



# Qualitat MAR

## INFORME DE QUALITAT 2021

Programa de Qualitat  
Setembre 2022





Millora de  
la seguretat  
i qualitat  
assistencial



## ÍNDEX

ÍNDEX .....	2
RESUM .....	3
SEGUIMENT OBJECTIUS 2021-2022 .....	4
VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2021) .....	6
PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT ( <i>PROJECTES ESTRELLA</i> ) .....	15
NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS .....	17
SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (Acreditació i ISO) .....	19
COMISSIÓ DE QUALITAT 2022.....	20

## RESUM

L'any 2021 ens hem hagut d'adaptar a les successives onades de COVID-19, continuant amb la vigilància i mesures de control i contenció de la pandèmia. El Programa de Qualitat s'ha adaptat també a aquesta realitat, continuant amb el pla de treball previst per contribuir al manteniment de la qualitat assistencial desitjada.

D'entre les activitats portades a terme, volem destacar:

- **S'ha definit i desenvolupat el projecte de renovació del Gestor Documental.** L'eina ja s'ha desenvolupat i pilotat i s'ha redactat la guia d'ús i funcionament. Al 2022 s'ha iniciat el procés de validació i es realitzarà la migració de protocols de l'antic entorn a la nova eina.
- **S'ha concretat el treball de la nova Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica,** amb la formulació d'objectius i pla de treball, treballant actualment per la millora del descans nocturn, per avaluar l'estat d'ànim dels pacients de la unitat d'ictus i per millorar l'adequació del tractament antiagregant a urgències i de l'ús de les benzodiazepines.
- **S'ha iniciat el projecte per implicar al pacient en la cultura de seguretat del PSMAR.** S'ha realitzat un estudi qualitatiu per avaluar les percepcions, actituds i experiències de pacients ingressats en relació a la seguretat assistencial i les seves propostes d'implicació. Aquesta informació s'està utilitzant per dissenyar la campanya d'implicació del pacient en la seguretat assistencial.
- S'han creat i/o revisat protocols transversals entre els que destaquem el protocol d'anticoagulació i el protocol de prevenció i detecció de la disfàgia orofaríngea.
- S'ha treballat en la millora de la continuïtat assistencial facilitant la transició entre nivells assistencials (PREALT).
- S'han mantingut les ISO existents i **s'ha ampliat l'abast de la certificació ISO 9001:2015 del servei de Patologia** en les àrees de Citologia Hematològica i Immunologia.
- S'ha analitzat l'impacte del primer any de COVID-19 sobre indicadors de qualitat en els pacients amb ingrés urgent per malalties no relacionades amb la COVID-19. S'ha observat que els pacients van ingressar en una condició més severa. Tanmateix, no hi va haver un increment de la mortalitat respecte als anys anteriors. Els resultats han estat publicats al Journal of Clinical Medicine.

## SEGUIMENT OBJECTIUS 2021-2022

La Comissió de Qualitat va aprovar i elevar al Consell de Direcció els següents objectius de qualitat pel bienni 2021-22.

### Potenciar el treball de la Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica

Donar suport al desenvolupament i avaluació dels objectius de la Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica:

- S'ha realitzat una prova pilot amb una enquesta per conèixer el grau de satisfacció del descans nocturn i s'ha aconseguit un 60% d'aprovació. Es realitzarà una enquesta de prevalença més representativa del PSMAR.
- S'ha avaluat l'adequació de l'ús de doble antiagregació en pacients d'urgències amb dolor toràcic amb resultats positius que mostren una adequació de més del 80%.
- S'ha iniciat la revisió de l'ús de benzodiazepines i medicaments similars en pacients geriàtrics, amb criteris de contenció i/o maneig del deliri.
- S'ha publicat l'article amb l'adaptació transcultural de l'escala per avaluar l'estat d'ànim del pacient que ja s'utilitza en la unitat d'ictus de l'hospital. Es forma part del projecte del Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori per implementar l'escala i dissenyar una intervenció estàndard.

### Implicar al pacient en la cultura de seguretat del PSMAR

- S'ha fet una revisió bibliogràfica i s'ha dissenyat i realitzat un estudi qualitatiu, fent entrevistes individualitzades a pacients hospitalitzats, de diferents edats i orígens.
- S'han fet les transcripcions de les entrevistes i les anàlisi de continguts, resumint el concepte de seguretat per part dels pacients, identificant les àrees més insegures pels pacients i les seves propostes d'intervencions.
- S'han presentat els resultats als pacients del Fòrum de pacients, mitjançant la realització d'un grup focal, per discutir els resultats de les entrevistes amb els pacients hospitalitzats.
- A partir dels resultats de l'estudi qualitatiu i l'evidència bibliogràfica s'està dissenyant la proposta d'intervencions per implicar al pacient en la cultura de la seguretat.

### Problemes relacionats amb la medicació: revisar i actualitzar un protocol transversal d'anticoagulació

- S'ha creat un grup de treball amb professionals d'Hematologia, Farmàcia, Banc de Sang i Epidemiologia.
- S'ha revisat i actualitzat el protocol d'anticoagulació. Es preveu crear materials pràctics per fer-lo més accessible (taules resum, algorismes, etc.).
- S'han sol·licitat a informàtica diverses propostes d'ajuda per la prescripció (identificació de duplicitats, dosis comunes, alerta finalització pautes, etc.).
- S'han realitzat sessions de maneig d'anticoagulants a serveis clínics mèdics i quirúrgics basades en casos pràctics (per exemple a Urgències, Digestologia, Medicina Interna, Cirurgia General i previstes a COT, Neurocirurgia i Farmàcia).
- S'ha iniciat el procés per constituir el Comitè de Malaltia Tromboembòlica, un nou comitè assistencial transversal orientat a la millora de la coordinació i harmonització de la informació relacionada amb el maneig de pacients anticoagulats.

### **Millorar la continuïtat assistencial facilitant la transició entre nivells assistencials (PREALT)**

- S'ha realitzat una sessió/debat per conèixer estat del PREALT, amb representants del Departament de Salut, d'Atenció Primària i del PSMAR.
- S'ha realitzat un estudi dels diferents circuits PREALT existents en el PSMAR i de l'impacte de l'implementació del nou Model PREALT.
- S'ha revisat i s'han fet canvis en l'informe d'alta d'infermeria segons els nous requeriments.
- S'està implementant la missatgeria IS3 i HC3 i el Pla d'adopció PREALT.
- S'han definit circuits i homogeneïtzat procediments.
- S'han definit les alarmes informàtiques en els diferents dispositius.

### **Renovar el Gestor Documental**

- S'ha definit l'abast del projecte en coordinació amb Informàtica, Control de Gestió i la Direcció d'Innovació.
- S'ha presentat i aprovat el projecte a la Comissió de Gestió i Validació de Dades, i el pressupost ha estat aprovat per gerència.
- S'ha definit un pla d'implementació i iniciat el projecte de disseny i d'implementació amb l'empresa Monlau.
- S'ha iniciat la implementació informàtica en l'entorn de Sharepoint del PSMAR. S'ha creat el sistema del Gestor Documental PSMAR, incloent la biblioteca de documents i una interfície per la pujada de fitxers, i la definició de les metadades. Actualment s'està fent una prova pilot de la pujada de protocols.
- El Departament de Comunicació s'ha incorporat a l'equip, amb l'objectiu de concretar l'usabilitat del gestor documental per part dels professionals i definir la interfície des d'on s'hi accedirà.
- S'ha establert un pla de treball per iniciar la migració dels actuals protocols al nou gestor documental, contemplant la validació i revisió dels actuals documents per part de tots els serveis mèdics i d'infermeria.

## VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2021)

### Impacte de la COVID-19 en els indicadors de qualitat

Malgrat les onades successives de COVID-19 que hem tingut durant l'any 2021, la majoria d'indicadors que havien empitjorat amb l'arribada de la COVID-19 s'han recuperat. No obstant, cal seguir amb la línia de treball per reforçar la prevenció de caigudes i les úlceres per pressió, especialment en l'àmbit sociosanitari, també per recuperar la correcta higiene de mans, afectada per l'ús d'equips de protecció individual (EPIs) i analitzar l'impacte de les successives onades COVID en altres indicadors.

### Avaluació del dolor

Avaluació del dolor (Aguts)	Valor dels indicadors		
	2019	2020	2021
Avaluació sistemàtica del dolor (%)	93,3%	88,1%	90,8%
Pacients amb dolor [EVA>3] més de dues vegades seguides (%)	5,9%	5,5%	5,3%

Es recupera el descens en el percentatge de pacients en què s'avalua el dolor almenys un cop cada torn. Per altra banda, es redueix per quart any consecutiu el percentatge de pacients que, durant la seva estada, hagin tingut una intensitat del dolor superior a 3 en l'Escala Visual Analògica (EVA) més de dues vegades seguides. El control del dolor es va seguir incloent el 2021 com a objectiu DPO en 9 unitats de gestió DPO, que el mantindran com a objectiu pel 2022.

### Queixes, reclamacions, agraïments i satisfacció

Queixes, reclamacions i agraïments	Valor dels indicadors		
	2019	2020	2021
Reclamacions per 1000 actes			
Urgències (contactes)	2,1	1,9	2,3
Hospitalització (altes)	6,2	7,2	7,7
Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia)	4,5	3,6	3,7
Agraïments	672	495	394

El nombre de reclamacions per activitat ha augmentat en les tres àrees l'any 2021. El nombre d'agraïments ha disminuït. La percepció de les famílies sobre la qualitat de l'assistència s'ha vist condicionada per les restriccions en les visites als pacients i per la limitació en la relació amb els professionals. Per aquest motiu, l'agost del 2021 es va crear un *call center* de reforç de la informació clínica a les famílies de pacients ingressats.

L'any 2021 el Departament de Salut va reprendre el Pla d'Enquestes de Satisfacció (PLAENSA), realitzant enquestes a usuaris del PSMAR de l'àrea d'hospitalització d'aguts (Hospital de l'Esperança i Hospital del Mar). La darrera enquesta sobre hospitalització a Catalunya s'havia fet l'any 2018.

En general, els resultat del PSMAR són millors que el global de Catalunya, excepte en confort i espais. Respecte als ítems de confort i espais, tot i que hi ha una millora rellevant respecte el 2018, segueix havent marge de millora en els ítems sobre el menjar (64.5% de respostes positives) i la tranquil·litat per dormir a la nit (76.9%). Aquest últim aspecte és rellevant, atesa la millora que hi ha hagut, en general, a tots els centres del SISCAT durant aquest període. També cal destacar la millora en la valoració de la comoditat de l'habitació, que passa del 69,6% de respostes positives al 2018 al 94.9% al 2021. Per altra banda, destacar que la Comissió d'Adequació de la Pràctica Clínica està treballant en la millora del descans nocturn.

A nivell general, la satisfacció està ben puntuada, amb 8.65 punts, el que suposa una millora respecte el 2018 i un valor superior al global de Catalunya (8.53). Per altra banda, l'indicador de fidelitat millora del 86.3% dels pacients que tornarien a venir del 2018, fins al 93.7% del 2021, el que representa un nivell més alt que el global de Catalunya (que és el 89.6%).

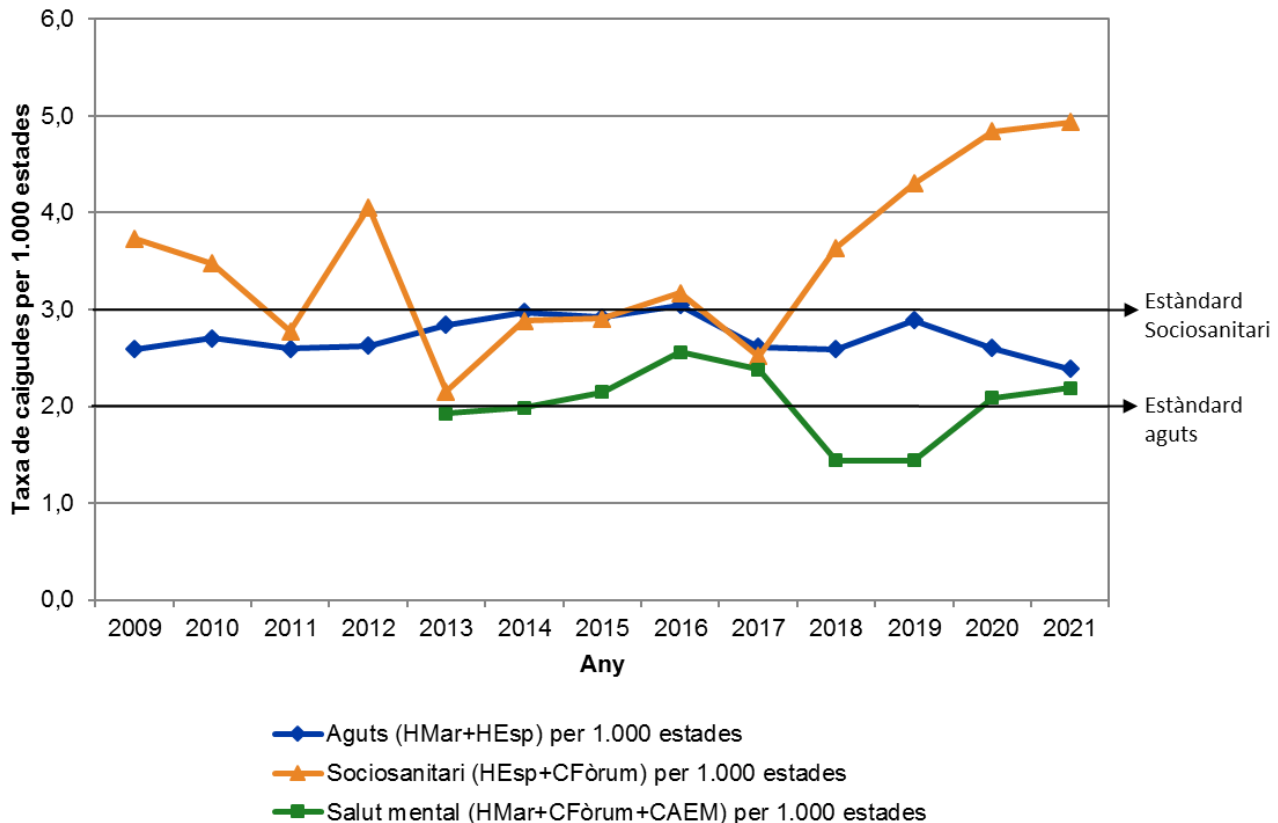
## Caigudes intrahospitalàries

Caigudes intrahospitalàries*	Valor dels indicadors		
	2019	2020	2021
Aguts HMAR i HESP	2,89	2,60	2,38
Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM	1,44	2,09	2,19
Sociosanitari CFòrum	4,30	4,84	4,94

\*: Taxa de caigudes per 1.000 estades



### Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2021



L'evolució mostra que en l'any 2021 la taxa de caigudes ha empitjorat en l'àmbit sociosanitari, seguint per sobre del lílindar del 3 caigudes per 1.000 estades que proposa l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya. Per aguts, tot i que segueix la tendència a la baixa, la taxa segueix per sobre de l'estàndard de 2 caigudes per 1.000 estades que marca el Departament de Salut, així com la taxa per salut mental.

A finals del 2019 es va crear un grup de seguiment de caigudes amb l'objectiu de posar en marxa accions de millora, que durant l'any 2021 s'ha reunit en dues ocasions. S'ha seguit amb el seguiment prospectiu de les caigudes, en contacte amb les caps d'unitat per reforçar la prevenció. Concretament, a la unitat de Cardiologia i Pneumologia, es va iniciar una estratègia dirigida a identificar de forma més específica els pacients amb més risc de caigudes per focalitzar millor les accions preventives. També es va fer accessible el vídeo sobre prevenció de caigudes dirigit a pacients i familiars: als centres d'aguts es van posar vinils amb un codi QR per accedir a la visualització i als Centres Fòrum i CAEM es van distribuir infografies amb un resum del contingut del vídeo.

Durant el tercer trimestre del 2021 es va fer una anàlisi de la informació procedent del registre de caigudes, per tal de valorar-ne la qualitat i plantejar una possible modificació. Es varen observar faltes de concordança entre preguntes similars i gairebé cap registre complet al 100%. Alguns professionals varen opinar que era llarg i carregós, el que suggereix que una revisió i actualització és necessària, juntament amb una revisió del protocol de prevenció.

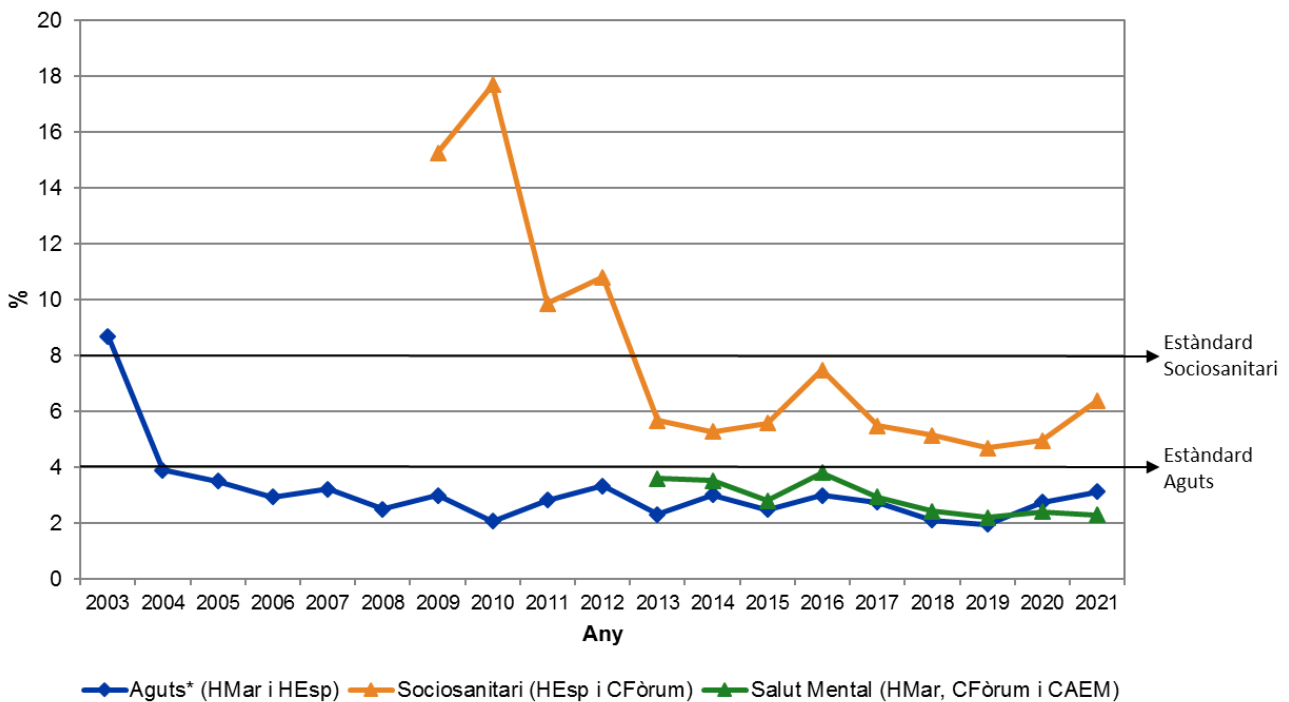


## Úlceres per pressió intrahospitalàries

Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries*	Valor dels indicadors		
	2019	2020	2021
Aguts HMAR i HESP	1,97	2,75	3,13
Salut mental HMAR, CFòrum i CAEM	2,21	2,41	2,31
Sociosanitari CFòrum	4,70	4,97	6,39

\*: Per 100 altes de més de 48 hores

## Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2021



Les taxes de pacients amb úlceres per pressió (UPP) d'origen intrahospitalari, també s'han vist afectades per la situació dels centres degut a la COVID-19 i, malgrat el 2020 trenquen la tendència a la baixa observada en els darrers anys i el 2021 segueixen augmentant en aguts i sociosanitari especialment, es mantenen per sota dels estàndards que marca el Departament de Salut: entre 3-6% en aguts i 8% en sociosanitari.

Les úlceres per pressió són també un dels ítems pels quals es fa un seguiment específic del pacient per part de les Caps d'Unitat d'infermeria. La millora en l'atenció i la prevenció de les úlceres per pressió a l'àmbit d'aguts té una repercussió directa en l'estat en què arriben al sociosanitari aquells pacients que són traslladats d'un àmbit a l'altre.

## Infecció nosocomial

Infecció nosocomial	Valor dels indicadors		
	2019	2020	2021
Bacterièmies nosocomials associades a catèter (densitat d'incidència per 1.000 estades)			
Aguts (HMar i HEsp)	0,41		0,37
Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades)			
SARM/MRSA			
Aguts (HMar i HEsp)	0,28	0,34	0,36
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,30	0,19	0,20
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,86	0,63	0,49
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,15	0,19	0,09
<i>Klebsiella pneumoniae</i> multiresistent			
Aguts (HMar i HEsp)	0,88	0,91	0,63
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	0,21	0,13	0,22
Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies)			
Artroplàstia primària de genoll	0,94	0,00	0,00
Artroplàstia primària de maluc	2,54	4,76	2,00
Cirurgia colorectal programada	10,08	7,53	9,38
Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció)			
Aguts (HMar i HEsp)	76,7	60,2	55,4
Sociosanitari (HEsp i Centre Fòrum)	59,7	68,3	87,2

Els indicadors d'infecció nosocomial es mostren segons àmbit. En l'àmbit d'aguts s'observa una disminució de la densitat d'incidència de *Pseudomonas aeruginosa* i de *Klebsiella pneumoniae* multiresistents, mentre que la incidència de *Staphylococcus aureus* multiresistent es manté en els nivells del 2020. Tanmateix, en l'àmbit sociosanitari la densitat d'incidència de *Klebsiella pneumoniae* torna als nivells del 2019, es manté la d'*Staphylococcus aureus* multiresistent i disminueix la densitat d'incidència de *Pseudomonas aeruginosa*. Per altra banda, es segueix fent un seguiment dels nous mecanismes de resistència (OXA-48, VIM, NDM i KPC). El Programa d'optimització antibiòtica (PROA) per la resistència dels microorganismes és actualment un objectiu obligatori del Programa VINCAT i una DPO al PSMAR. La resistència als antibiòtics és actualment un problema molt rellevant i una prioritat d'actuació a molts nivells. El PSMAR està implicat també en diferents projectes amb del Departament de Salut, el Ministeri de Sanitat i la Unió Europea.

La taxa d'infecció en ferida quirúrgica es manté a zero en les artroplàsties de genoll, tanmateix, la cirurgia colorectal empitjora els resultats respecte el 2020 i se situa en una taxa del 7,3% per colon i 15,6% en recte (valors VINCAT informe 2021: colon 6% i recte 14,2%). La taxa d'infecció de les artroplàsties de maluc, que havia augmentat de manera important al 2020, malgrat que s'havia implantat el paquet (bundle) de mesures proposades pel PREVINC-CAT (no esquilat de la zona quirúrgica i formació en higiene de mans) i mesures específiques (canvi d'antibiòtics i no col·locació de drenatge o, si no és possible, inserir-lo el més allunyat possible de la incisió quirúrgica), mostra una reducció, tot i que es manté per sobre de l'estàndard (1,6% valor VINCAT informe 2021).

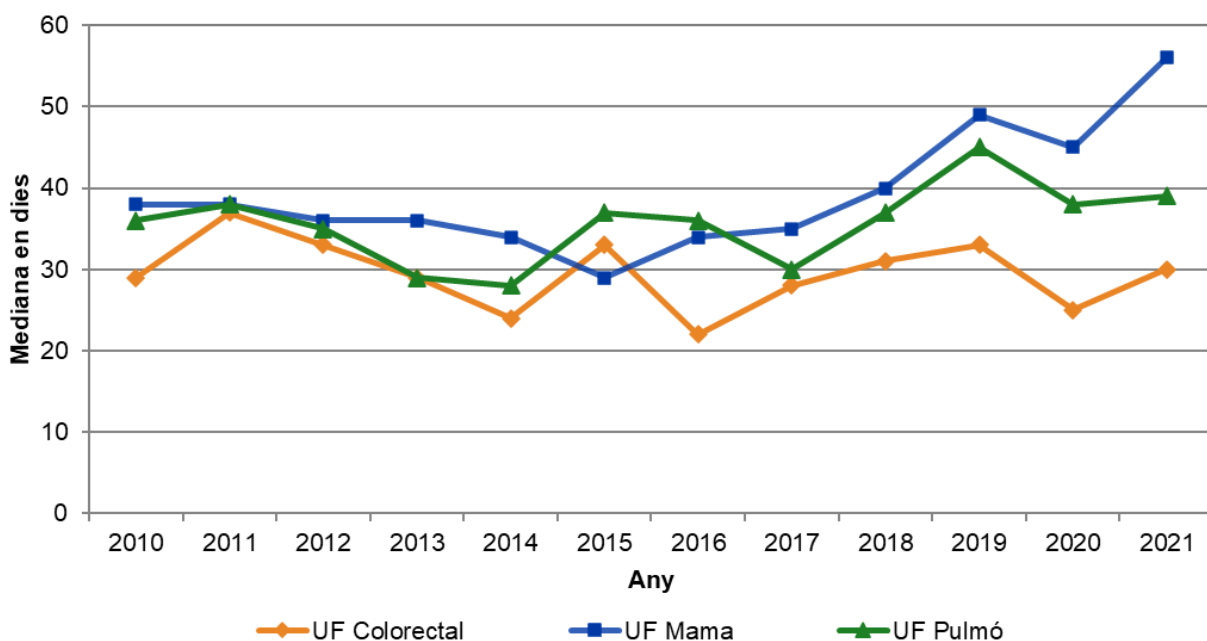
El nombre d'observacions d'higiene de mans també s'ha vist afectat per la pandèmia de la COVID-19 durant el 2021. Segons el criteri d'avaluació que estableix la OMS (5 moments), el compliment de la higiene de mans

és del 55,4% en aguts, mentre que en l'àmbit sociosanitari augmenta fins el 87,2%. Aquesta devallada en l'àmbit d'aguts ha estat deguda a l'ús elevat de guants amb els equips de protecció individual (EPIs) durant la pandèmia, fet que no ha ajudat a millorar el compliment de la higiene de mans.

Tot i que estem reconeguts com a centre d'excel·lència a nivell europeu des del 2015, en la post-pandèmia cal iniciar noves estratègies en la higiene de mans com a eina clau de prevenció de la infecció.

## Intervals de temps en l'atenció del càncer

Interval entre primera consulta i tractament, 2010-2021

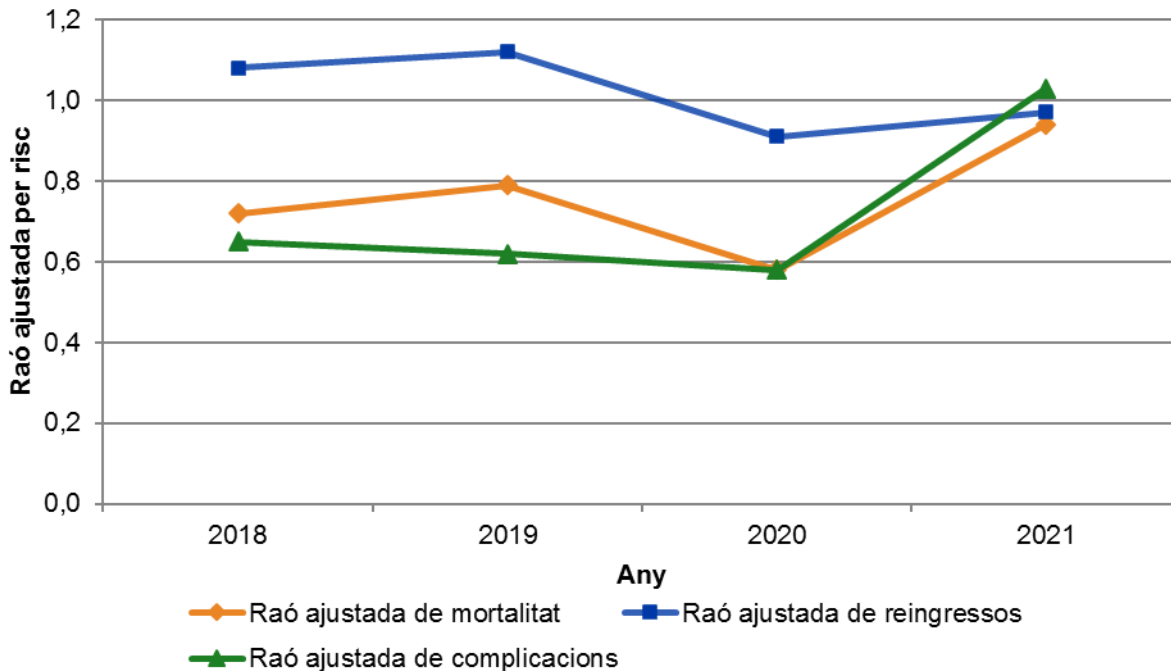


UF: Unitat Funcional

L'atenció oncològica ha estat prioritzada durant el temps de pandèmia. Malgrat això, s'observa un increment en l'interval entre primera consulta i tractament dels càncers de mama i colorectal. L'augment en l'interval s'atribueix, en part, a la represa de l'activitat dels programes de cribratge, amb un notable increment de la programació per a recuperar l'aturada del 2020. No obstant, altres factors relacionats amb les programacions de proves complementàries i la disponibilitat de quiròfans hi poden haver influït. S'està treballant per poder disminuir l'interval.

## Mortalitat, Reingressos i Complicacions

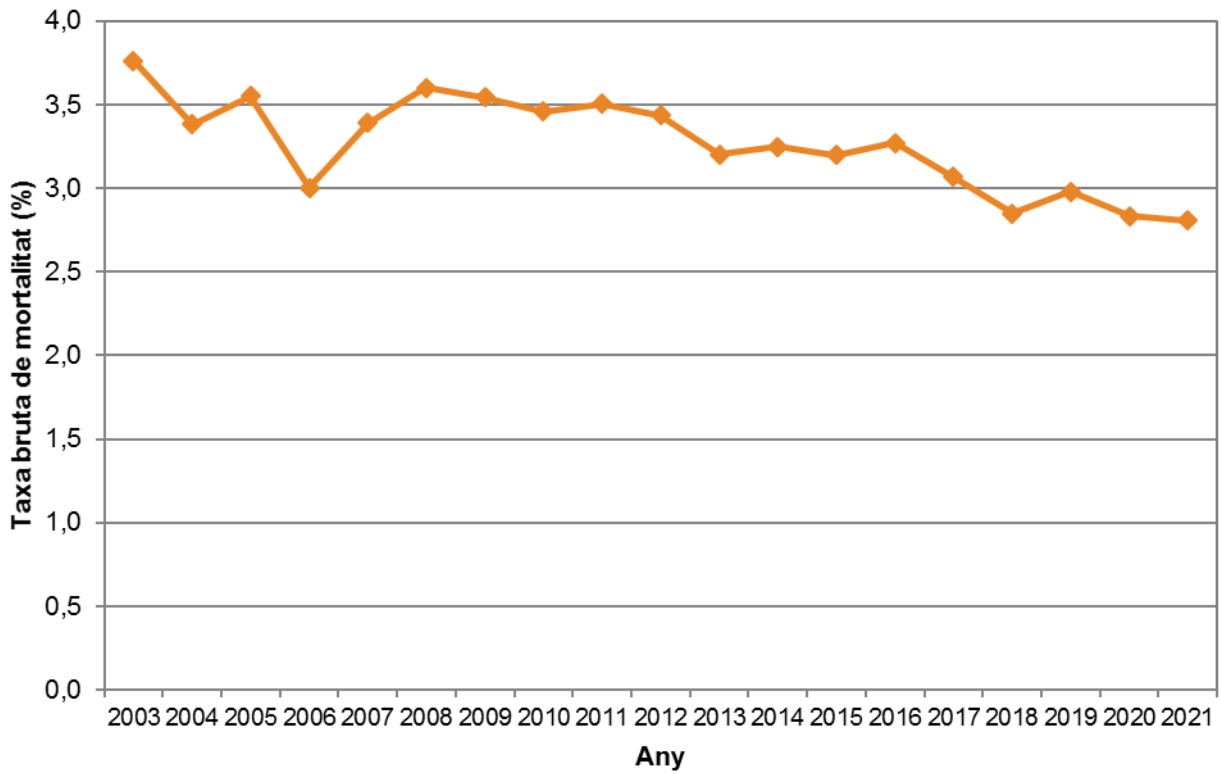
Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2021



El gràfic mostra una anàlisi conjunta i l'evolució de les raons ajustades per risc obtingudes de l'aplicació *Benchmarking Sanitario 3.0* (BS3) que, al PSMAR, substitueix *IAmetrics* des del 2019. Els indicadors es calculen sobre el CMBD del PSMAR i s'ha reconstruït la sèrie des del 2018, any en què es comença a codificar amb la versió 10 de la Classificació Internacional de Malalties (CIE10), per tal que els indicadors relatius siguin comparables. L'any 2021 les tres raons ajustades per risc de mortalitat, reingressos i complicacions es situen al voltant de l'1, el que representa un indicador similar al de la norma de comparació. Tanmateix, en els tres casos s'observa un empitjorament respecte els anys anteriors.

En aquests sentit, es va analitzar l'impacte del primer any de COVID-19 en aquests indicadors de qualitat en pacients amb ingrés urgent per motius no relacionats amb la COVID-19. En el període analitzat (de març 2020 a febrer 2021) hi ha haver un descens en les hospitalitzacions no programades per malalties diferents de la provocada pel SARS-CoV-2. Aquest descens va ser més acusat durant el període en el que es van aplicar les mesures de confinament més estrictes (de març a maig del 2020), arribant al 20%. **Els pacients ingressats per malalties no relacionades amb la COVID-19 ho van fer en una condició més severa i van presentar més complicacions, malgrat això, no es va observar un increment de la mortalitat intrahospitalària respecte als anys anteriors.** Aquest treball es va publicar al [Journal of Clinical Medicine](#).

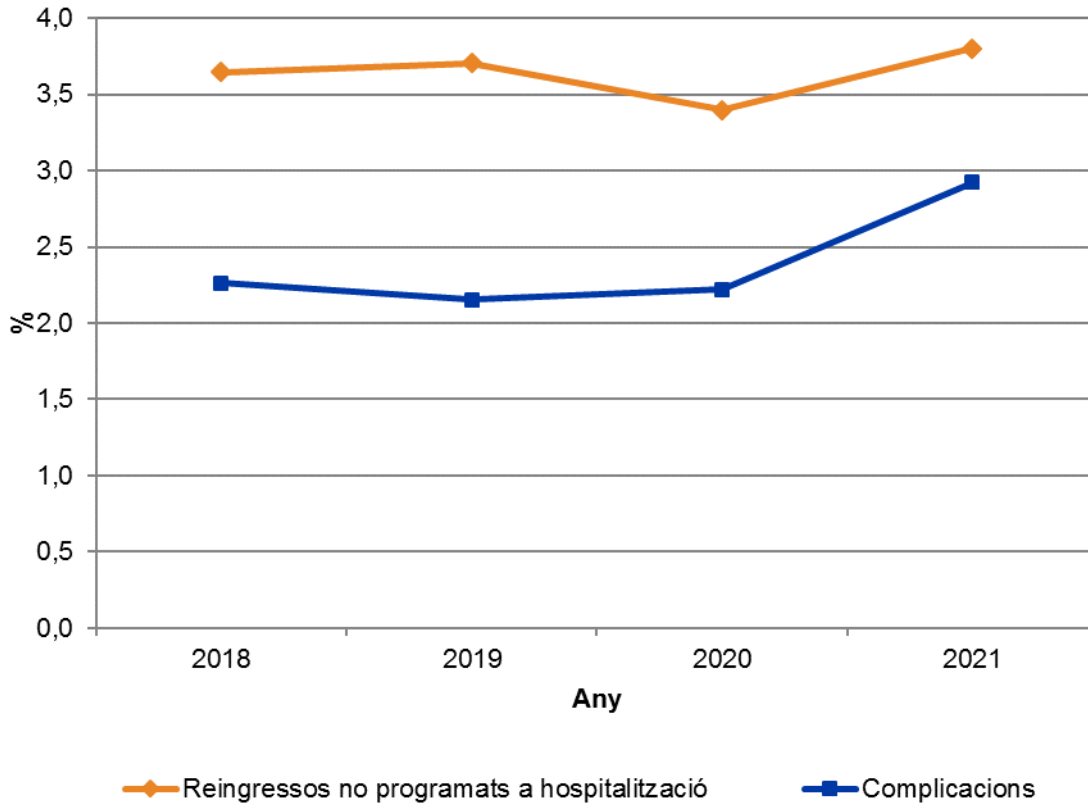
Taxa bruta de mortalitat, 2003-2021



La taxa bruta de mortalitat havia augmentat el 2019, però es manté en el 2.8% de les altes d'aguts.

La mortalitat a Urgències s'ha vist clarament afectada per la pandèmia, passant del 0,15% l'any 2019 al 0.23% l'any 2020 i al 0.22% l'any 2021.

Reingressos i complicacions, 2009-2021



El percentatge de reingressos urgents clínicament relacionats dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària augmenta fins al 3,8%.

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores augmenta del 5,3% al 5,6%.

El percentatge de complicacions augmenta fins el 2,9%.

## PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (PROJECTES ESTRELLA)

Com cada any des de l'any 2005, el Programa de Qualitat convoca els ajuts per a Projectes de Millora de la Qualitat assistencial.

### Convocatòria 2021

A la convocatòria de l'any 2021 s'hi van presentar 8 projectes. Els tres projectes guanyadors van ser els següents:

Títol del projecte	Coordinador/a
Millora de les eines per a pacients i familiars dels centres PSMAR en la comprensió i compliment de les mesures de precaució (AÏLLAMENTS)	Mili Herranz / Carlota Hidalgo
Plan de adaptació para una asistencia apta en competencia intercultural (PAACI) en la Unidad de Agudos de Psiquiatría	Amira Trabsa
Escola d'Atòpia	Marta Bertolín

### Resultats principals de projectes de convocatòries anteriors

Durant el 2021 s'han tancat o estaven a punt d'acabar tres projectes de les convocatòries anteriors. En destaquem els resultats principals:

#### Projecte de Teleoftalmologia per al control de patologia crònica a primària.

**Coordinadors:** Eric Sitjas, Ana Martínez Palmer

**Resultats principals:** L'alta tecnificació de l'oftalmologia posa de manifest ineficiències del model RAE que determinen dèficits de qualitat en l'assistència i en la capacitat i retenció de professionals. Vam decidir agrupar l'assistència en dos centres d'Atenció Primària (Poblenou i Drassanes) i organitzar l'atenció en dispensaris especialitzats per patologies. L'objectiu era millorar l'experiència de pacients i professionals, millorar la salut de la població, i reduir costos. Els resultats principals obtinguts (comparatives 2019 vs 2021 i primer trimestre 2020 vs 2022) mostren una reducció significativa de l'activitat de CCEE i EECC, degut a l'eliminació d'actes assistencials sense valor afegit. També millora l'accés a l'especialista RAE, amb una millora del 16% de la ratio successiva/primera. El nombre de pacients atesos a la RAE s'incrementa un 3%, mostrant un increment de la capacitat de resolució. S'objectiva una disminució en costos estimada de 450.000 euros per la disminució d'activitat fútil i de costos estructurals. Així com, una disminució de 2 tones d'emissions de CO<sub>2</sub> (ODS-13). En relació a l'experiència de pacients i professionals, es va realitzar una primera anàlisi qualitativa (2020-21) on es va obtenir una bona valoració global, alhora que es van identificar accions de millora que es van anar



desenvolupant i implantant durant l'any 2021. En aquests moments s'està realitzant una segona valoració quantitativa i qualitativa.

### **Circuit de diagnòstic i intervenció precoç en Cardiotoxicitat secundària a tractaments en pacients amb Linfoma i càncer de mama**

**Coordinadores:** Laia Belarte, Tamara Martos.

**Resultats principals:** En pacients diagnosticats de càncer de mama o limfoma, candidats a rebre tractament sistèmic amb antraciclins o trastuzumab, s'ha implementat un programa de seguiment. L'objectiu del programa és diagnosticar precoçment el dany miocàrdic i així iniciar tractament cardioprotector per evitar disfunció ventricular associada a cardiotòxics i la suspensió precoç de fàrmacs que impacten en la supervivència d'aquests pacients. En tots els pacients s'ha realitzat una valoració basal, en la que es tenen en compte factors de risc cardiovascular previs i un ecocardiograma amb tècniques avançades d'imatge i marcadors de dany miocàrdic. Posteriorment s'ha fet un seguiment estructurat i específic en funció del protocol establert. Tots els pacients amb dany miocàrdic subclínic (disminució de strain o elevació de marcadors sèrics) han estat derivats a la unitat de cardiologia per implementar tractament cardioprotector amb titulació de fàrmacs i seguiment específic. El motiu principal de derivació a la unitat va ser el dany miocàrdic subclínic i el mal control dels factors de risc cardiovascular. En les poques pacients en què es va detectar dany miocàrdic amb disminució de la FEVI, la suspensió del tractament va ser temporal i es va poder reintroduir, després de l'optimització cardiològica amb IECAs o Betabloquejants. Donats els bons resultats clínics en aquest grup de pacients, durant el desenvolupament del projecte s'ha ampliat el tipus de pacients derivats a la unitat de cardio-oncologia arribant a més tipus de càncers tractats amb altres tractaments oncoespecífics amb potencial cardiotòxic.

### **Anàlisi de la fragilitat en trasplantament renal. Intervenció terapèutica durant el temps en llista d'espera**

**Coordinadores:** Anna Faura, Maria José Pérez

**Resultats principals:** La fragilitat és freqüent en candidats a trasplantament renal i condiona pitjors resultats, tant a la llista d'espera com al postrasplantament. L'estudi de la fragilitat dels pacients en llista d'espera podria ajudar a identificar els candidats en risc i a prendre les mesures oportunes per revertir-la. L'anàlisi dels resultats de la cohort retrospectiva, amb 449 pacients en llista d'espera de trasplantament renal, va objectivar que un 10,3% eren fràgils, sent més freqüent entre les dones. La concordança entre diferents escales (Fried i FRAIL) en aquesta població no és bona, amb índex kappa de 0.317. Hem comprovat que els pacients fràgils accedeixen menys al trasplantament (HR 0,45) i tenen una mortalitat més gran en llista d'espera. A més, de 296 pacients que finalment es van trasplantar, la mortalitat també va ser major entre aquells pre-fràgils i fràgils. Actualment estem analitzant el perfil metabolòmic d'aquests pacients i tenim obert el reclutament de la cohort prospectiva, dissenyada com a assaig clínic, amb 105 pacients inclosos, i basada en una intervenció multimodal per avaluar l'efecte d'aquesta intervenció en els resultats postrasplantament .

Finalment, recordar que les memòries finals de tots els Projectes Estrella finalitzats es poden consultar a la intranet a través de [l'enllaç](#) al Programa de Qualitat > Què fem: Projectes de millora de la qualitat assistencial > Memòries finals.

## NOTIFICACIÓ I AVALUACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS

### Accions derivades de l'avaluació d'esdeveniments adversos

Durant l'any 2021 s'han declarat un total de 288 casos, un nombre de notificacions lleugerament inferior a l'any anterior i un 40% menys que abans de la pandèmia. Per àrea assistencial, més del 70% de les notificacions són de l'àrea d'hospitalització (207 notificacions, 72,9%), seguides de l'àrea ambulatoria i d'urgències, amb 21 i 20 notificacions, respectivament. Segons categories professionals, el col·lectiu infermer continua realitzant la majoria de notificacions (183; 63,5%), seguit del col·lectiu mèdic (68; 23,6%), que enguany presenta una disminució del percentatge de notificacions respecte l'any anterior. Les notificacions relacionades amb errors de medicació continuen sent les més freqüents (n=96, 33,3%), seguides de les relacionades amb la gestió clínica i procediments (n=51; 17,7%). El 2,4% de notificacions (n=7) s'han considerat de risc extrem, valor lleugerament inferior que l'any 2020.

De les anàlisi fetes s'han derivat diverses accions de millora que trobareu a [l'informe](#) complet d'esdeveniments adversos del 2021.

### Caigudes i úlceres per pressió

Durant l'any 2021 s'han registrat 965 caigudes en pacients hospitalitzats. En 7 ocasions la caiguda ha tingut com a conseqüència una fractura. L'impacte del període COVID en els indicadors de caigudes ha estat molt rellevant, amb augments en tots els àmbits, mantenint-se per sobre dels estàndards de referència. S'ha creat el Grup de Treball en Caigudes amb professionals de diferents perfils i àmbits.

Pel que fa les úlceres per pressió intrahospitalàries, s'han declarat un total de 686 úlceres, la majoria en pacients aguts. Tot i que els indicadors es mantenen per sota els respectius estàndards de referència, també s'observa un empitjorament respecte l'any 2020 per aguts i sociosanitari.

### Notificació d'errors al registre d'anestèsia

L'any 2021 els professionals del Servei d'Anestèsia han notificat al SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) 48 incidents i han realitzat 21 anàlisi.

En el 19% dels casos l'incident va ocórrer a la unitat de preanestèsia, el 28% a quiròfan i un 53% a Reanimació/URPA. El 23% es van tractar d'incidentes per problemes clínics (n=11), el 27% estava relacionat amb la medicació (n=13), i el 15% d'incidentes estaven relacionats amb problemes de comunicació (n=7). En un cas l'incident va causar la mort del pacient i en 4 casos es va produir una complicació de morbiditat menor deguda a l'incident, en la resta de casos no es va produir dany.

### Notificacions d'incidentes de l'INAD

L'INAD té un sistema propi de notificació d'incidentes d'un abast més ampli que els esdeveniments adversos entesos com a dany innecessari al pacient durant l'assistència sanitària rebuda. Inclou, per exemple, agressions a professionals o a d'altres pacients o limitacions preventives de moviment. Tanmateix, la finalitat és també l'anàlisi d'incidentes per a la millora de la qualitat i la seguretat assistencial.

L'any 2021 s'han notificat 682 incidents, una xifra superior a la de l'any 2020 (594). Tanmateix, la xifra continua sent menor a la d'anys anteriors, fet que s'atribueix, principalment a l'impacte de la COVID-19.

Podeu trobar l'informe complet sobre notificació d'esdeveniments adversos de l'any 2021 a la intranet a través de la ruta Programa de Qualitat > Què fem: Seguretat del Pacient > Sistema de notificació d'esdeveniments adversos: Informe de Notificacions d'esdeveniments adversos any 2021, o bé a través d'aquest [enllaç](#). En el mateix apartat de la intranet, o seguint aquest [enllaç](#), també podeu trobar el llistat de referents de seguretat per servei i unitat.

Per altra banda, en el context de les accions de millora per a la qualitat i seguretat assistencial, s'ha realitzat una anàlisi de cost-efectivitat de la col·locació dels catèters venosos centrals d'inserció perifèrica (PICC) en pacients amb nutrició parenteral total, demostrant-se que és més cost-efectiu la inserció de PICC en lloc de catèter vascular central, ja que s'observa una reducció de costos i de bacterièmies associades a catèter. El treball es va publicar al [Journal of Patient Safety](#).

## SISTEMES DE GESTIÓ DE LA QUALITAT (Acreditació i ISO)

### Acreditació de centres d'aguts

L'acreditació és l'eina mitjançant la qual es declara que un centre hospitalari disposa d'un determinat nivell de qualitat i de competència en relació amb uns estàndards tècnics vigents i, com a tal, és un estímul per a la millora contínua dels centres. L'última acreditació es va realitzar l'any 2013 i, al 2019, la seva vigència es va prorrogar fins al 30 de setembre de 2020. Tanmateix, a través de la [Resolució SLT/2333/2020](#), de 25 de setembre, s'ha prorrogat la vigència de l'actual acreditació fins a 30 de setembre del 2022. Des del Departament de Salut, en col·laboració amb diferents hospitals catalans, es va dur a terme la revisió del Model d'Acreditació, que es va publicar durant el primer trimestre de 2020 i que podeu consultar seguint el següent [enllaç](#).

Les principals novetats que inclou el nou model són:

- La incorporació de més de 200 nous estàndards al model, per reforçar i promoure:
- La seguretat del pacient
- La humanització de l'assistència
- La promoció de la salut
- Procediments i protocols assistencials
- Indicadors i mesura de la qualitat assistencial i la seguretat del pacient
- S'ha canviat el mètode d'avaluació dels estàndards de resultats, orientats a avaluar el rendiment de resultats i no només la mesura d'indicadors, com es feia fins al moment.

Durant l'any 2021, el Programa de Qualitat del PSMAR ha continuat el procés d'autoavaluació, centralitzant la recollida d'evidències per donar resposta als més de 800 estàndards essencials i preparant els indicadors per donar resposta als 200 estàndards de resultats.

### Norma ISO

El sistema de gestió de qualitat ISO (International Organization for Standardization) està implementat en les següents àrees del Parc de Salut MAR:

- Servei d'Esterilització, Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança.
- Servei de Radioteràpia Oncològica, Hospital del Mar
- Servei de Patologia: àrees d'Anatomia Patològica, Biologia Molecular i Citogenètica, Hospital del Mar.
- Unitat de Nutrició, Hospital del Mar
- Unitat de Reanimació Quirúrgica, Hospital del Mar
- Servei de Transfusió. Banc de Sang i Teixits
- Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- Laboratori de Referència de Catalunya

Durant l'any 2021 s'ha ampliat l'abast de la certificació ISO 9001:2015 del Servei de Patologia a les àrees de Citologia hematològica i Immunologia, implicant la certificació de la totalitat del Servei. Per part del Laboratori de Referència de Catalunya (LRC), s'ha incorporat la certificació del nou laboratori de Microbiologia i Biologia Molecular.

Podeu consultar l'informe del Comitè d'Estandardització ISO [aquí](#).

## COMISSIÓ DE QUALITAT 2022

Aguilera, Lluís (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)  
Anguera, Marta (Coordinadora Infermera Àrea Sociosanitària)  
Barceló, Jaume (Servei de Farmàcia)  
Campodarve, Isabel (Servei de Medicina Interna)<sup>1</sup>  
Canari, Xavier (Àrea d'Urgències)<sup>2</sup>  
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)  
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)  
Domingo, Laia (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)  
Garcimartín, Paloma (Directora Infermera)  
Gómez, Sílvia (Servei de Malalties Infeccioses)  
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)  
Hurtado, Marta (Servei d'Atenció a la Ciutadania)<sup>2</sup>  
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)  
Lacueva, Laia (Direcció Infermera)<sup>1</sup>  
Martínez, Jordi (Direcció d'Innovació)  
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)  
Maüll, Elena (Coord. de Crítics, Cap d'Unitat d'Infermeria Angioradiologia, Electrofisiologia i Hemodinàmica)  
Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)  
Pera, Miguel (Director Mèdic)  
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a la Ciutadania)  
Saavedra, Núria (Cap d'Unitat d'hospitalització 70, Hospital del Mar)<sup>1</sup>  
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)<sup>1</sup>  
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)  
Salgado, Purificación (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Terradas, Roser (Servei de Metodologia i Qualitat en Cures Infermeres)<sup>1</sup>  
Vinué, Josep M<sup>a</sup> (Secretaria Tècnica)

1: Membre del Grup Operatiu de Qualitat.

2: Nova incorporació.



Per qualsevol comentari, suggeriment o dubte sobre el contingut d'aquest informe, us convidem a posar-vos en contacte amb nosaltres:

Mercè Comas ([mcomas@parcdesalutmar.cat](mailto:mcomas@parcdesalutmar.cat))

Irene Fernández ([ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat](mailto:ifernandezgarcia@parcdesalutmar.cat))

Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Hospital del Mar

