativa



Índex

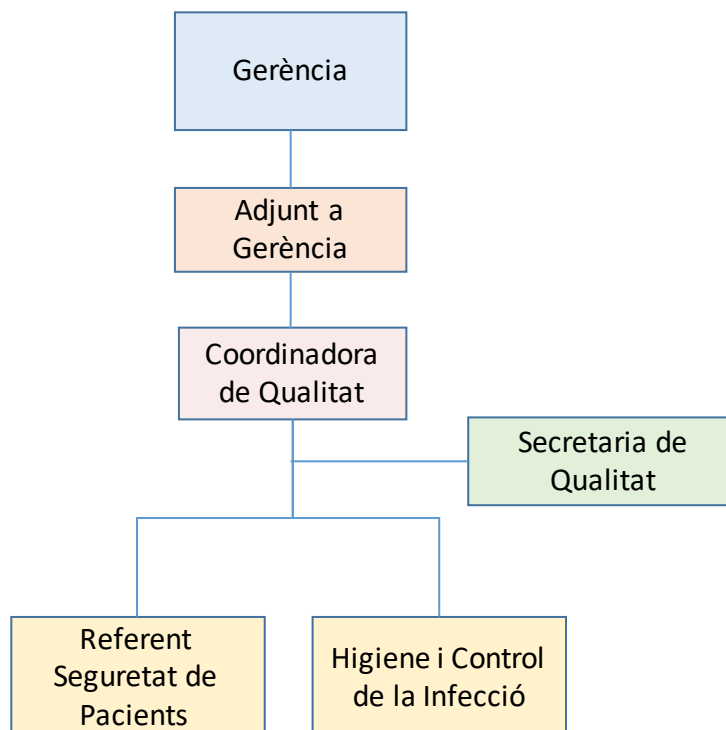
1. Organigrama de l'àrea	5
A. Memòria Comitès / Comissions	6
2. Comissió de Documentació. Subcomissió Qualitat de la HC	7
2.1. Activitat Realitzada	7
2.2. Revisió documental	7
3. Comissió de Dolor	7
3.1. Activitat Realitzada	7
3.2. Objectius 2023	7
4. Comissió d'Errors de Medicació	7
4.1. Activitat Realitzada	7
4.2. Revisió documental	8
4.4. Activitat docent, formativa i divulgativa	9
4.5. Participació en treballs, cursos i congressos	10
4.6. Objectius 2023	10
5. Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)	11
5.1. Activitat Realitzada	11
5.2. Revisió documental	11
5.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	11
5.4. Participació en treballs, cursos i congressos	11
5.5. Objectius 2023	12
6. Comissió de Farmacoterapèutica (CFT)	12
6.1. Activitat Realitzada	12
6.2. Objectius 2023	12
7. Comissió d'Infeccions	13
7.1. Activitat Realitzada	13
7.2. Objectius 2023	13
8. Comissió de Malaltia Tromboembòlica (MTEV)	13
8.1. Activitat Realitzada	13
8.2. Revisió documental	13
8.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	14
8.4. Participació en treballs, cursos i congressos	14
8.5. Objectius 2023	14
9. Comissió de Mortalitat	14
9.1. Activitat Realitzada	14
9.2. Objectius 2023	14
10. Comissió de Nutrició	15
10.1. Activitat Realitzada	15
10.2. Revisió documental	15
10.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	15
10.4. Participació en treballs, cursos i congressos	15
10.5. Objectius 2023	15
11. Comissió de Qualitat de la UCSI	15
11.1. Activitat Realitzada	15
11.2. Revisió documental	16



11.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	16
11.4. Participació en treballs, cursos i congressos	16
11.5. Objectius 2023	17
12. Comissió de Qualitat i Seguretat del Pacient	17
12.1. Activitat Realitzada	17
12.2. Revisió documental	17
13. Comissió de Qualitat i Seguretat d'Urgències Pediàtriques	18
13.1. Activitat Realitzada	18
13.2. Revisió documental	18
13.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	18
13.4. Participació en treballs, cursos i congressos	18
13.5. Objectius 2023	18
14. Comissió de Risc Vital	19
14.1. Activitat Realitzada	19
14.2. Activitat docent, formativa i divulgativa	19
14.3. Objectius 2023	19
15. Comissió de Seguretat en Perinatologia	20
15.1. Activitat Realitzada	20
15.2. Activitat docent, formativa i divulgativa	20
15.3. Objectius 2023	21
16. Comissió de Transfusió	22
16.1. Activitat Realitzada	22
16.2. Revisió activitat transfusional	22
16.3. Revisió documental	22
16.4. Activitat docent, formativa i divulgativa	22
16.5. Objectius 2023	23
17. Comissió d'Úlceres	23
17.1. Activitat Realitzada	23
17.2. Revisió documental	23
17.3. Activitat docent, formativa i divulgativa	24
17.4. Objectius 2023	24
B. Indicadors claus	25
C. Notificació Esdeveniments Adversos	27
D. Objectius subjectes a CPR	32
E. Acreditació Hospital de Mataró	36
F. Certificacions ISO 9001:2015	38
18. ISO 9001:2015 - UCSI	39
19. ISO 9001:2015 - FARMÀCIA	40
20. ISO 9001:2015 – ANATOMIA PATOLÒGICA i LABORATORI	43
G. Qualitat i Seguretat Atenció Primària	45
1. Quadre de comandament de Seguretat del Pacient	46
2. Millorar la qualitat del registre de diagnòstics al ECAP	47



1. Organigrama de l'àrea





A. Memòria Comitès / Comissions



2. Comissió de Documentació. Subcomissió Qualitat de la HC

2.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - 14/11/2023
- Assistència: 100%

2.2. Revisió documental

- Informe de qualitat de 2022

3. Comissió de Dolor

3.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - 29/05/2023
 - 13/11/2023
- Assistència: 59%

3.2. Objectius 2023

1. Prevalença global del dolor (EVA > 0) = 39,99%
2. Prevalença del dolor a l'Hospital de Mataró (EVA ≥ 3) = 18,01%
3. Prevalença del dolor a l'Hospital de Mataró (EVA ≥ 7) = 0,70%

- ❖ Tots els membres de la comissió van consensuar que donat que el CatSalut no estableix criteris definits i la literatura científica tampoc, els resultats obtinguts són assolits.

4. Comissió d'Errors de Medicació

4.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - 14/02/2024
 - 11/04/2023
- Reunions extraordinàries:
 - 16/03/2023
- Assistència: 69%



4.2. Revisió documental

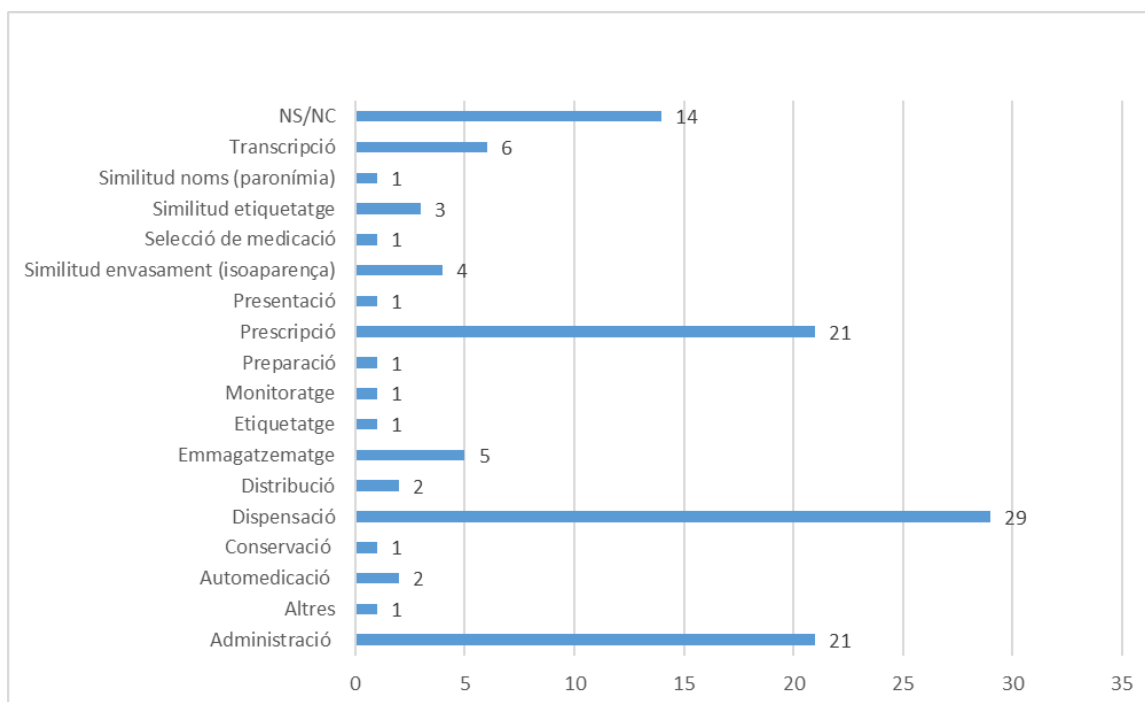
S'han notificat més incidents que l'any anterior. Al 2022 es van registrar 215 notificacions (72 relacionades amb medicació/oxigen/hemoderivats/nutrició) i al 2023, 265. D'aquestes, 115 (43,3% van estar relacionades amb medicació/oxigen/hemoderivats/nutrició.

Les incidències es van classificar segons tipologia i risc:

Classificació dels incidents segons TIPOLOGIA:

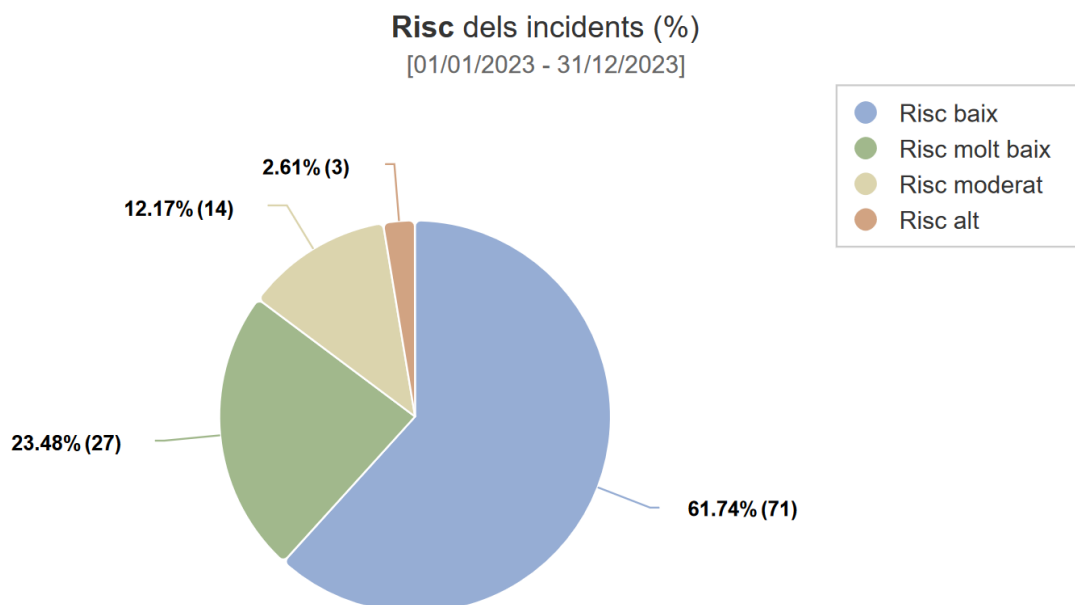
- **Dispensació:** 29 (25,2%)
- **Prescripció electrònica:** 21 (18,3%)
- **Administració:** 21 (18,3%)
- **Similitud envasament/nom/etiquetatge:** 8 (7%)

La resta d'incidents notificats es poden veure a la Gràfica 1.



Gràfica 1. Classificació dels incidents notificats al 2023 segons TIPOLOGIA.

Classificació dels incidents segons RISC:



Accions de millora:

Els acords resultants de l'anàlisi de les notificacions van generar diverses accions de millora. Algunes d'elles van ser:

- Optimització de la visualització de les al·lèrgies a l'estació clínica de treball actual.
- Automatització de la visualització de les respostes de les interconsultes a l'estació clínica de treball actual per infermeria.
- Informatització de tot lo referent al pacient mèdic del servei d'urgències que està pendent d'ingressar.
- Optimització de la identificació de dos preparats estèrils, ceftazimida intracameral i de moxifloxacino intracameral, amb etiquetes diferents.
- Des de farmàcia, es va buscar una presentació d'oxitocina, que no fos de nevera, per tal de poder entrar el fàrmac a quiròfan sense trencament de la cadena de fred.

4.4. Activitat docent, formativa i divulgativa

Durant l'any 2023, es van fer unes sessions informatives de seguretat per fer difusió dels incidents i mesures de millora proposades al 2022. Els serveis on es van impartir aquestes reunions van ser:

- Medicina Intensiva
- Traumatologia
- Farmàcia



4.5. Participació en treballs, cursos i congressos

Dos membres de la comissió van participar al següent curs:

- “SISTEMA DE NOTIFICACIÓ D’INCIDENTS DE SEGURETAT DELS PACIENTS DE CATALUNYA (SNISP CAT): formació presencial per a gestor de consorci/territorial”. El va impartir el Departament de Salut (durada: 4 hores)

4.6. Objectius 2023

Els objectius que es van establir pel 2023 van ser:

1. Registre obligatori de pes dels pacients ingressats (Objectiu ISMP). Aquest va ser un objectiu de les unitats d’hospitalització quirúrgiques i mèdiques. **Assoliment parcial.**
2. Registre obligatori d’al·lèrgies a pacients ingressats (Objectiu ISMP). **Assoliment parcial.**
3. Seguiment de la prova pilot de lectura de l’etiqueta d’identificació del pacient de salut mental amb PDA abans d’administrar la medicació (Objectius ISMP). **No assolit.**
4. Implantació d’un dispositiu per evitar errors de connexió per confusió dels manòmetres d’oxigen amb el de l’aire. **No assolit.**
5. Control gravimètric de les nutricions parenterals un cop elaborades. **Assolit.**
6. Mòdul de conciliació a l’alta del pacient ingressat a l’estació clínica de treball actual. **No assolit.**
7. Calendarització de les dispensacions de medicació ambulatoria al servei de farmàcia. **Assolit.**
8. Sol·licitud d’etiquetes identificatives per la nova perfusió de noradrenalina que s’utilitza a reanimació per determinats tipus de pacients. **No assolit.**
9. Sessions informatives de seguretat per servei sobre els diferents errors notificats i mesures de millora establertes a l’any 2022, entre d’altres. **Assoliment parcial.**
10. Complir amb el calendari de reunions bimensuals planificades (mínim 5 reunions). **No assolit.**

5. Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)

5.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**

- | | |
|--------------|--------------|
| ○ 17/01/2023 | ○ 18/07/2023 |
| ○ 21/02/2023 | ○ 19/09/2023 |
| ○ 21/03/2023 | ○ 27/10/2023 |
| ○ 18/04/2023 | ○ 21/11/2023 |
| ○ 16/05/2023 | ○ 19/12/2023 |
| ○ 20/06/2023 | |

- **Assistència:** 45%

5.2. Revisió documental

Protocols nous i/o actualitzats:

- Atenció al pacient en situació d'últims dies (SUD) i agonia
- Codi ètic CSdM
- Consultes al comitè d'ètica assistencial
- Orientacions per avaluar la capacitat
- Guia de recomanacions terapèutiques per l'abordatge dels símptomes psicològics i conductuals relacionats amb dependència (SPCD)
- Procediment segona opinió mèdica
- Procediment de voluntats anticipades
- *Guia para el cumplimiento de las ordenes de no reanimación cardiopulmonar en pacientes ingresados en el Hospital de Mataró*
- Reflexions sobre el document de VVAA i guia de recomanacions en cas de discrepància entre el document i el criteri mèdic
- Reglament intern. Comitè d'Ètica Assistencial.
- Resolució de casos al CEA
- Recomanacions d'ús de la telemedicina al Consorci Sanitari del Maresme. Com i quan utilitzar-la en la pràctica assistencial. Comitè d'Ètica Assistencial

5.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

- 6è Curs de Bioètica del Consorci Sanitari del Maresme
- Taller: La mort i com utilitzem els diferents conceptes d'una mort digna. Escola Meritxell. Curs 4rt d'ESO.
- Jornada de Bioètica anual

5.4. Participació en treballs, cursos i congressos

- Incorporació a la història clínica digital d'un document relacionat amb "*The conversation*" que és una entrevista sistematitzada per pacients oncològics o amb malalties cròniques avançades.



- 20 de juny: Visita de Núria Masferrer i algun alumne per fer entrega d'un quadre d'una alumna de l'Escola Meritxell com agraïment pel taller.
- 19 de setembre: Arran d'una petició de gerència es va fer la Presentació de l'Associació de Testimonis de Jehovà. Relacions amb el CSdM. Diàleg obert i respecte a totes les creences religioses. Varen manifestar l'agraïment al CSdM per el bon tracta cap tots els ciutadans atesos a l'hospital que eren Testimonis de Jehovà.

5.5. Objectius 2023

1. Seguir fent el Curs de formació anual de bioètica per residents i personal del Consorci. **Assolit.**
2. Seguir fent la Jornada de Bioètica. **Assolit.**
3. Revisar i actualitzar els protocols per l'acreditació. **Assolit.**
4. Realitzar el protocol de la telemedicina. **Assolit.**
5. Col·laborar amb la formació de "la conversa" liderat per Francisco Gil amb pacients amb malalties avançades. **Assolit.**
6. Participació del CEA a la sessió d'immersió del Residents. **No assolit.**
7. Afavorir la OFrmació en bioètica a tots els membres del CEA. **Assoliment parcial**
8. Participar en la Societat Catalana de Bioètica. **Assoliment parcial**

6. Comissió de Farmacoterapèutica (CFT)

6.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - 20/04/2023
 - 18/10/2023
 - 13/12/2023

- **Assistència:** 54,1%

6.2. Objectius 2023

1. Guia Farmacoterapèutica interna: garantir un temps màxim de resposta a les sol·licituds d'inclusió al Hospital, una vegada hi hagi un informe de posicionament terapèutic (IPT) o dictàmen del AQUAS. **Assolit.**
2. Revisar i actualitzar les guies d'intercanvi terapèutics amb patologies més prevalents i adaptació en format electrònic per facilitar la seva prescripció a través de la PMI. **No assolit.**
3. Actualització d'un mínim de 2 tractaments de la guia farmaco-terapèutics hospitalària, adaptant-la a les necessitats actuals. **Assolit.**



7. Comissió d'Infeccions

7.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - o 01/02/2023
 - o 28/03/2023
 - o 17/05/2023
 - o 10/07/2023
 - o 03/10/2023
 - o 14/11/2023

- Assistència: 46%

7.2. Objectius 2023

1. Vigilància de la infecció de localització quirúrgica
2. Vigilància de la bacterièmia per infecció de catèter venós
3. Tall de prevalença de la infecció nosocomial Hospital de Mataró
4. Tall de prevalença de la infecció nosocomial St. Jaume
5. Vigilància dels microorganismes multiresistents
6. Adequació de la profilaxis antibiòtica
7. Prevenció de la infecció quirúrgica PREVINQ-Cat
8. Talla hemocultius contaminats

8. Comissió de Malaltia Tromboembòlica (MTEV)

8.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - o 03/03/2023
 - o 05/05/2023
 - o 01/12/2023

- Assistència: 64%

8.2. Revisió documental

Revisió de guies nacionals (SEMI), europees i internacionals de MTEV.

Revisió i actualització al maig de 2023 del protocol de la MTEV del nostre centre amb la col·laboració de protocols d'altres centres (HGTiP).



8.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

Formació de residents i estudiants en formació al nostre centre del pacients amb TEP /TVP a UCIES, UCI, ingressats a planta i en seguiment a CCEE de MTEV.

8.4. Participació en treballs, cursos i congressos

- Participació des del 2003 en el registre internacional RIETE o participa el nostre hospital introduint dades de pacients amb MTEV i elaborant diversos treballs i publicacions per millorar aspectes en el diagnòstic i tractament dels pacients amb MTEV.
- Participació en el grup ASEMEVE.
- Assistència el 20/01/2023 a Reunió ETV (Eliquis). Carrer del Carme. Barcelona.
- Reunió ETV 31/05/2023, Hotel Catalonia. Barcelona.
- Cursos i assistència al XVI Fòrum de ETV Madrid 19 i 20 d'octubre 2023 (SEMI).
- Assistència 3ª reunió multidisciplinar anual de ETV (ASEMEVE). Madrid 11 i 12 maig 2023.

8.5. Objectius 2023

- Actualització d'alguns aspectes del protocol.
- Establir reunions multidisciplinars.
- Establir reunions amb el grup de treball de MTEV de HGTiP.
- Acreditacions

9. Comissió de Mortalitat

9.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:** 4
 - 24/01/2023
 - 09/05/2023
 - 17/10/2023
 - 12/12/2023
- **Assistència:** 65%

9.2. Objectius 2023

1. Coneixer la mortalitat intrahospitalària del nostre Hospital
2. Anàlisi del procés assistencial dels pacients que han estat seleccionats per avaluar



3. Detecció de disfuncions i proposta de mesures correctores

10. Comissió de Nutrició

10.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - o 22/03/2023
 - o 13/06/2023
 - o 20/09/2023
- **Assistència:** 36%

10.2. Revisió documental

S'han revisat els següents protocols:

- "Tratamiento nutricional d'infermeria/TCAEs de la Unidad de Cuidados Intensivos."
- "Tratamiento nutricional medico de la Unidad de Cuidados Intensivos."

S'ha treballat en la gestió dels següents circuits:

- Col·locació de vies centrals i de vies centrals d'accés perifèric.
- Col·locació de sondes nasojejunals.

10.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

Realització de canvis en el díptic de Nutrició Parenteral.

10.4. Participació en treballs, cursos i congressos

S'ha participat en el Nutrition Day de la ESPEN del 2023.

10.5. Objectius 2023

1. Renovació dels protocols del TNM d'infermeria/TCAEs UCI. **Assolit.**
2. Renovació del protocol del TNM d'UCI. **Assolit.**
3. Gestió de modificacions de díptic de NP. **Assolit.**
4. Participació en el Nutrition Day. **Assolit.**
5. Realitzar el circuit de col·locació de via central, PICs i SNJ. **Assolit.**

11. Comissió de Qualitat de la UCSI

11.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - o 22/02/2023
 - o 29/03/2023



- 17/05/2023
- 19/07/2023
- 20/09/2023

- **Assistència:** 88%

11.2. Revisió documental

Durant el 2023 s'han actualitzat tots els mapes i fitxes dels processos. A més periòdicament es revisen els diferents punt que marca la Norma ISO per aconseguir el seu compliment.

11.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

- Curs d'Actualització en CMA. Plataforma InterAct Salut de l'ACMSCB. Director.
- Congreso Internacional. Anestesia y Seguridad en el cuidado ambulatorio. Medellín (Colombia).
- Advanced Course: Surgical Treatment of Hemorrhoidal Disease. Lisboa.
- XIII Congreso Nacional de Cirugías Ambulatoria de Portugal. Porto.
- X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla.
- Reunión Nacional de la AEC. Alacant.
- X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla.
- Curs d'Actualització en CMA. Plataforma InterAct Salut de l'ACMSCB. Docent.

11.4. Participació en treballs, cursos i congressos

COMUNICACIONS:

- Estabilidad del Programa Quirúrgico en las Unidades de Cirugía mayor Ambulatoria Integrada. X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.
- Apendicectomía laparoscópica sin ingreso en apendicitis aguda no complicada. X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.
- Resultados preliminares de la cirugía de la neoplasia tiroidea en régimen de CMA. X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.
- Ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica electiva. Análisis de los resultados en nuestro centro. X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.



- Dolor postoperatorio en cirugía de la hernia inguinal. Abierta versus mínimamente invasiva (TEP y TAPP). X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.
- Control de dolor postoperatorio a las 48 horas tras colecistectomía laparoscópica electiva en régimen de cirugía mayor ambulatoria. X Congreso Ibérico de Cirugía Mayor Ambulatoria; XV Congreso Nacional de ASECMA. Sevilla, 2023.

ABSTRACT

- Guía de acogida al personal sanitario de nueva incorporación en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del hospital de Mataró.
- Cirugía bariátrica en régimen de CMA
- Estudio del grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en régimen de CMA en el Hospital de Mataró

11.5. Objectius 2023

1. Realitzar díptic informatiu per als pacients. **Assolit.**
2. Realitzar prova pilot per retirar trucada preoperatoria de la cirurgia de cataractes. **No Assolit.**
3. Realitzar algun cas de tractament quirúrgic de OM per CMA. **Assolit.**
4. Ambulatorització del 30% dels procediments afegint el gangli sentinella. **Assolit.**
5. Passar de programa EYRA de valoracions, al programa TESIS la trajectòria clínica de les cataractes. **Assolit.**

12. Comissió de Qualitat i Seguretat del Pacient

12.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - o 10/05/2023
 - o 12/07/2023
- **Assistència:** 59%

12.2. Revisió documental

- Protocol per a la identificació activa dels pacients en situació de risc
- Prevenció de caigudes a l'hospital de Mataró
- Protocol de segones víctimes
- Pla de Qualitat 2022 – 2025
- Noves accions del Pla de Qualitat 2023



13. Comissió de Qualitat i Seguretat d'Urgències Pediàtriques

13.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries: 1
 - o 18/04/2023
- Reunions extraordinàries: 3
 - o 18/04/2023
 - o 07/09/2023
 - o 15/10/2023
- Assistència: 57%

13.2. Revisió documental

- Pla funcional d'urgències servei de pediatria Hospital de Mataró. Versió 1.

13.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

- 2ª Edició del Curs infermeria Urgències Pediàtriques. Maig 2023.
- 2ª Edició del Curs de Simulació en Nen Greu. Abril 2023 i Novembre 2023.
- 2ª Edició Taller oxigenoteràpia, CNAF i VNI en Pediatria. 17 i 18 d'Octubre 2023.

13.4. Participació en treballs, cursos i congressos

- Estudi retrospectiu de la implementació de la ventilació no invasiva a Urgències de Pediatria. Inici de l'estudi per a publicacions en Congrés de la AEPED 2024.
- "Respuesta de los reactivos de fase aguda para invasión bacteriana invasiva en lactantes menores de tres meses en función de la bacteria causante. Estudio multicéntrico. RISEUP"

13.5. Objectius 2023

1. Creació del Pla Funcional d'Urgències Pediàtriques. **Assolit.**
2. Realització de la Segona Edició del Curs d'Iniciació a Urgències de Pediatria adreçat a infermeria. **Assolit.**
3. Actualització del protocol de Sèpsia i Politraumatisme en Pediatria. **No Assolit.**
4. Continuar amb els tallers de formació i simulació del nen greu. **Assolit.**
5. Revisar criteris per a sol·licitar hemocultius a pediatria. **No Assolit.**
6. Aconseguir una disminució en la taxa de contaminació dels hemocultius pediàtrics. **Assolit.**
7. Revisar el circuit de recollida de mostres d'orina. **Assolit.**
8. Presentació del protocol de sedoanalgesia per a procediments en pediatria i implementació de la fulla d'infermeria. **Assoliment parcial.**



9. Implementar les escales de valoració del dolor pediàtriques a urgències. **No Assolit.**
10. Implementació de la fulla d'infermeria de la cetoacidosi diabètica en pediatria. **No Assolit.**
11. Realització del protocol de sèrumteràpia endovenosa i trastorns hidroelectrolítics en pediatria. **Assoliment parcial.**

14. Comissió de Risc Vital

14.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - o 20/04/2023
 - o 14/11/2023
- **Assistència:** 73%

14.2. Activitat docent, formativa i divulgativa

Durant el període de 2023, es va realitzar formació a un total de 223 treballadors del CSdM. Els cursos impartits abarquen diferents nivells de formació:

- Curs Genèric d'instructors en Soport Vital Inmediat i Avançat: 5
- Suport vital bàsic + DEA: 133
- Suport vital immediat (Adults): 54
- Suport vital avançat (Adults): 8
- Suport vital avançat (Pediàtric): 12
- Suport vital avançat (Neonatal): 11

Per la formació per a futurs instructors en suport vital (bàsic, immediat i avançat) de l'adult, es va seleccionar personal de la UCI: **Mari De la Torre, Ivana Anglade, Iosune Cano, Juan Carlos Yébenes, Fernando Casadiego, Clara Reina i Juan Arturo Mendez Barraza**. Tots aprovats amb con el grau (Proveedor + Potencial instructor) en SVA i dels quals 3 tenen la titulació de "Instructor Candidate" i estan en procés d'obtenir el títol de "Instructor".

14.3. Objectius 2023

Descripció dels objectius (Percentatge de compliment)

- Recuperació d'autonomia docent en formació acreditada en suport vital avançat (Compliment del 71%).
- Incorporació de sistema DERVI en el triatge d'urgències i valoració en paral·lel del triatge andorrà (Compliment del 60%).
- Incorporació de indicadors de Qualitat i Activitat dels codis de risc vital IAM/PTT/SEPSIS/ICTUS/Hemorràgia Massiva (20%)



- 1.1. Finalitzar el procés de conseguir el títol de Instructors en Suport vital Avançat Pediàtric dels pediatres (Iris Collazo Vallduriola i Julio Baena Baca).
- 1.2. Desenvolupar els cursos:
 - 1.2.1. Suport vital avançat pediàtric.
 - 1.2.2. Suport vital avançat neonatal.
 - 1.2.3. Jornades de Simulació en el Nen Greu en Urgències de Pediatria.
- 1.3. Realitzar inventari i catalogar el material disponible en el moment actual pel desenvolupament dels cursos de Suport vital i Atenció al nen Greu.

15. Comissió de Seguretat en Perinatologia

15.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:**
 - 23/02/2023
 - 27/04/2023
 - 25/05/2023
 - 28/09/2023
 - 26/10/2023
 - 30/11/2023

- **Assistència:** 50%

15.2. Activitat docent, formativa i divulgativa

- S'ha realitzat el curs d'emergències obstètriques adreçat a tots aquells professionals interessats en aprendre i aprofundir més en el maneig d'aquestes emergències. El curs ha estat impartit per anestesiològics, llevadores i ginecòlegs, i es va dur a terme els dies 13 i 15 de novembre de 2023.
- S'ha iniciat un projecte pilot sobre "Mindfulness i embaràs" en el que s'ha ofert a gestants que es controlaven l'embaràs al nostre centre, l'oportunitat de realitzar un curs de 8 setmanes de duració, en el que s'impartia contingut teòric per a portar un embaràs i criança conscients així com facilitar eines per a afrontar les diferents situacions que apareixen en aquest moment de la vida, a més de realitzar pràctiques formals de meditació i ioga.

En aquest projecte, a més d'oferir aquest servei a les pacients, sis professionals (2 infermers de salut Mental, 1 psiquiatra, 2 llevadors i 1 ginecòloga), han estat en període de formació per posteriorment portar a terme aquests cursos de forma regular.

A més, es pretén iniciar un assaig clínic, en el que demostrí que l'estrès d'aquestes pacients (objectivat per nivell de cortisol), disminueix després d'haver realitzat aquesta intervenció.



- Com cada any, s'ha realitzat el curs de RCP neonatal, impartit pels neonatòlegs, i adreçat a tots aquells professionals que tenen contacte amb neonats i poden beneficiar-se de conèixer les diferents maniobres d'actuació davant d'una RCP neonatal. Aquest curs es va donar a terme el 25 d'octubre.

15.3. Objectius 2023

L'objectiu és millorar la comunicació entre els diferents professionals que atenem a les gestants i als seus nadons, per tal d'aconseguir el següent:

- Qualitat assistencial excel·lent
- Realització de circuits de derivació de pacients que precisin atenció per part d'altres serveis
- Discutir casos de pacients d'alt risc obstètric per causa materna o fetal
- Revisió bibliogràfica del diagnòstic i tractament de patologies matern-fetals que apareixen a la pràctica clínica per tal d'oferir el maneig d'aquestes el més actualitzat possible.
- Posar en coneixement de treball social aquelles pacients amb condicions socio-econòmiques desfavorables
- Coordinar el seguiment amb salut mental l'atenció d'aquelles gestants diagnosticades de malalties psiquiàtriques o amb drogodependència.

Respecte aquest punt, enguany s'han iniciat 2 projectes de millora:

- El primer és un circuit de derivació de pacients de Salut Mental perinatal, en què la psiquiatra Patricia Vaquero acut un dia a la setmana a les consultes d'Obstetrícia on hi citem aquelles gestants susceptibles de necessitar valoració per part seva, i posteriorment les que sí ho requereixen i accepten, són citades a Salut Mental on reben l'atenció i el seguiment per part del seu equip durant tota la gestació i fins a 1 any postpart.
- El segon, és el projecte comentat en el punt anterior de "Mindfulness i embaràs", en el que s'ofereix a les gestants un curs de 8 setmanes, que combina una part teòrica i una part pràctica per a obtenir els següents beneficis: Estar més present i connectar amb l'embaràs, tenir cura d'una mateixa i del bebè ja des de la gestació, regular les emocions intenses que puguin aparèixer, acceptar l'experiència tal com és, desenvolupar el vincle amb el bebè.

De moment s'ha realitzat el curs pilot amb èxit, però l'intenció és oferir-ho de forma contínua al llarg de l'any com a cartera de serveis de l'hospital.

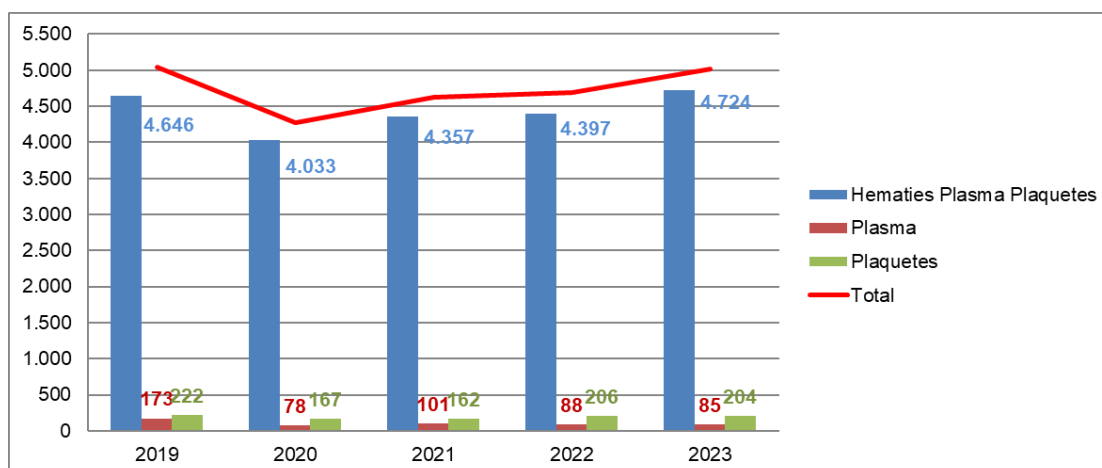
16. Comissió de Transfusió

16.1. Activitat Realitzada

- Reunions ordinàries:
 - o 30/05/2023
 - o 26/09/2023
 - o 14/11/2023
- Assistència: 54%

16.2. Revisió activitat transfusional

L'activitat transfusional en 2023 reflecteix un augment global en l'ús de components sanguinis del 6,6% respecte a 2022



16.3. Revisió documental

A 2023, s'han elaborat dos manuals, un per a l'ús del dispositiu PDA de transfusió i un altre per a la sol·licitud de components sanguinis a Tesis.

Queda pendent per part de la direcció d'infermeria la revisió del protocol d'administració de components sanguinis de l'hospital.

16.4. Activitat docent, formativa i divulgativa

En el 2023 s'han capacitat 45 noves infermeres per a l'administració de components sanguinis.

S'han recapacitat 2 tècnics de laboratori i capacitat 3.



El 23 d'octubre de 2023, es va organitzar una sessió dins del curs de formació continuada per a tècnics de laboratori amb el títol de "Hemovigilància: reaccions adverses, incidents i quasi incidents en la transfusió".

16.5. Objectius 2023

1. Nous protocols:
 - i. Protocol d'optimització del pacient quirúrgic amb risc de transfusió. **Assolit**
 - ii. Protocol d'administració de components sanguinis en el pacient pediàtric. **No assolit**
 - iii. Circuit de transfusió en pacients amb antecedents de reacció aguda transfusional. **No assolit**
2. Capacitació i recapitació del personal encarregat de l'administració de components sanguinis. **Capacitats 45 nous professionals i cap recapitació.**
3. Implantar la sol·licitud d'hemoderivats informatitzada, integrada a Tesis i relacionar-la amb el consentiment informat. **Al tercer trimestre de 2023 el 88,9% de les peticions de components sanguinis de pacients quirúrgic programat han estat informatitzades. A la resta d'àmbits no s'han mesurat.**
4. Millorar la implantació de l'aplicació informàtica que guia el procés transfusional, permet registrar-lo i assegura la traçabilitat a partir de l'inici de la transfusió. **L'objectiu d'ús de la PDA era del 70% i l'ús global al hospital a sigut del 77,4%. Assolit**
5. Informatitzar el full d'hemovigilància per avaluar les reaccions transfusionals des del sistema d'informació. **No assolit**
6. Fer seguiment de les incidències transfusionals. **Es registren però no es fa el seguiment. No assolit**

17. Comissió d'Úlceres

17.1. Activitat Realitzada

- **Reunions ordinàries:** 1
 - o 28/02/2023
- **Assistència:** 75%

17.2. Revisió documental

- Guia de pràctica clínica en la prevenció i cura de les lesions relacionades amb la dependència.



17.3. Activitat docent, formativa i divulgativa

1. Formació en “Cures bàsiques en el pacient amb ferides cròniques” a urgències del nostre Hospital pels diferents torns durant maig i juny de 2023.
2. Formació sobre “La valoració, tractament i seguiment de les UPP”. Dins del programa d’aplicació de competències en la pràctica clínica. Gener 2023.
3. Curs d’infermeria d’hospitalització quirúrgica. 23 de febrer de 2023
4. Curs TPN bàsica. Principis bàsics. 20-21 d’abril de 2023

17.4. Objectius 2023

1. Elaboració d’informes tècnics: **Assolit.**
2. Revisió de la guia de pràctica clínica d’UPP antiga i elaboració de la nova Guia de pràctica clínica en la prevenció i cura de les LRD: **Assolit.**
3. Fer tall de prevalença dels pacients amb UPP hospitalitzats: **No realitzat**
4. Modificació del registre de les UPP **En curs.**



B. Indicadors claus



- Mortalitat taxa bruta: 3,2% (3,6%)¹
- Índex de Mortalitat Ajustat per Risc (IMAR): 0,7813 (0,8547)¹
- Índex de Complicacions Ajustades per risc (ICAR): 0.8426 (1,0186)¹
- Readmissions taxa bruta: 8,1% (7,9%)¹
- Índex de Readmissions Associades per risc (IRAR): 0,9105 (0,8743)¹
- Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) Taxa bruta de substitució: 86,1% (85,3%)¹
- Índex de Cirurgia sense ingrés ajustat (ICSIA): 1,0141 (0,9925)¹
- Taxa de caigudes HM (x1000/estades): 1,45 (1,73)²
- Úlceres per pressió nosocomials: 0,19% (0,24%)²
- Taxa identificació activa: 40,14% (28,83%)³
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de còlon: 3,7% (3,8%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en cirurgia de recte: 23,1% (12,5%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis maluc: 0,7% (3,5%)⁴
- Infecció de Localització Quirúrgica (ILQ) òrgan-espai en pròtesis genoll: 0,4% (0,4%)⁴
- Bacterièmia per infecció de Catèter Venós Central (CVC) associada a Nutrició Parenteral (NP) BAC-CVC / Núm. dies de NP: 0,98% (1,80%)⁴
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia colo-rectal: 70% (77%)⁴
- Acompliment de la profilaxi antibiòtica en cirurgia protètica total: 89% (76%)⁴

¹ Iametrics

² Business Object

³ QC Seguretat Pacient

⁴ Memòria C. Infeccions

*Entre parèntesis, resultats de l'hospital de 2022



C. Notificació Esdeveniments Adversos

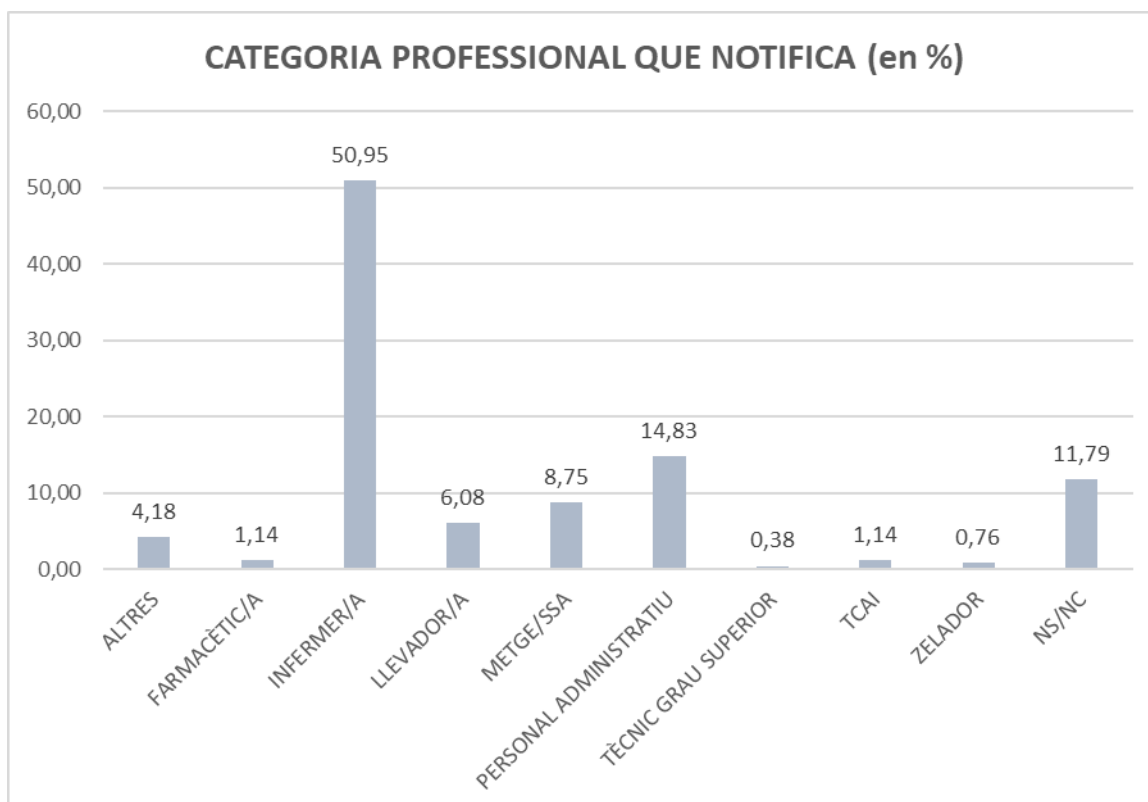
Les notificacions s'han realitzat a la nova plataforma SNiSP del Departament de Salut.

Durant aquest any s'han notificat 263 esdeveniments adversos, 252 a l'hospital d'aguts, 7 als centres d'Atenció Primària, 4 a Salut Mental.

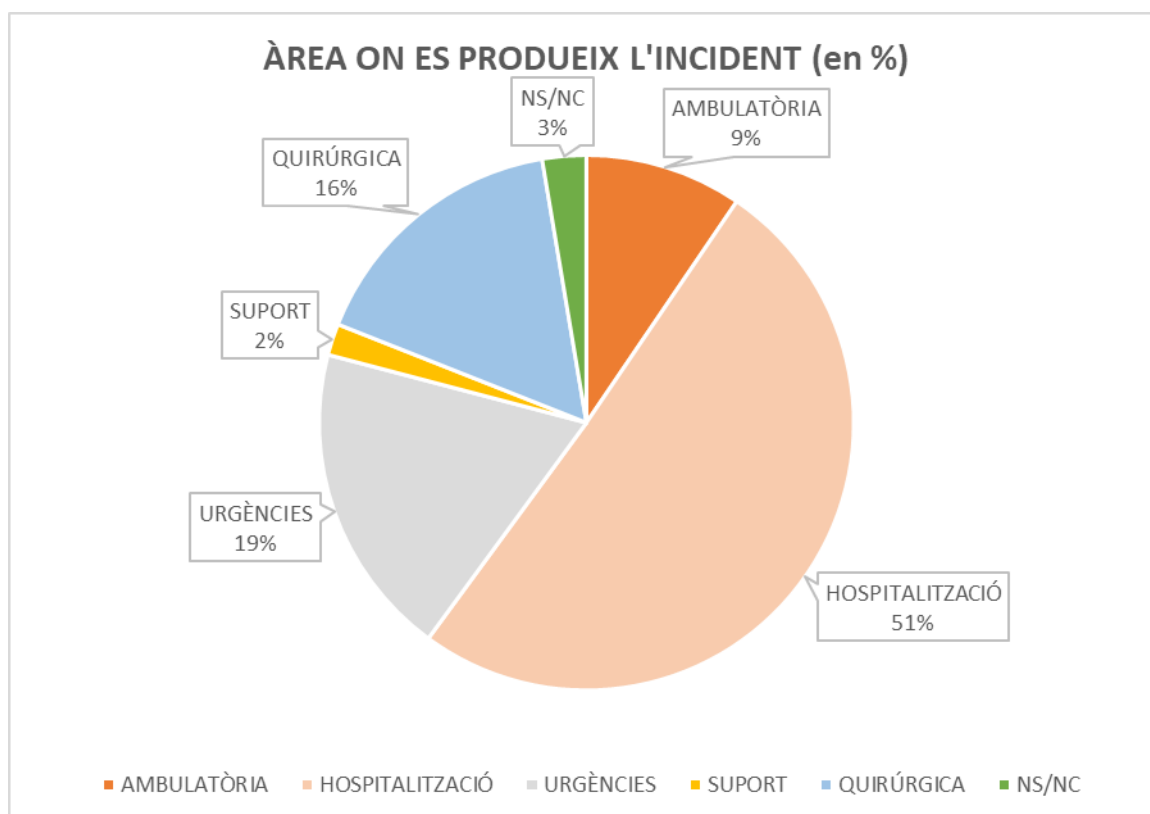
A l'hospital d'aguts el percentatge d'incidents tancats és del 50,95% (134).

Qui notifica?

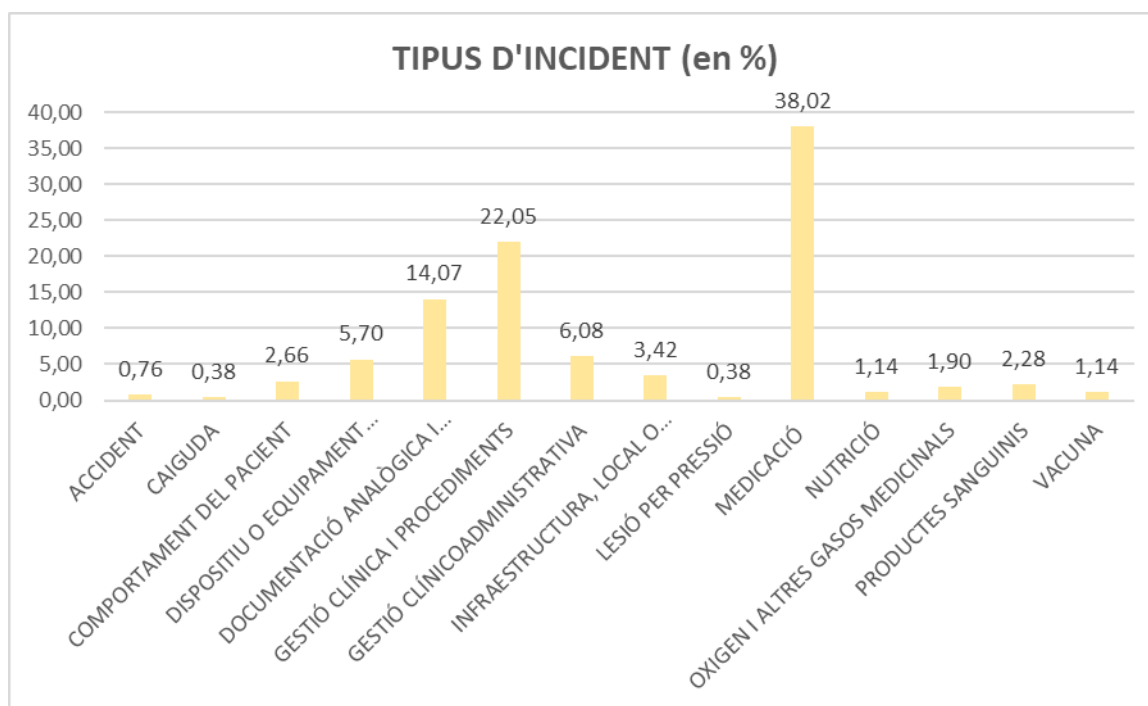
- Per categoria professional:
 - Infermeria: 50,94% (134)
 - Personal administratiu: 14,82% (39)
 - Sense especificar: 11,79% (31)
 - Metges: 8,74% (23)
 - Llevadores: 6,08% (16)
 - Altres: 4,18% (11)
 - Farmàcia: 1,14% (3)
 - TCAI: 1,14% (3)
 - Zelador: 0,76% (2)
 - Tècnic grau superior: 0,38% (1)



- Per àrea assistencial:
 - Hospitalització: 50,57% (133)
 - Urgències: 19,01% (50)
 - Quirúrgica: 16,35% (43)
 - Ambulatoria: 9,50% (25)
 - Sense especificar: 2,65% (7)
 - Àrea de suport: 1,90% (5)

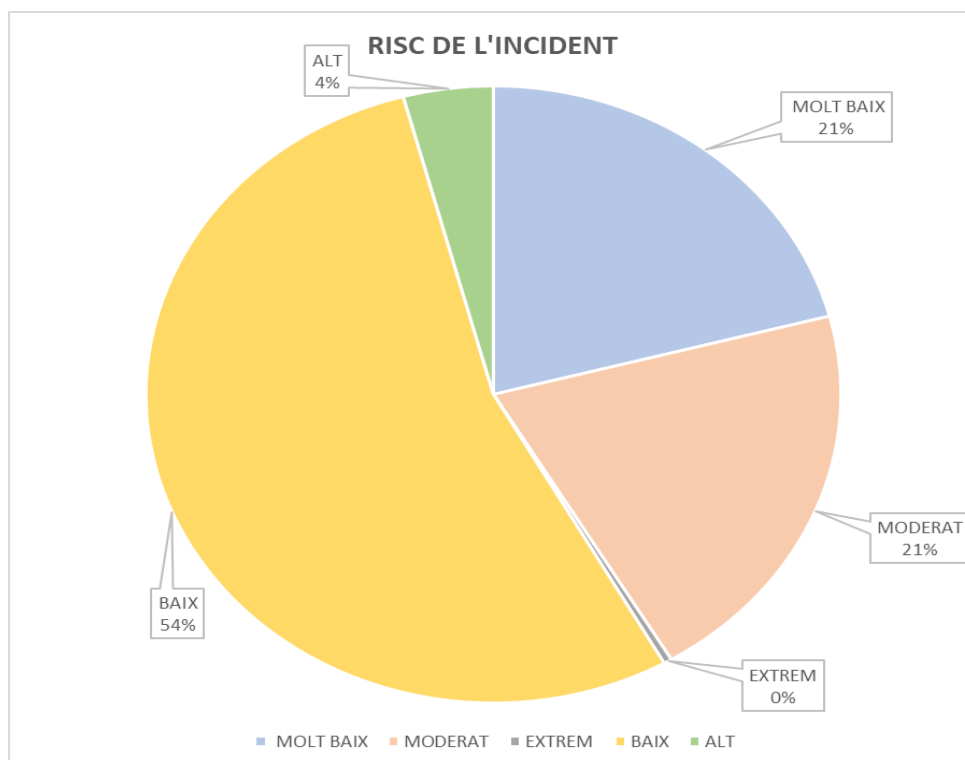


Els errors de medicació són el tipus d'incident més freqüent: 38,02% (100), seguits dels de gestió clínica i de procediments: 22,05% (58) i els de documentació analògica i digital: 14,07% (37).



El risc que ha suposat l'incident és:

- Risc baix: 54,99% (142)
- Risc molt baix: 20,91% (55)
- Risc moderat: 20,53% (54)
- Risc alt: 4,18% (11)
- Risc extrem: 0,38% (1)



Es fa ACR de 6 esdeveniments adversos, dels quals 4 van ser èxits.



D. Objectius subjectes a CPR

Quadre de Comandament de Seguretat del Pacient del Departament de Salut

			Gener-Desembre 2023	
Codi	Nom Indicador	Llindar recomanat	Resultats	
SP 01.1P	Implantació d'un protocol de prevenció i tractament d'úlceres per pressió	100%	100,00%	
SP 01.2P	Valoració del risc d'úlceres per pressió.	95%	Hospitalització: 74,97% UCI: 60% Total: 74,11%	
SP 01.3P	Úlceres per pressió relacionades amb l'atenció sanitària (nosocomials)segons el grau	6-8%	Hospitalització: 0,19% Grau I: 0,01% Grau II: 0,16% Grau III: 0,03% Grau IV: 0%	UCI: 2,99% Grau I: 0,94% Grau II: 2,06% Grau III: 0% Grau IV: 0%
			Total: 0,22%	
SP 02.1P	Valoracions del risc de caigudes	90%	72,49%	
SP 02.2P	Caigudes en pacients hospitalitzats	<2 caigudes per 1000 estades	1,19‰	
SP 02.3P	Caigudes amb lesió en pacients hospitalitzats	<0,6 caigudes amb lesió per 1000 estades	0,41‰	
SP 03.1P	Implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	100%	
SP 03.2P	Grau d'implantació de la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	77,98%	
SP 03.3P	Avaluació de l'aplicació de tots els ítems que inclou la llista de verificació de seguretat quirúrgica	100%	68,86%	
SP 04.1P	Transfusió errònia per identificació inadequada del pacient	0,1	0,0%	
SP 05.1P	Professionals que han realitzat formació sobre higiene de les mans		7,12%	
SP 05.2P	Professionals que han realitzat activitats formatives sobre els 5 moments en HM (utilització de l'eina de l'OMS)		6,78%	
SP 05.3PB	Llits amb preparats de base alcohòlica al punt d'atenció		Hospitalització: 95,32% UCI: 100% Total: 95,73%	
SP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans (Litres/estades)	Hospitalització: >30L per 1000 estades UCI: >80L per 1000 estades	Hospitalització: 13,62 L UCI: 43,82 L Total: 15,25 L	
SP 05.5PA	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment dels 5 moments en higiene de les mans (o d'algun dels 5 moments) segons criteris de l'OMS	60%	Hospitalització: 46,08% UCI: 51,11% Total: 46,85%	
SP 05.5PB	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment en higiene de les mans amb un preparat de base alcohòlica?	60%	Hospitalització: 40,44% UCI: 42,22% Total: 40,71%	



			Gener-Desembre 2023
Codi	Nom Indicador	Llindar recomanat	Resultats
SP 05.5PA	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment dels 5 moments en higiene de les mans (o d'alguns dels 5 moments) segons criteris de l'OMS'	60%	Hospitalització: 46,08% UCI: 51,11% Total: 46,85%
SP 05.5PB	L'hospital ha dut a terme l'observació del compliment en higiene de les mans amb un preparat de base alcohòlica?	60%	Hospitalització: 40,44% UCI: 42,22% Total: 40,71%
SP 05.6P	L'hospital ha realitzat l'autoavaluació en HM segons els criteris de l'OMS	100%	Intermedi
SP 05.7P	L'hospital disposa d'un sistema prospectiu que mesuri la infecció relacionada amb l'atenció sanitària	100%	100%
SP 05.8PA	Pneumònia associada a ventilació mecànica a les UCIs en adults	< 9 episodis per 1.000 dies de ventilació mecànica	0,00%
SP 05.9PA	Existència d'un protocol de profilaxi antibiòtica en intervencions quirúrgiques	100%	100%
SP 06.1AP	Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc	100%	93,75%
SP 06.2PA	Implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%
SP 06.2PB	Grau d'implantació d'un protocol per a la conciliació de la medicació a l'alta dels pacients	100%	100%
SP 06.3PA	Aplicació del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales" durant els dos últims anys	100%	No aplica
SP 06.6P	Desenvolupament d'un programam d'optimització de l'ús d'antibiòtics (PROA)	100%	79,92%
SP 07.1P	Existència d'un protocol per a la identificació inequívoca de pacients	100%	100%
SP 07.2P	Grau de cobertura de la identificació inequívoca de pacients	95%	98,78%
SP 07.3P	Existència d'un protocol per a la identificació activa de pacients en situació de risc	100%	100%
SP 07.4P	Grau d'acompliment de la identificació activa dels pacients en situació de risc.	95%	40,14%
SP 07.5P	Existència d'un protocol d'identificació, presa, maneig i trasllat de proves biològiques	100%	100,00%
SP 10.1P	Existència d'un pla de seguretat i de manteniment	100%	100%
SP 13.1P	Professionals formats en seguretat dels pacients		3,11%
SP 13.2P	Formació en seguretat dels pacients en el programa de formació sanitària especialitzada	100% residents 100% tutors	Pràctica d'higiene de mans: 92,85% Residents 0% Tutors Ús segur de medicació d'alt risc: 92,85% Residents 0% Tutors Conciliació de medicació a l'alta: 92,85% Residents 0% Tutors Aplicació de la LVSQ: 92,85% Residents 0% Tutors Id. Activa dels pacients en situació de risc: 92,85% Residents 0% Tutors Notificació d'incidents/esdeveniments adversos: 92,85% Residents 0% Tutors



			Gener-Desembre 2023
Codi	Nom Indicador	Llindar recomanat	Resultats
SP 14.1P	Queixes i reclamacions sobre aspectes de seguretat dels pacients		0,50%
SP 15.1P	Es garanteix i es fomenta l'accés dels professionals a la formació contínua sobre seguretat dels pacients	100%	0%
SP 16.1P	Sessions formatives per a pacients i familiars en seguretat dels pacients		31
SP 17.1P	Gestió dels incidents / esdeveniments adversos notificats		50,95%
SP 17.2P	Esdeveniments adversos de risc extrem notificats que generen un pla de millora	100%	100%
SP 18.1P	El quadre de comandament de l'hospital inclou indicadors de seguretat dels pacients per avaluar-los, revisar-los i proposar millores	100%	100%
SP 21.1P	L'hospital disposa d'un Pla de seguretat dels pacients	100%	100%
SP 26.1P	Taxa de rebuig d'imatges o de repetició d'imatges		8,82%
SP26.1AP	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en adults	≤ 10% en adults (> 14 anys)	0%
SP 26.2BP	Justificació adequada de les següents proves radiològiques ionitzants: radiologia amb contrast, TC i PET/TC en infants	≤ 5% en població pediàtrica (≤ 14 anys)	0%
SP 26.3P	Consentiment informat en procediments intervencionistes amb risc radiològic elevat	100%	0%



E. Acreditació Hospital de Mataró

Aquest any s'ha dut a terme l'autoavaluació de l'Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya:

Autoavaluació

1.312 Total estàndards	832 Estàndards valorats	0 Estàndards essencials pendents	94.15% Compliment
----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------

Criteris d'avaluació

1. Lideratge Compliment: 100.0% Essencials: 83 de 83 No essencials: 0 de 37	2. Estratègia Compliment: 100.0% Essencials: 23 de 23 No essencials: 0 de 25	3. Persones Compliment: 98.41% Essencials: 63 de 63 No essencials: 0 de 73
4. Aliances i recursos Compliment: 100.0% Essencials: 117 de 117 No essencials: 0 de 114	5. Processos, productes i serveis Compliment: 99.09% Essencials: 346 de 346 No essencials: 0 de 128	6. Resultats en els clients Compliment: 84.21% Essencials: 19 de 19 No essencials: 0 de 11
7. Resultats en les persones Compliment: 52.38% Essencials: 21 de 21 No essencials: 0 de 25	8. Resultats en la societat Compliment: 77.78% Essencials: 18 de 18 No essencials: 0 de 17	9. Resultats clau Compliment: 80.3% Essencials: 142 de 142 No essencials: 0 de 50



F. Certificacions ISO 9001:2015



18. ISO 9001:2015 - UCSI

Es realitza auditoria interna el 21 de juny de 2023, amb les següents No Conformitats:

- Actualització del document seguiment i avaluació de les TC a la UCSI.
- Signatures de metges i infermeria il·legibles.
- Complimentar el check list.

L'auditoria externa de primer seguiment, es va realitzar el 26 de setembre de 2023, sense cap No Conformitat.

Punts forts:

- Valorar positivament l'ordre evidenciat en els espais provisionals de la UCSI. Valorar la separació de cadires i llits i l'existència d'un punt d'infermeria específic.
- Igualment indicar que, malgrat els espais no sempre ajuden, durant l'auditoria s'ha evidenciat circuits de treball clars i plenament operatius, agilitat i cap sensació de tensionament en les dinàmiques de treball.
- Com es habitual valorar positivament l'estabilitat en els resultats assolits dels diferents indicadors assistencials establerts.
- Con es habitual es considera un punt fort la traçabilitat evidenciada de la totalitat del procés UCSI revisats durant l'auditoria.
- Valorar positivament la posada en marxa del programa Pharos, i la interconnexió informàtica que representa, en relació a les sol·licituds mèdiques i programació de pacients. I, més enllà d'això les indicacions de proves prèvies i informació complementària associada.
- Associat a l'anterior, i tal i com es va indicar la passada auditoria, valorar positivament la dinàmica de programació de bloc quirúrgic i especialment la gestió de la llista d'espera evidenciada.

Oportunitats de millora:

- Més enllà del compliment formal de la norma, es considera una oportunitat de millora aprofundir en les dinàmiques associades a la planificació del canvi. Això pot ser especialment rellevant en relació al impacte que les obres de bloc quirúrgic poden tenir en el funcionament de la UCSI.
- Respecte de l'alta dels pacients d'oftalmologia, malgrat els registres aporten informació adequada, es considera una oportunitat de millora que els registres es realitzin en el moment de l'actuació no abans.



- Valorar si en els registres d'inici d'intervenció pot ser important fer la indicació concretar de les persones presents a quiròfan.
- Es considera que es pot millorar la formalitat en el registre de temperatures de la nevera de la UCSI, mentre no es disposa de la connexió on line corresponent.
- Valorar la formalització de l'acollida del nou personal a la unitat i les dinàmiques de treball que implica.
- Respecte de les respostes de les reclamacions, es considera una oportunitat de millora assegurar que les mateixes donen resposta a la reclamació presentada. I, en aquest sentit, es considera que es pot valorar, quan correspongui, la realització d'un cert anàlisi intern en relació a la reclamació.

19. ISO 9001:2015 - FARMÀCIA

Es realitza auditoria interna en diferents dies entre l'octubre i desembre de 2022.

Observacions:

- Validació Farmacèutica de les Prescripcions:
 - En la comissió d'errors és notifiquen molts errors relacionats amb la prescripció mèdica. Molts d'aquests es detecten durant la validació i es corregeixen, d'altres arriben a pacient (ex serumteràpia en pacients que toleren la via oral).
 - Cal millorar la informació relacionada amb les al·lèrgies medicamentoses dels pacients que es visiten amb les al·lèrgiques. Actualment s'apunta al curs clínic i no es visualitzen al HC3.
- Dispensació a pacients hospitalitzats:
 - La medicació de nevera, a vegades, queda dins del carro de dispensació de medicació i no es col·loca a la nevera de la unitat d'hospitalització.
- Informació al pacient a l'alta hospitalària:
 - S'estan fent proves per passar la medicació de la recepta electrònica (un cop ha estat conciliada al alta) al informe d'alta.
- Participació en comissions:
 - Les actes de la comissió de prevenció d'errors de medicació es signen només amb el nom del professional que la redacta.

L'auditoria externa de primer seguiment, es realitzar el 15 de març de 2023, sense cap No Conformitat.



Punts Forts:

- Com es habitual valorar les hores de formació realitzades al llarg de l'any 2022 i la clara orientació operativa de la mateixa, per a tots els estaments.
- Valorar positivament la planificació i la dinàmica de control d'estocs en el magatzem.
- Tal i com ve sent habitual destacar la sistemàtica de compres i els circuits establerts per assegurar la correcta necessitat dels productes.
- Valorar positivament la sistemàtica d'identificació dels caixetins amb medicació de nevera i la mateixa identificació d'aquesta medicació.
- Valorar positivament l'eina SNI SP, i el seguiment realitzat de les incidències vistes durant l'auditoria. I, igualment valorar positivament els anàlisis de causes realitzats.
- Valorar les fitxes de Descripció de Lloc de Treball revisades durant l'auditoria. Les mateixes es consideren molt complertes i clares.

Oportunitats de millora:

- Respecte de la preparació de la medicació, es considera una oportunitat de millora revisar els circuits de la medicació en fred, per minimitzar el temps que la mateixa està en els carros abans del trasllat a les unitats.
- Malgrat el indicador de preparació dels caixetins està clarament sota control, (0,40%) es considera que es pot fer un anàlisis del valor absolut del mateix.
- Continuar potenciant el registre de les conciliacions de medicació per tal de millorar els resultats del indicador.
- Tal i com es va comentar la passada auditoria es considera important revisar les dinàmiques de devolucions de medicació des de planta.
- En aquest sentit, tal i com es va comentar durant l'auditoria, es considera que es pot valorar quanta d'aquesta medicació correspon a medicació "si precisa", quanta correspon a medicació no administrada,...
- Es considera una oportunitat de millora, unificar criteris de treball respecte de la medicació retornada que ha d'estar/mantenir-se a nevera.
- Igualment, es considera una oportunitat de millora valorar que cal fer amb "altres productes" que baixen amb el carro (guants, sèrums glucosats,...).



- Malgrat la dificultat evident, es considera que es pot revisar la sistemàtica de validació de medicació, per minimitzar els efectes dels canvis de medicació prescrita per els metges en relació a la preparació dels carros.
- Malgrat el control que es realitza, tal i com ja s'ha indicat en altres auditories, es considera que els espais d'emmagatzematge al servei de farmàcia són limitats i, malgrat l'ordre establert, no sempre faciliten la separació dels diversos medicaments.
- Igualment, i tal i com s'ha vist durant l'auditoria, es considera que la cambra freda té limitacions d'espai tant per el volum de medicació com per el pas de les persones.
- Respecte del control d'estocs es considera una oportunitat de millora incrementar la freqüència de la seva revisió, per tal de minimitzar els desquadres.
- Es considera que es pot revisar la ubicació de les sondes de les neveres, per minimitzar la variabilitat de la temperatures quan s'obren les portes.
- Respecte de la retirada de medicació durant la nit, tal i com indica el registre plantejat, es considera que caldria indicar la historia del pacient o llit del mateix. I, igualment, es millorable la identificació de la persona que la retira.
- Respecte de la sistemàtica de compres, es considera una oportunitat de millora incorporar als estocs mínims i necessitats de aprovisionament, les corresponents als "centres clients" de manera que es puguin generar fluxos d'entrada-sortida més estables i no afectin al estoc disponible.
- Respecte dels assaigs clínics, es considera una oportunitat de millora avançar, amb els permisos corresponents, amb la destrucció de les medicacions retornades per els pacients.
- Es considera que el pla d'auditoria interna, pot millorar la indicació de quin auditor, de l'equip auditor, audita el procés concret, per acabar d'assegurar la seva independència.
- Es considera que es pot potenciar el registres de incidències/reclamacions no associades a la seguretat de pacient, però si relacionades amb el propi funcionament del servei.
- Igualment es considera que es pot acabar de formalitzar el registre d'accions correctives i, associat al mateix potenciar l'ús de les eines de qualitat com poden ser el 5 perques, Ishikawa (espina de peix),...
- Respecte del procés de jubilació del personal administratiu del servei, es considera una oportunitat de millora assegurar un període mínim per el traspàs del coneixement, per minimitzar-ne l'afectació.



20. ISO 9001:2015 – ANATOMIA PATOLÒGICA I LABORATORI

L'auditoria interna d'anatomia patològica es realitza el 15 de maig de 2023, amb els següents resultats:

Punts forts:

- L'elevat compromís del personal en la majoria del sistema de gestió de la qualitat.

No conformitat major:

- No s'ha participat en el control extern a la data de la present auditoria.
- No s'ha està efectuant un seguiment a les llistes de pendents, de forma que s'asseguri el compliment dels temps de resposta.

No conformitat menor:

- La identificació dels facultatius responsables dels diferents resultats són difícilment localitzables a l'informe clínic.

Es realitza auditoria interna de Laboratori es realitza el 15 de maig de 2023 amb el següent resultat:

Punts forts:

- L'elevat compromís del personal en la majoria del sistema de gestió de la qualitat.

No Conformitat:

- El laboratori ha rebut una reclamació respecte a comunicació de resultats crítics, causada per la falta d'accés de l'equip de facultatius al sistema, la seva solució no ha estat resolta a data de la present auditoria.

Observacions:

- Es detecten equips com neveres (NB08 y NB02) i sondes de temperatura que no passen per manteniment desde el 202, establertes de manera anual.
- Es detecta errors en la codificació interna de 2 pipetes PURG11 y PRUG12 per PBQ11 i PBQ12 respectivament.
- No es registren incidències de control de la qualitat pel que abans de refusar de controls i repeticions no es poden investigar la causa.

L'auditoria externa del Laboratori de Referència de Catalunya, en el que estan inclosos el servei d'Anatomia Patològica i de Laboratori del CSdM, es realitzar del 17 d'octubre de 2023 al 6 de novembre de 2023. Ens fixem en el resultat del CSdM on han auditat el 17 d'octubre de 2023, i amb un resultat d'1 No Conformitat Menor.



No Conformitat menor:

- En contra del establert en el sistema, el termòmetre: Jumbo Refrigerator/Freezer 210708587. Es troba fora del plaç de verificació (17d'agost de 2021 – 17 d'agost de 2023)



G. Qualitat i Seguretat Atenció Primària

1. Quadre de comandament de Seguretat del Pacient

En el 2023 s'ha facilitat al Departament de Salut els resultats dels objectius de Seguretat del pacient d'Atenció Primària

			MATARÓ 2	MATARÓ 4	ARGENTONA
1. Pla de formació continua	SP AP 01.1P	Professionals formats en reanimació cardiopulmonar (RCP) bàsica			
		Nombre de professionals formats en RCP bàsica	2	3	0
		Nombre total de professionals del centre	47	57	56
	SP AP 01.2P	Professionals formats en seguretat dels pacients			
		Nombre de professionals sanitaris i no sanitaris que han rebut formació en seguretat dels pacients	2	7	1
		Nombre total de professionals sanitaris i no sanitaris al centre durant el període avaluat	47	57	56
	SP.AP.03P	Professionals de nova incorporació que han realitzat l'acollida			
		Nombre de professionals de nova incorporació a l'EAP que han fet l'acollida	3	6	10
		Nombre total de professionals de nova incorporació	47	6	10
	SP.AP.04P	Professionals que han realitzat formació en codi IAM			
		Nombre de professionals que s'han format en codi IAM	0	0	0
		Nombre total de professionals del centre	47	57	56
	SP.AP.05P	Professionals que han realitzat formació en codi ictus			
		Nombre de professionals que s'han format en codi ICTUS	0	0	0
		Nombre total de professionals del centre	47	57	56
	SP AP 02.2P	Existència de la guia farmacoterapèutica vigent i que ha d'estar a l'abast dels professionals			
		Hi ha un document normalitzat (nom oficial del document; data de l'elaboració o última actualització; institució responsable; procés de revisió i actualització del document del centre; etc.) validat per la Direcció del centre?	si	si	si
		Hi ha un sistema que avaluï la implantació d'aquest document normalitzat?	si	si	si
		En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)	29/12/2023	29/12/2023	29/12/2023
	SP AP 02.3P	Revisió de la medicació en pacients polimedicats			
		Pacients polimedicats amb revisió de la medicació	398	740	454
		Total de pacients polimedicats	398	740	454
	SP AP 02.4P	Absència de medicaments caducats			
		si	si	si	si
	SP AP 02.5P	Existència d'un registre efectiu de control diari i manteniment de la temperatura de les neveres			
	SP AP 02.6P	Existència d'un protocol de seguretat per a la medicació d'alt risc en pacients crònics (MARC)			
		Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre?	si	si	si
		Hi ha un sistema que n'avaluï la implementació (que inclogui indicadors d'avaluació)?	si	si	si
		En cas afirmatiu indiqueu la darrera data de l'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	20/11/2023	21/11/2023	15/11/2023
	SP AP 03.1P	Revisions del carretó d'aturada segons el procediment del centre			
3. Gestió de material		Nombre de revisions del carretó d'aturada realitzades segons el procediment del centre	12	12	12
		Nombre total de revisions del carretó d'aturada previstes	12	12	12
	SP AP 03.2P	Absència de material fungible caducat			
		si	si	si	si
	SP AP 03.3P	Anàlisi de les incidències dels serveis de laboratori de referència			
		Nombre d'incidències dels serveis de laboratori de referència analitzats	642	738	821
		Nombre total d'incidències dels serveis de laboratori de referència detectats	642	738	821
	SP AP 04.1P	Notificació d'incidents, esdeveniments de salut sentinella i errors de medicació			
		Nombre de notificacions d'incidents al TPSC Cloud	2	2	3
		Nombre d'esdeveniments sentinella notificats al TPSC Cloud	0	0	0
4. Control i seguiment dels sistemes de registre d'esdeveniments adversos i dels sistemes d'informació		Nombre d'errors de medicació notificats al TPSC Cloud	0	0	0
		Població assignada atesa	14.754	18.142	17.744
	SP AP 05.1P	Control biològic de l'esterilització			
		Nombre de controls d'espores	24	45	44
		Nombre de sessions d'autoclau realitzades	267	440	150
5. Prevenció i control de la infecció	SP AP 05.2P	Consultes/àrees i sales amb dispensadors de solució alcohòlica			
		Nombre de consultes, àrees i sales amb dispensadors de solució alcohòlica	22	39	36
		Nombre total de consultes al centre, àrees i sales al centre	22	39	41
	SP AP 05.3P	Professionals sanitaris que han fet formació sobre "higiene de mans" (HM)			
		Nombre de professionals sanitaris formats en HM	1	2	1
		Nombre total de professionals sanitaris del centre	39	57	32
	SP AP 05.4P	Consum de preparats de base alcohòlica per a la higiene de les mans			
		Nombre de litres de preparat de base alcohòlica (PBA) entregats a l'EAP	42,75	19	12
		Nombre de visites de pacients realitzades l'any avaluat	78.126	126.632	82.656
	SP AP 06.1P	Existència d'un pla de seguretat dels pacients NOU			
6. Desenvolupament de l'estratègia i del pla de seguretat dels pacients		Hi ha un document normalitzat i validat per la Direcció del centre?	si	si	si
		Hi ha un sistema que n'avaluï la implementació (que inclogui indicadors d'avaluació)?	si	si	si
		En cas afirmatiu indiqueu la darrera data d'avaluació realitzada (dd/mm/aaaa)?	20/07/2023	20/07/2023	20/07/2023



2. Millorar la qualitat del registre de diagnòstics al ECAP

	ABS MATARÓ CENTRE				ABS CIRERA MOLINS				ABS ARGENTONA			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2023	2022			2023	2022			2023	2022		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	93,26	92,75	0,51	0,55%	94,88	93,05	1,83	1,97%	93,79	91,91	1,88	2,05%
Adequació diagnòstica de la HTA	44,12	39,71	4,41	11,11%	51,6	32,63	18,97	58,14%	81,33	33,16	48,17	145,27%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	45	44,66	0,34	0,76%	45,7	37,61	8,09	21,51%	80,98	46,72	34,26	73,33%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,84	50,08	0,76	1,52%	39,4	36,42	2,98	8,18%	51,39	35,29	16,1	45,62%
Adequació diagnòstica obesitat	81,16	77,49	3,67	4,74%	90,98	67,73	23,25	34,33%	94,32	70,85	23,47	33,13%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	35,83	31,1	4,73	15,21%	37,1	12,7	24,4	192,13%	46,47	13,54	32,93	243,21%

ANÀLISI PER EAP:

ABS MATARÓ CENTRE:

1. Estable l'EQD de DM2, malaltia respiratòria hipercolesterolèmia.
2. Millora l'EDQ en HTA, malaltia cardiovascular i en obesitat.

	ABS MATARÓ CENTRE			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2023	2022		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	93,26	92,75	0,51	0,55%
Adequació diagnòstica de la HTA	44,12	39,71	4,41	11,11%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	45	44,66	0,34	0,76%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	50,84	50,08	0,76	1,52%
Adequació diagnòstica obesitat	81,16	77,49	3,67	4,74%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	35,83	31,1	4,73	15,21%

ABS CIRERA MOLINS:

1. Estable l'EDQ en DM2, malaltia respiratòria.
2. Millora l'EDQ en HTA, hipercolesterolèmia, obesitat i malaltia cardiovascular.

	ABS CIRERA MOLINS			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2023	2022		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	94,88	93,05	1,83	1,97%
Adequació diagnòstica de la HTA	51,6	32,63	18,97	58,14%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	45,7	37,61	8,09	21,51%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	39,4	36,42	2,98	8,18%
Adequació diagnòstica obesitat	90,98	67,73	23,25	34,33%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	37,1	12,7	24,4	192,13%



ABS ARGENTONA:

1. Estable l'EDQ en DM2.
2. Millora l'EDQ en HTA, hipercolesterolèmia, malaltia respiratòria, obesitat i malaltia cardiovascular.

	ABS ARGENTONA			
	Resolució (%)		Diferència	Increment (%)
	2023	2022		
Qualitat del diagnòstic de la DM2	93,79	91,91	1,88	2,05%
Adequació diagnòstica de la HTA	81,33	33,16	48,17	145,27%
Adequació diagnòstica Hipercolesterolèmia	80,98	46,72	34,26	73,33%
Adequació diagnòstica de la malaltia respiratòria	51,39	35,29	16,1	45,62%
Adequació diagnòstica obesitat	94,32	70,85	23,47	33,13%
Adequació diagnòstica de la malaltia cardiovascular	46,47	13,54	32,93	243,21%