



# Informe de Qualitat 2013

Programa de Qualitat

**Juny del 2014**

Aquest informe ha estat elaborat pel Grup Operatiu del Programa de Qualitat del Parc de Salut MAR, format per:

Xavier Castells (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Mercè Comas (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Priscila Giraldo (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Maria Sala (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Pilar Torre (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)

M. Jesús Vilar (Direcció d'Infermeria)

Amb la col·laboració de María Salvador Piedrafita (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

## ÍNDEX

<b>ÍNDEX</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>2</b>
<b>ORGANIGRAMA I EQUIP DE TREBALL</b> .....	<b>4</b>
<b>OBJECTIUS DEL PROGRAMA DE QUALITAT 2013-2014</b> .....	<b>5</b>
<b>VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SISQUAL 2013)</b> .....	<b>10</b>
<b>PROJECTES DE MILLORA DE LA QUALITAT (<i>PROJECTES ESTRELLA</i>)</b> .....	<b>19</b>
<b>ALTRES INICIATIVES DE MILLORA DE LA QUALITAT I LA SEGURETAT DEL PACIENT DINS DEL PARC DE SALUT MAR</b> .....	<b>23</b>
<b>ACREDITACIÓ DELS CENTRES SANITARIS</b> .....	<b>26</b>
<b>SISTEMA DE GESTIÓ DE QUALITAT ISO</b> .....	<b>28</b>
<b>ANNEX 1</b> .....	<b>30</b>
<b>ANNEX 2</b> .....	<b>31</b>
<b>ANNEX 3</b> .....	<b>32</b>

## INTRODUCCIÓ

Fa deu anys que l'actual Programa de Qualitat del PSMAR es va posar en marxa i és una bona oportunitat per fer un balanç de les tasques i el resultat que s'han obtingut durant aquest temps. La cultura i el treball per la millora de la qualitat ja venien de lluny en la nostra institució. Amb l'establiment d'un programa es volia impulsar aquesta trajectòria, així com estructurar unes polítiques de qualitat en el conjunt dels centres i disposar d'una organització més adequada per dur-les a terme.

Després d'una anàlisi rigorosa, amb la participació de molts professionals que representaven àmbits i sensibilitats diferents de la nostra institució, es va fer una proposta de principis i intencions del Programa de Qualitat que es resumeixen en els següents aspectes. En primer lloc, i principalment, es volia incentivar i facilitar la implicació dels diferents col·lectius de professionals en les polítiques de qualitat i en els projectes específics en què s'anessin concretant. Es va identificar i fer conèixer al conjunt de la organització un bon nombre (més de 70) d'iniciatives de qualitat amb una trajectòria consolidada, liderades per diferents professionals i amb objectius i naturalesa molt diversa. L'objectiu era constatar la capacitat i el potencial de la nostra organització, però també el facilitar sinèrgies i treball en xarxa dels professionals integrant aquestes iniciatives en el marc d'un programa i la definició d'unes polítiques globals i comunes. Després de 10 anys es pot considerar que aquest objectiu ha estat en gran mesura assolit. Ho demostra, entre d'altres iniciatives, l'èxit de la Convocatòria Anual de Projectes de Qualitat (Projectes Estrella) en la que han participat molts professionals de diferents àmbits del PSMAR i que ha suposat posar en marxa 29 projectes de qualitat. Però també es pot destacar l'àmplia implicació en projectes de seguretat del pacient (per exemple la Comissió Avaluadora de l'Activitat Assistencial, o CA3, integrada per professionals de reconegut prestigi) o el lideratge dels professionals en objectius institucionals, com per exemple l'elaboració d'un Codi de Bones Pràctiques. Avui en dia està internacionalment acceptat que la implicació dels professionals en les estratègies de qualitat i seguretat és fonamental, el que ens referma per seguir treballant en potenciar i integrar els lideratges professionals en les polítiques de qualitat.

Un segon objectiu inicial del Programa de Qualitat, que segueix clarament vigent, és el de facilitar al màxim possible les eines i recursos necessaris per la implementació d'iniciatives de qualitat i incorporar metodologia rigorosa d'anàlisi, intervenció i avaluació. Es tracta de garantir el màxim rigor a les intervencions del Programa i així millorar l'impacte esperat. En aquest mateix sentit, el Programa de Qualitat ha de ser una eina de la direcció de la institució per tal d'impulsar polítiques de qualitat. Aquestes polítiques són les que orienten les diferents iniciatives específiques i garanteixen una continuïtat en el temps i una consistència en el conjunt de l'organització.

Els objectius biennals proposats per la comissió de qualitat (integrada per 32 professionals de diferents àmbits) i aprovats pel Consell de Direcció són l'expressió més clara de les polítiques institucionals. En aquests anys s'ha treballat en la millora de la seguretat dels pacients des de diferents perspectives (revisió d'esdeveniments adversos amb la metodologia causa-arrel, instauració del llistat de comprovació quirúrgic, reducció del risc de bacterièmies per catèter, avaluació dels problemes relacionats amb la medicació, entre molts altres), en una atenció més centrada en el pacient (millorar la comunicació en general i en cas de males notícies en concret, garantir la informació escrita, millorar el compliment del consentiment informat, etc.), en la millora de l'efectivitat clínica (potenciació de l'actualització dels protocols, elaboració de trajectòries i vies clíniques, millora del maneig del dolor, etc.) o la responsabilitat social (a partir de l'elaboració i aprovació del Codi de Bones Pràctiques).

Part de l'èxit del programa passa per la seva capacitat d'adaptar-se als canvis de l'entorn, que no cal dir han estat molt rellevants i darrerament marcats per la crisi econòmica. Avui més que mai és necessari garantir la seguretat del pacient en un context de restriccions pressupostàries, i això significa potenciar una cultura de treball en equip, aprendre dels esdeveniments adversos per tal d'introduir mesures preventives, i garantir la continuïtat assistencial. Però avui una política de qualitat no pot obviar la necessitat d'enfortir el lideratge professional i, per tant, orientar els objectius a les necessitats percebudes en l'àmbit clínic. En aquest sentit, des de fa un temps s'ha començat a treballar a nivell de serveis i àrees clíniques (conjuntament amb la direcció mèdica i d'infermeria) per tal de definir objectius de qualitat específics en cada àrea. Finalment, se'ns presenta el gran repte de reorientar el suport als pacients i famílies per tal que s'involucrin al màxim en l'atenció rebuda.

En el present informe es mostren els resultats en relació als objectius 2013-14 que es centren en tres aspectes: la definició d'objectius per àrees clíniques, la conciliació de la medicació a l'ingrés i l'alta hospitalaris i la millora de la qualitat de la informació en l'informe d'alta i el curs clínic. Com cada any, també es fa referència als indicadors de qualitat, així com a altres activitats que han estat rellevants durant l'any 2013. Cal destacar l'assoliment, amb una excel·lent valoració, de l'acreditació del Departament de Salut dels centres d'aguts.

## ORGANIGRAMA I EQUIP DE TREBALL

El Programa de Qualitat del Parc de Salut MAR és multidisciplinari i cobreix tots els aspectes de l'atenció al pacient a través de la implicació i participació dels professionals dels diferents nivells assistencials.

Es visualitza com una plataforma a través de la qual es promouen projectes i iniciatives de millora de l'atenció sanitària que es presta als usuaris.

El Programa, coordinat des del Servei d'Epidemiologia i Avaluació, s'organitza en 3 grups de treball: el Grup Operatiu de Qualitat, la Comissió de Qualitat, i el Consell de Qualitat.

### Grup operatiu de qualitat

Té com a missió principal l'execució o seguiment dels projectes i activitats que es deriven dels objectius del programa. Coordina el dia a dia del Programa i fa un seguiment dels indicadors de qualitat en els diferents àmbits assistencials. Aquest grup està constituït per professionals de la Direcció Mèdica, de la Direcció d'Infermeria i del Servei d'Epidemiologia i Avaluació (veure [annex 1](#)).

### Comissió de qualitat

Aquesta comissió està formada per professionals mèdics, d'infermeria, de les àrees de suport i de la pròpia Direcció. Hi participen 32 professionals, entre d'altres, presidents o altres membres de comissions de qualitat (Comissió de Mortalitat, d'Infeccions, de Farmàcia, Avaluadora de l'Activitat Assistencial), professionals d'àrees de diferents àmbits (crítics, aguts, sociosanitari, salut mental, docència o àrees de suport) i de la Direcció (Mèdica, Infermeria i *Staff*).

Té com a missió principal proposar els objectius del Programa de Qualitat, la coordinació de les diferents accions necessàries per a la consecució dels mateixos i l'aprovació dels projectes de millora de la qualitat (Projectes Estrella) que es convoquen anualment, així com el seguiment dels indicadors de qualitat establerts pel Programa de Qualitat. El nom dels professionals que constitueixen aquesta comissió es pot consultar a l'[annex2](#).

### Consell de qualitat

Té com a missió principal l'assessorament i difusió de les activitats que es duen a terme per a la consecució de les iniciatives de millora de la qualitat assistencial en la nostra organització.

La seva funció consultiva i d'assessorament fa que estigui formada per un ampli ventall de professionals de diferents àrees assistencials i no assistencials, amb una major representació, doncs, dels diferents estaments de l'organització. Els professionals que constitueixen aquest consell es poden consultar a l'[annex3](#).

## OBJECTIUS DEL PROGRAMA DE QUALITAT 2013-2014

El Programa de Qualitat del Parc de Salut MAR defineix objectius biennals estructurats segons les dimensions proposades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS): efectivitat clínica, eficiència/adequació, necessitats dels professionals, responsabilitat social, seguretat i atenció centrada en el pacient.

Els objectius de qualitat són proposats per la Comissió de Qualitat del Parc de Salut MAR i posteriorment elevats per a la seva aprovació en el Consell de Direcció.

Els objectius de qualitat del Parc de Salut MAR plantejats per al bienni 2013-2014 són els següents:

**Millorar la informació continguda a la història clínica** (atenció centrada en el pacient)

**Conciliar i revisar la medicació prescrita entre l'hospital i Atenció Primària** (seguretat)

**Definir objectius de qualitat per unitats clíniques** (efectivitat clínica)

### Millorar la informació continguda a la història clínica

Aquest objectiu té dues línees d'actuació: la millora dels informes d'alta i la millora de la informació que s'inclou en el curs clínic.

#### Millorar els informes d'alta

##### Introducció

L'objectiu en aquest cas és complir amb els requisits establerts per la normativa vigent per reflectir de manera precisa i completa el procés corresponent a un episodi assistencial. Igualment es revisarà el procediment i protocol d'entrega de la informació en el moment de l'alta, que inclou altres documents a més de l'informe d'alta.

##### Metodologia de treball

Durant el 2013 s'ha realitzat un estudi transversal sobre una mostra de 284 informes d'alta, de 7 serveis (Medicina Interna i Infecciosa, Ginecologia i Obstetrícia, Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT), Pneumologia, Cirurgia General, Digestologia i Cardiologia), escollits aleatòriament entre les 10.867 altes d'aquests serveis ocorregudes durant l'any 2012. La grandària de la mostra es va calcular per tal d'estimar una proporció esperada del 75% d'informes d'alta correctament complimentats amb una precisió del 5% i un nivell de confiança del 95%. La grandària de mostra total es va subdividir entre els diferents serveis de manera proporcional al nombre d'altes de cadascun d'ells.

S'han analitzat 17 ítems de cada informe d'alta. Per a cada ítem s'avalua si procedeix i, en cas de procedir, si està registrat o no. Si està registrat, s'avalua si està correctament registrat o no. Es considera que un ítem no procedeix quan allò al que es refereix no s'ha produït durant l'ingrés (per exemple: no hi ha hagut intervencions quirúrgiques, no hi ha hagut proves d'imatge). L'avaluació dels informes d'alta l'han dut a terme 7 metges i metgesses adjunts dels serveis de Medicina Interna, Ginecologia i Obstetrícia, COT, Pneumologia, Cirurgia General, Digestologia i Cardiologia.

Per cada ítem s'han calculat els percentatges de registre considerant només els informes d'alta pels quals l'ítem en qüestió era procedent. Per a cada informe d'alta, s'ha calculat un índex de grau de correcta

documentació calculat com a raó entre el total d'ítems correctament registrats sobre el total d'ítems procedents.

### Situació actual

El 75,4% dels informes tenen algun ítem procedent no registrat o registrat incorrectament. Només el 24,6% dels informes d'alta (n=70) estan completament ben documentats.

Els ítems més ben registrats dels informes són els relatius a intervencions quirúrgiques i/o altres procediments, diagnòstics, indicacions a l'alta i antecedents patològics rellevants, tots amb percentatges de correcta documentació superiors al 90% (97,1%, 95,8%, 95,7% i 94,0%, respectivament).

A l'altre extrem es troben els ítems resum de les exploracions complementàries de laboratori, de l'exploració física i de les proves d'imatge, que són els ítems amb proporcions més altes de mala documentació, amb percentatges de no registre o registre incorrecte del 56,8%, 52,1% i 47,1% respectivament. Cal destacar també altres ítems rellevants com tractament habitual actualitzat, altres exploracions complementàries i hàbits tòxics amb percentatges de mala documentació del 41,7%, 41,0% i 34,5%.

D'altra banda, al Servei d'Urgències s'ha continuat treballant per avaluar i corregir els informes d'alta mal complimentats i s'ha realitzat un nou estudi per avaluar la millora després d'un any des de la primera avaluació. L'estudi posa de manifest que actualment els informes d'alta tenen informació més completa si bé destaca que cal millorar el contingut d'aquesta informació.

A partir dels resultats obtinguts, s'han fet reunions amb el grup de treball per fer una proposta de plantilla base d'informe d'alta consensuada per tots els membres de l'equip i un protocol de correcta complimentació aclarint els ítems més controvertits. Des d'informàtica caldrà adaptar la plantilla a l'IMASIS. Resta pendent fer la formació i difusió pertinent.

### Millorar la informació en el curs clínic

#### Introducció

L'objectiu és complir amb els requisits establerts per la normativa vigent, de manera que es pugui seguir de forma eficient, precisa i exhaustiva el procés assistencial a través de les dades clíniques necessàries.

#### Metodologia de treball

Les accions de millora de la informació del curs clínic han tingut un enfocament qualitatiu. S'ha creat un grup de treball amb 15 professionals assistencials de tots els centres del PSMAR per tal d'explorar qualitativament els problemes existents amb els cursos clínics. Primer es va definir el concepte de curs clínic i es van identificar problemes, diferenciant entre aquells que percep el professional que escriu al curs clínic i els que percep el professional que el llegeix o el consulta. Posteriorment es van plantejar les possibles solucions. Es va valorar la rellevància de cada problema identificat amb una escala predefinida, es van proposar i discutir solucions, es va valorar la seva factibilitat i es van identificar responsables per a dur-les terme.

### Situació actual

Els problemes detectats valorats com a més rellevants han estat:

1. La manca de coordinació entre professionals (no sincronització interprofessional)
2. La manca del pla previst per al pacient i la no definició del problema principal
3. Sigles i abreviacions sense homogeneïtzar
4. Informació supèrflua i poca capacitat de síntesi. Excés d'informació copiada
5. Proves pendents sense data ni hora de realització



6. Manca d'avís de canvis de proves
7. Manca de connexió *Wi-Fi* al carret d'infermeria portàtil

A partir del conjunt de solucions proposades s'està treballant en dos grans grups d'accions:

**Formació:** que inclogui coneixement de l'eina (com fer canvis passades 24hores, catàleg d'abreviacions, exemples de redacció clara i resumida, etc.). El Programa de Qualitat farà una proposta de formació i es pactarà qui l'ha de rebre, en quin format, etc.

**Informàtica:** Revisar connexions *Wi-Fi*, avís en cas d'anul·lació de proves, avisos en cas de noves interconsultes, no carregar tota la història clínica de llargues estades, entre altres. El Programa de Qualitat farà una reunió amb el Servei d'Informàtica per valorar la factibilitat dels canvis/millores que es demanen.

## Conciliar i revisar la medicació prescrita entre l'hospital i Atenció Primària

### Introducció

Parteix de l'objectiu del Pla de Salut que es basa en la seguretat clínica del pacient en relació amb l'ús dels medicaments mitjançant la revisió i conciliació, tant a l'ingrés com a l'alta hospitalària, de la medicació habitual del pacient i la prescrita a l'hospital (PSMAR), per tal de resoldre possibles discrepàncies farmacoterapèutiques. Durant els anys anteriors ja s'havia treballat en el Centre Fòrum, per tant, s'ha aprofitat l'experiència dels professionals d'aquest centre.

### Metodologia de treball

Durant l'any 2013 es va definir el pla d'actuació, que va constar de les següents fases:

- ✓ Definició del grup promotor que estava integrat per professionals dels serveis de Farmàcia, Informàtica, Epidemiologia i Avaluació, Geriatria i els responsables de la posada en marxa de Recepta Electrònica en el PSMAR. Es va considerar estratègic que el grup de revisió i conciliació de la medicació i el de Recepta Electrònica treballassin plegats, donat que la informació que aporta el Pla de Medicació de la Recepta Electrònica es fonamental en el procés de conciliació.
- ✓ Establir els punts clau de la conciliació en cada una de les transicions dels pacients en l'entorn del PSMAR: en el moment de l'ingrés i l'alta tant en els dispositius d'aguts, com també en els dispositius socio-sanitaris del PSMAR.
- ✓ Acordar entre els farmacèutics utilitzar les guies d'intercanvi terapèutic més comuns per a fer les substitucions d'aquells fàrmacs no inclosos en la Guia PSMAR i que es poden canviar per un equivalent terapèutic.
- ✓ Dissenyar i implementar una aplicació informàtica específica vinculada a l'ordre mèdica de tractament farmacològic que faci més senzill el procés de revisió fàrmac a fàrmac.
- ✓ Elaborar el calendari de posada en marxa pel 2014 i buscar referents en cada un dels serveis pilot implicats en el desplegament del projecte.

### Situació actual

El mes de febrer de l'any 2014 es va engegar el pla sobre uns pacients i uns serveis pilot. Els pacients són únicament Pacients Crònics Complexes (PCC) i amb Malaltia Crònica Avançada (MACA), donat que són sobre els que específicament el Pla de Salut demana que almenys s'asseguri el procés de revisió i conciliació, ja que

freqüentment es tracta de pacients amb múltiples patologies i polimediació. Els serveis pilot són Medicina Interna, Malalties Infeccioses, Pneumologia, Cardiologia, Digestologia, Reumatologia i Geriatria, que corresponen als serveis on hi ha una major incidència d'ingressos de pacients PCC i/o MACA. Per aquests pacients, el servei de Farmàcia revisa i compara la medicació durant les primeres 24-48 hores de l'ingrés. Entre el 3 de febrer i el 5 de maig de 2014 es van conciliar 3.148 fàrmacs. D'aquests se'n va fer una anàlisi de la qual es va obtenir que en un 33,9% no hi havia discrepàncies entre la medicació que constava pautaada a Atenció Primària i la que es prescrivia en el moment de l'ingrés hospitalari, que en un 60,8% hi havia discrepàncies justificades pel procés clínic del pacient (canvis, substitucions o supressions) i en el 5,3% restant hi havia discrepàncies no justificades, sent l'omissió el motiu principal de discrepància (en un 85,2% dels casos).

D'aquesta primera anàlisi s'han pogut identificar els tipus de problemes i els fàrmacs en què es detecten discrepàncies més freqüentment i ja s'han definit accions de millora pel 2014, com informar als metges implicats i fer reunions amb els referents per informar dels resultats sobre discrepàncies i compliment de la conciliació, així com incidir en l'ús de la Recepta Electrònica, doncs per a la conciliació a l'alta hi està vinculada. Actualment s'està treballant en una proposta d'indicadors per tal d'avaluar sistemàticament el procés de conciliació.

## Definir objectius de qualitat per unitats clíniques

### Introducció

Definir objectius de qualitat per unitats clíniques assistencials que siguin específics i monitoritzables. L'avaluació d'aquests objectius a través d'indicadors s'acompanyarà d'indicadors de qualitat generals i específics per patologies i especialitat. Tant els objectius com els indicadors de qualitat seran consensuats amb els responsables mèdics i d'infermeria de cada unitat clínica assistencial.

### Metodologia de treball

La metodologia dels objectius de qualitat es pot dividir en 5 fases:

- 1.- **Formulació de l'objectiu.** Inclou les reunions amb els professionals implicats, la redacció i formalització de l'objectiu i, si s'escau, la proposta d'indicadors per avaluar l'objectiu.
- 2.- **Anàlisi preliminar.** Inclou la recollida d'informació per avaluar la situació actual i una primera explotació dels indicadors.
- 3.- **Pla d'intervenció.** Definició d'un pla d'intervenció orientat a la millora. Reunions amb els professionals implicats. Ampliació del grup, si s'escau.
- 4.- **Intervenció.** Introducció de les mesures definides en la fase anterior en la pràctica diària. Ampliació a tots els professionals implicats.
- 5.- **Avaluació.** Realitzar mesures de seguiment de la intervenció per a comprovar si s'ha aconseguit l'objectiu de qualitat. Avaluació dels indicadors i valoració de l'impacte de l'actuació.

### Situació actual

Durant l'any 2013 es van definir objectius de qualitat per les unitats clíniques de Nefrologia, Cardiologia, Digestologia, Neurologia, Geriatria, Psiquiatria (INAD) i Anestesiologia i Reanimació. Durant l'any 2014 s'han afegit les unitats clíniques de Cirurgia Vasculat i Hematologia i els seus objectius de qualitat específics s'han inclòs en les respectives Direccions per Resultats (DPR).

Aquestes unitats han definit un total de 30 objectius, sent 5 d'aquests objectius comuns per més d'una unitat i 11 són transversals, és a dir, aplicables a la majoria de les unitats clíniques.

S'han definit entre 1 i 7 objectius per unitat. Dels 30 objectius se n'han tancat 8 amb realització de millores, 3 estan en fase 5 (Avaluació després d'una intervenció), 2 estan en la fase 4 (Intervenció), 7 en la fase 3 (Pla d'intervenció), 4 en la fase 2 (Anàlisi preliminar) i 3 en la fase 1 (Formulació de l'objectiu). Dels 3 restants, un s'ha tancat per impossibilitat de realitzar-lo i 2 s'estan duent a terme a través d'altres estructures de la organització.

Alguns exemples d'objectius de qualitat específics són els següents:

- ✓ Evitar la prescripció d'AINES a pacients amb diagnòstic de cirrosi
- ✓ Millorar la preparació prèvia a endoscòpia dels pacients ingressats
- ✓ Reduir el nombre de reprogramacions de proves per incompareixença
- ✓ Monitoritzar el nivell de coneixements tècnics en hemodiàlisi i diàlisi peritoneal d'infermeria de diàlisi
- ✓ Augmentar el nombre de pacients amb temps porta-punció inferior a 120 minuts en tractament endovascular de l'ictus agut
- ✓ Millorar l'aplicació i el registre del test de disfàgia en pacients ingressats amb ictus agut
- ✓ Millorar la coordinació amb Atenció Primària en el casos de maltractament en la gent gran
- ✓ Monitoritzar sistemàticament la incidència de contencions mecàniques en pacients de psiquiatria
- ✓ Monitoritzar sistemàticament la notificació d'incidents relacionats amb l'anestèsia
- ✓ Monitoritzar sistemàticament la incidència de cefalees per punció dural
- ✓ Millorar el registre de les complicacions anestèsiques
- ✓ Establir un circuit de detecció de càncer de pulmó i cirrosi en cas de sospita en les proves preoperatòries
- ✓ Incrementar el compliment de les mesures de precaució (aïllaments)
- ✓ Millorar la traçabilitat de les pròtesis implantades

Els objectius de qualitat inclouen millores del tipus modificació de circuits, creació de protocols, formació dels professionals, creació d'aplicacions de monitorització o millores en l'aplicació de les eines disponibles.

## VALORACIÓ DELS INDICADORS DE QUALITAT (SisQual 2013)

A continuació es presenten els resultats dels indicadors de qualitat sobre l'activitat assistencial de l'any 2013.

### Avaluació del dolor

Avaluació del dolor	Variació comparativa		
	2013	2013 vs 2012	2013 vs 2011
Avaluació sistemàtica del dolor postquirúrgic (%)	77,5	-1,5%	9,6%
Pacients amb dolor [EVA>3] durant les 24 hores posteriors a la intervenció quirúrgica (%)	10,2	-3,9%	-8,6%

El percentatge d'avaluació sistemàtica del dolor postquirúrgic és similar al de l'any passat i es situa en el 77.5%, el que representa una millora del 9.6% respecte l'any 2011. El percentatge de pacients amb dolor (Escala Visual Analògica>3) durant les 24 hores posteriors a la intervenció ha disminuït per tercer any consecutiu, situant-se en el 10,2% de pacients amb dolor i apropant-se a l'estàndard que havia marcat anteriorment el Departament de Salut, que era del 10%.

### Queixes, reclamacions i agraïments

Queixes, reclamacions i agraïments	Variació comparativa		
	2013	2013 vs 2012	2013 vs 2011
Queixes que es responen abans de 15 dies (%)	60,0	-12,4%	-1,8%
Reclamacions per 1000 actes*			
Urgències (contactes)	2,1	-30,0%	-34,4%
Hospitalització (altes)	10,5	2,9%	-22,2%
Consultes externes (primeres consultes i sessions hospital de dia)	6,1	0,0%	-21,8%
Agraïments	412	-12,3%	-23,0%

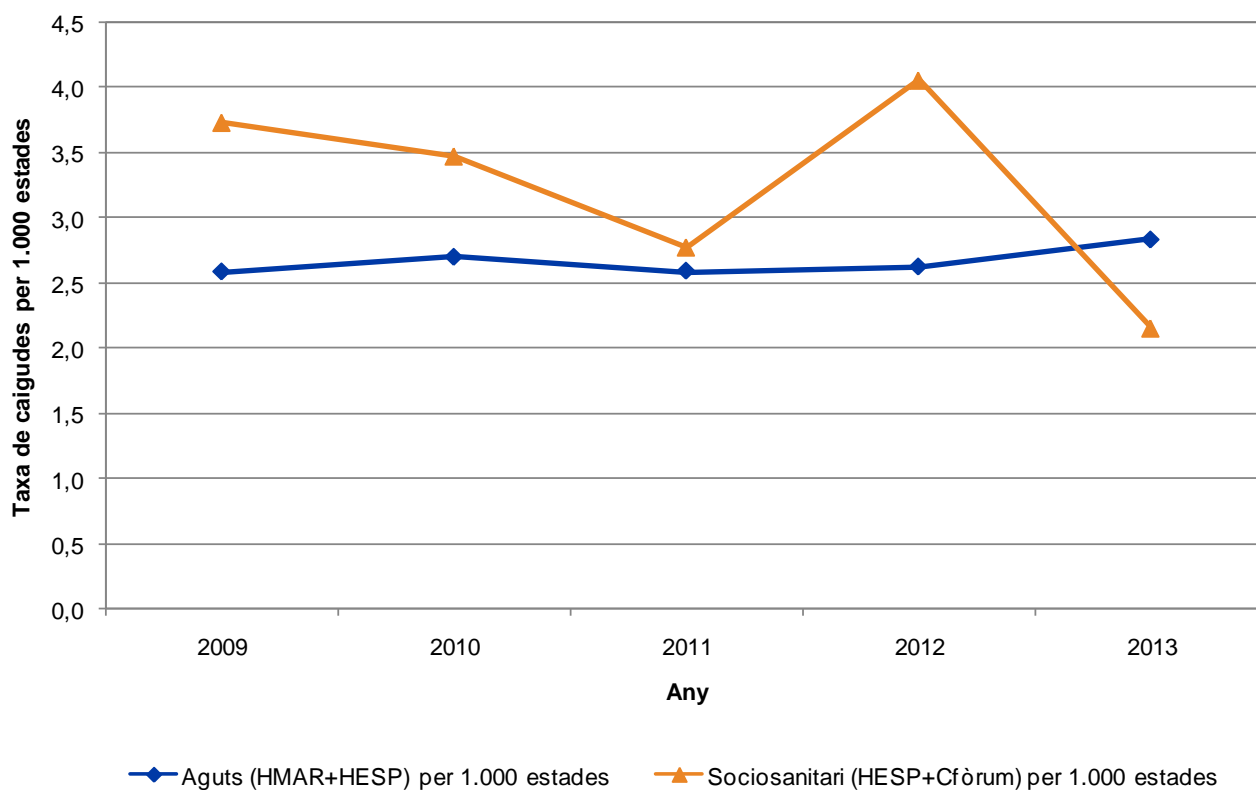
El percentatge de queixes que es responen abans de 15 dies ha estat del 60%, el que representa una disminució respecte al anys anteriors. En el nombre de reclamacions per activitat es manté la reducció observada l'any passat, i continua baixant en el cas de les urgències. L'any 2013 es van rebre 412 agraïments que corresponen a un 12,3% i un 23% menys que l'any 2012 i 2011, respectivament.

## Caigudes intrahospitalàries

Caigudes intrahospitalàries*	Variació comparativa		
	2013	2013 vs 2012	2013 vs 2011
Aguts HMAR i HESP	2,84	8,1%	9,4%
Sociosanitari HESP i Cfòrum	2,15	-47,0%	-22,5%

\*: Taxa de caigudes per 1.000 estades

### Taxa de caigudes intrahospitalàries, 2009-2013

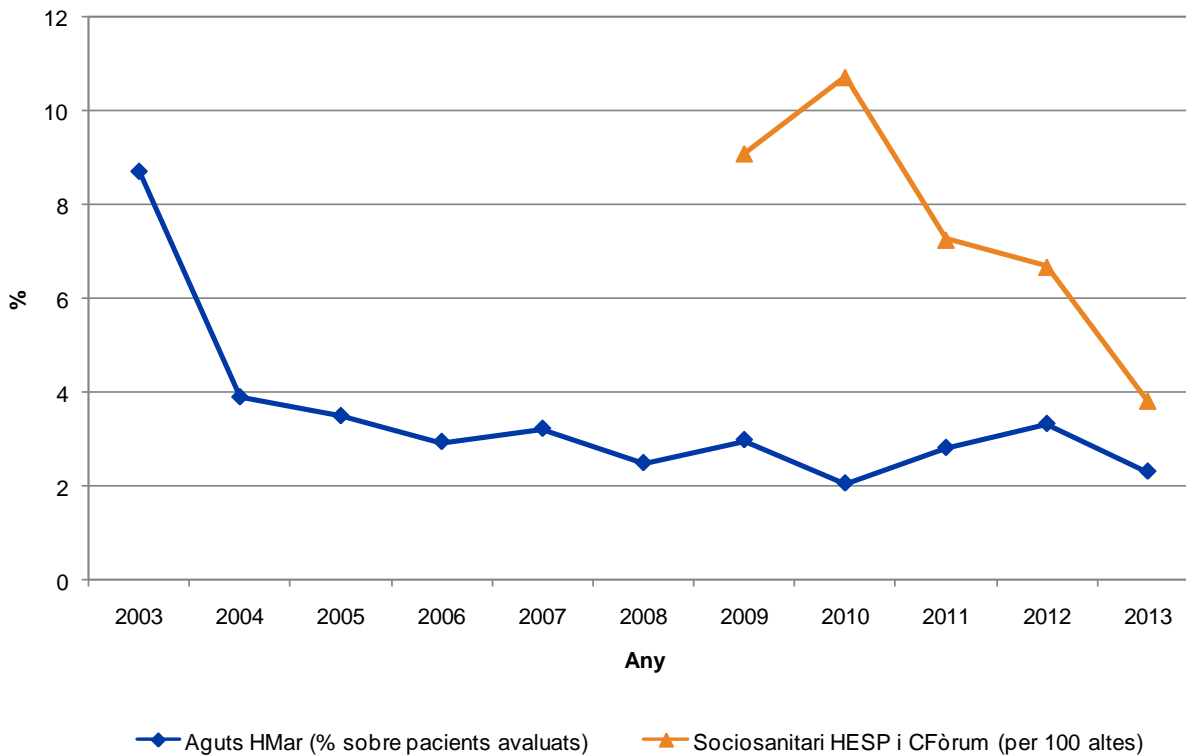


L'evolució mostra que la taxa de caigudes ha augmentat lleugerament per l'àmbit d'aguts i que ha disminuït en l'àmbit sociosanitari després d'un augment que s'havia observat l'any 2012. La disminució d'aquesta última taxa respecte l'any passat és del 47,0% i del 22,5% respecte l'any 2011. Les caigudes de l'àmbit de salut mental no estan completament informatitzades i es tindran resultats a partir del 2014.

## Úlceres per pressió intrahospitalàries

Pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries	Variació comparativa		
	2013	2013 vs 2012	2013 vs 2011
Aguts HMar (% sobre pacients avaluats)	2,32	-30,5%	-17,9%
Sociosanitari HESP i CFòrum (per 100 altes)	5,16	-42,5%	-37,3%

### Taxa de pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries, 2003-2013



Les taxes de pacients amb úlceres per pressió d'origen intrahospitalari de l'àmbit d'aguts de l'Hospital del Mar han estat avaluades a partir de talls de prevalença des de l'any 2003. El resultat de l'any 2013 ens indica que ha tornat a disminuir el percentatge després dels augments en els dos darrers anys. Des del mes de maig del 2013 es disposa del registre d'úlceres per pressió informatitzat a tot l'àmbit d'aguts, per tant, a partir del proper any es podran analitzar totes les úlceres per pressió registrades.

En l'àmbit sociosanitari es disposa de registre informatitzat des de l'any 2009 i es pot observar una important disminució en aquests darrers anys. En l'àmbit de salut mental es disposa del registre pel 2013 complet i un resultat de l'indicador de 2,19 pacients amb úlceres per pressió intrahospitalàries per 100 altes.

## Infecció nosocomial

Infecció nosocomial	Valor dels indicadors		
	2011	2012	2013
<b>Bacterièmies nosocomials associades a catèter</b> (densitat d'incidència per 1.000 estades)			
Hospital del Mar	0,61	0,46	0,37
Hospital de l'Esperança	0,08	0,09	0,00
<b>Microorganismes multiresistents (densitat d'incidència d'infecció /colonització per 1.000 estades)</b>			
Hospital del Mar	3,93	4,82	4,81
Hospital de l'Esperança	2,11	2,18	2,39
Centre Fòrum	0,98	0,86	0,73
<b>SARM/MRSA</b>			
Hospital del Mar	0,60	0,69	0,65
Hospital de l'Esperança	0,44	0,33	0,66
Centre Fòrum	0,25	0,23	0,27
<b><i>Pseudomonas aeruginosa</i> multiresistent</b>			
Hospital del Mar	0,87	0,93	0,94
Hospital de l'Esperança	0,47	0,42	0,20
Centre Fòrum	0,20	0,16	0,11
<b>Infecció en ferida quirúrgica (% sobre cirurgies)</b>			
Artroplàstia primària de genoll	1,30	3,20	1,80
Artroplàstia primària de maluc	1,90	3,00	4,30
Cirurgia de colon programada	20,70	16,80	24,00
<b>Infecció a la UCI (taxa d'incidència per 1.000 dies d'exposició al risc)</b>			
Pneumònies per ventilació mecànica	11,67	6,21	4,00
<b>Compliment de la higiene de mans (% rentat o desinfecció)</b>			
Hospital del Mar	75,3	61,1	59,6
Hospital de l'Esperança	72,9	76,7	67,7
Centre Fòrum	77,3	68,2	60,9

La densitat d'incidència de bacterièmies nosocomials associades a catèter ha disminuït substancialment tant a l'Hospital del Mar, com a l'Hospital de l'Esperança, on no hi ha hagut cap cas durant l'any 2013.

Les densitats d'incidència agregades per centre de microorganismes multiresistents mostren una estabilització a l'Hospital del Mar després de l'increment produït en els últims anys, un lleuger empitjorament a l'Hospital de l'Esperança, mentre que en el Centre Fòrum segueixen disminuint després de l'augment produït al 2011.

En el cas de *SARM/MRSA* (*Staphylococcus aureus* resistent a meticilina), s'observa un increment respecte el 2012 en l'Hospital de l'Esperança. La densitat d'incidència de *Pseudomonas aeruginosa* multiresistent mostra una lleugera disminució tant a l'Hospital de l'Esperança com al Centre Fòrum.

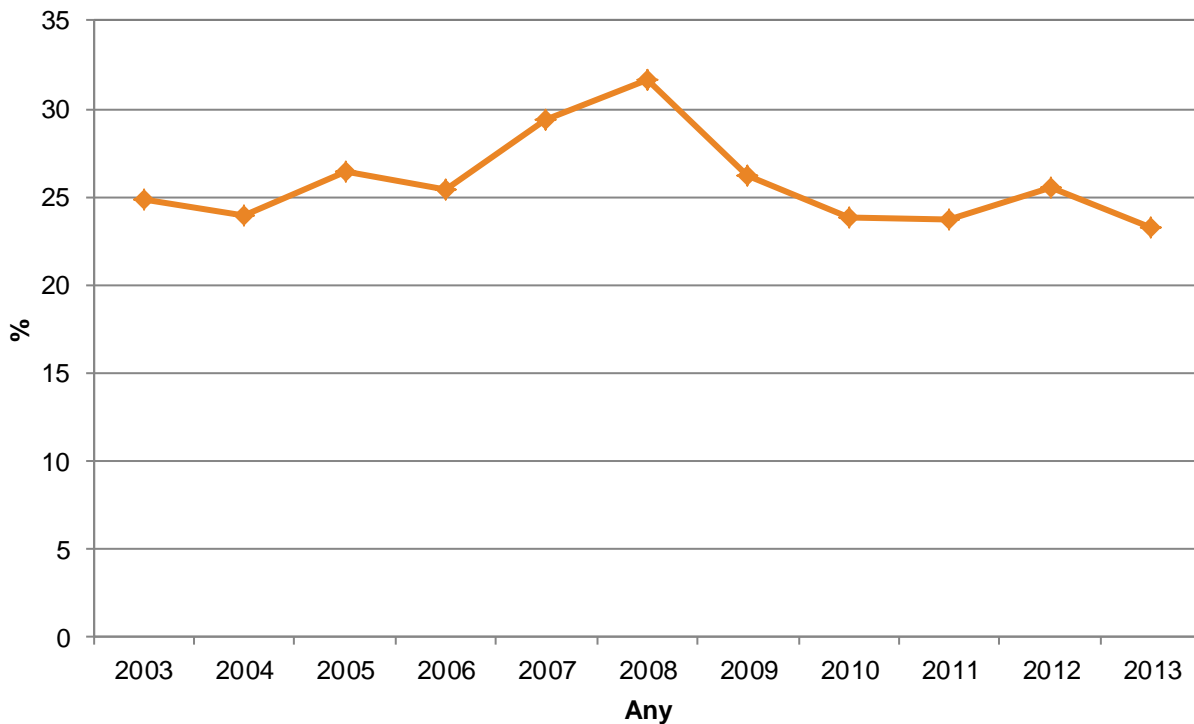
Les taxes d'infecció en ferida quirúrgica es redueixen en les artroplàsties de genoll després de l'increment de l'any 2013, però augmenten en les artroplàsties de maluc i en la cirurgia de còlon.

La infecció nosocomial a la UCI ha continuat experimentant una disminució substancial en la incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica, després de la implementació l'any 2011 d'un programa específic per a disminuir-les.

Respecte al compliment de la higiene de mans, tant rentat com desinfecció, s'ha reduït per segon any consecutiu després d'haver-se observat un important increment en el 2011.

## Cesàries

Taxa de cesàries, 2003-2013

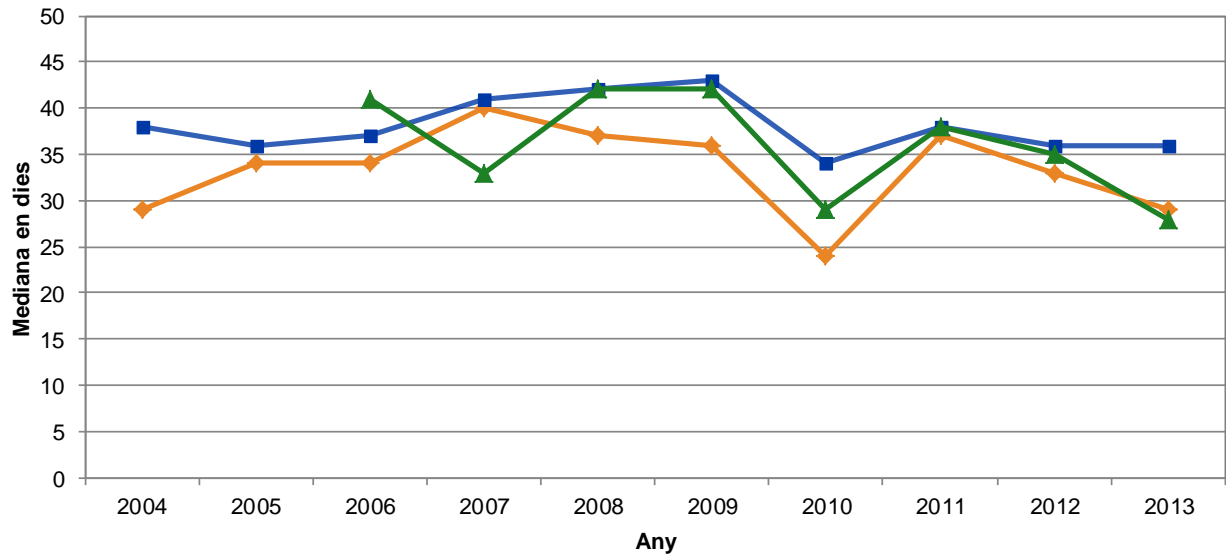


Després d'observar-ne un petit increment en l'any 2012, al 2013 la taxa de cesàries continua disminuint. L'avaluació de l'indicador del PSMAR respecte el global de Catalunya mostra un índex de 1,150 (interval de confiança del 95%: 1,017-1,230; font: MSIQ 2013).



## Intervals de temps en l'atenció del càncer

### Interval entre primera consulta i tractament, 2003-2013



UF: Unitat Funcional

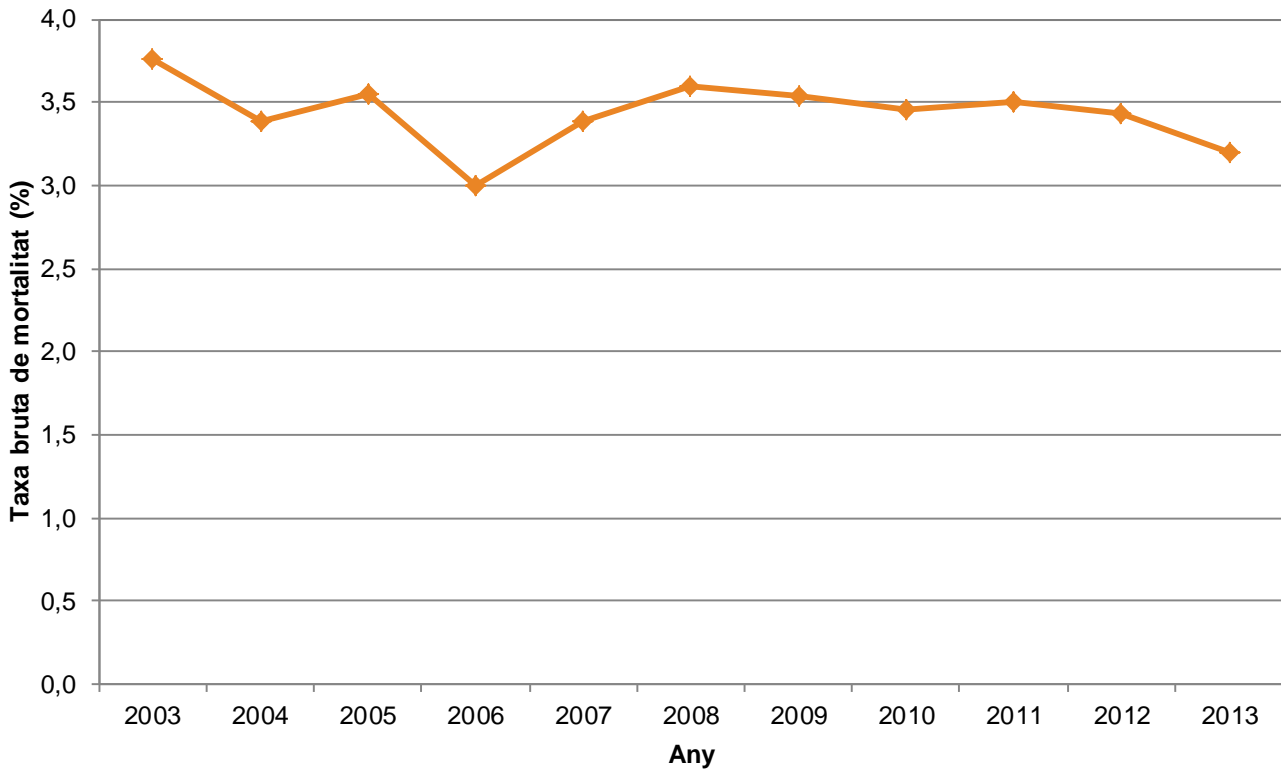
— UF Colorectal — UF Mama — Pulmó

Els indicadors pels intervals entre primera consulta i tractament han disminuït en el càncer colorectal i de pulmó, mentre que en el de mama s'ha mantingut sense canvis. Tant en el cas del càncer de pulmó, com el de colorectal, els intervals són inferiors a 30 dies.

Respecte a l'interval entre el diagnòstic i el tractament, trobem una disminució en els tres casos, situant-se en 27 dies en el càncer colorectal, 28 dies en el de mama i 13 dies en el de pulmó.

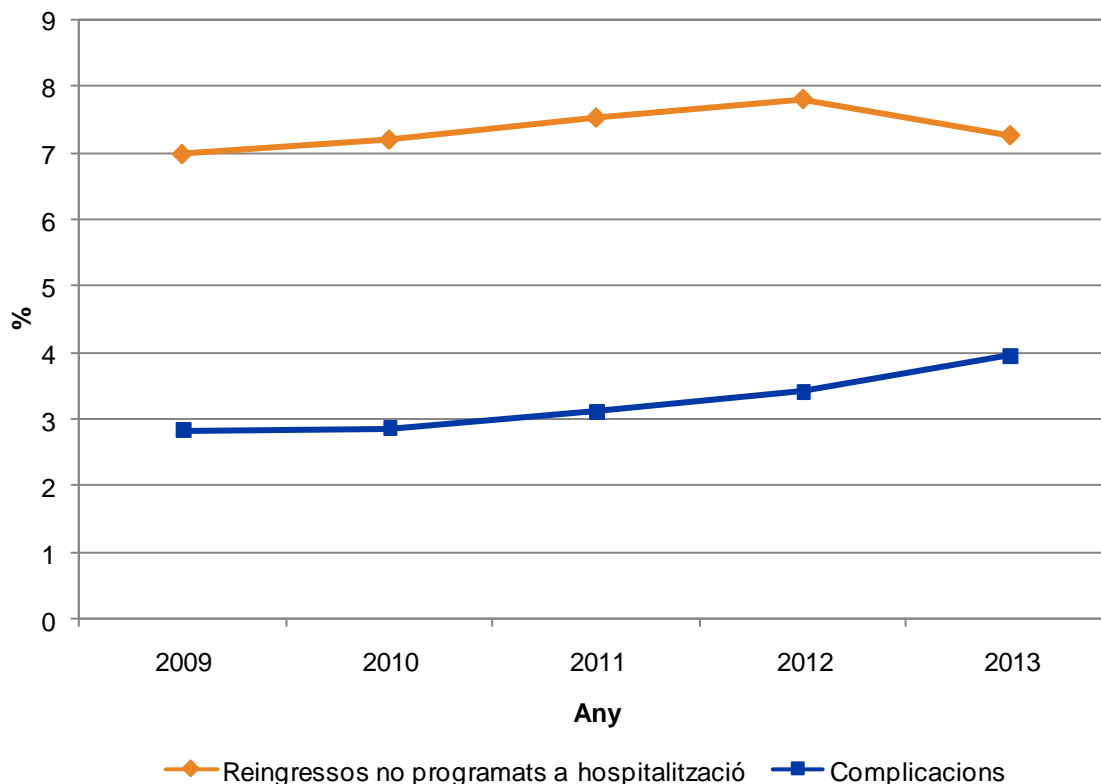
## Mortalitat, Reingressos i Complicacions

## Taxa bruta de mortalitat, 2003-2013



La taxa bruta de mortalitat ha baixat al 3,2% de les altes. Quan s'ajusta per patologia i risc de mort, a través de l'Índex de Mortalitat Ajustada per Risc (IMAR) s'observa una reducció (del 12,7%) en passar d'un IMAR de 0,836 l'any 2012 al 0,730 el 2013. Aquesta disminució en l'IMAR es ve observant des de l'any 2009. Cal destacar també les reduccions en la taxa bruta de mortalitat en els serveis de Pneumologia (del 5,2% al 2,7%), d'Urgències (del 6,4% al 4,7%) i el de Neurologia (del 4,6% al 3,9%). Els augments destacables de mortalitat es corresponen a la Unitat de Geriatria d'Aguts (del 16,1% a 17,0%), al servei de Medicina Interna (del 8,3% al 8,8%) i al servei d'Hematologia (del 3,6% al 4,2%). La mortalitat a Urgències ha disminuït al 0,17%, el que representa una disminució del 9,4% respecte el 2012.

Reingressos i complicacions, 2009-2013

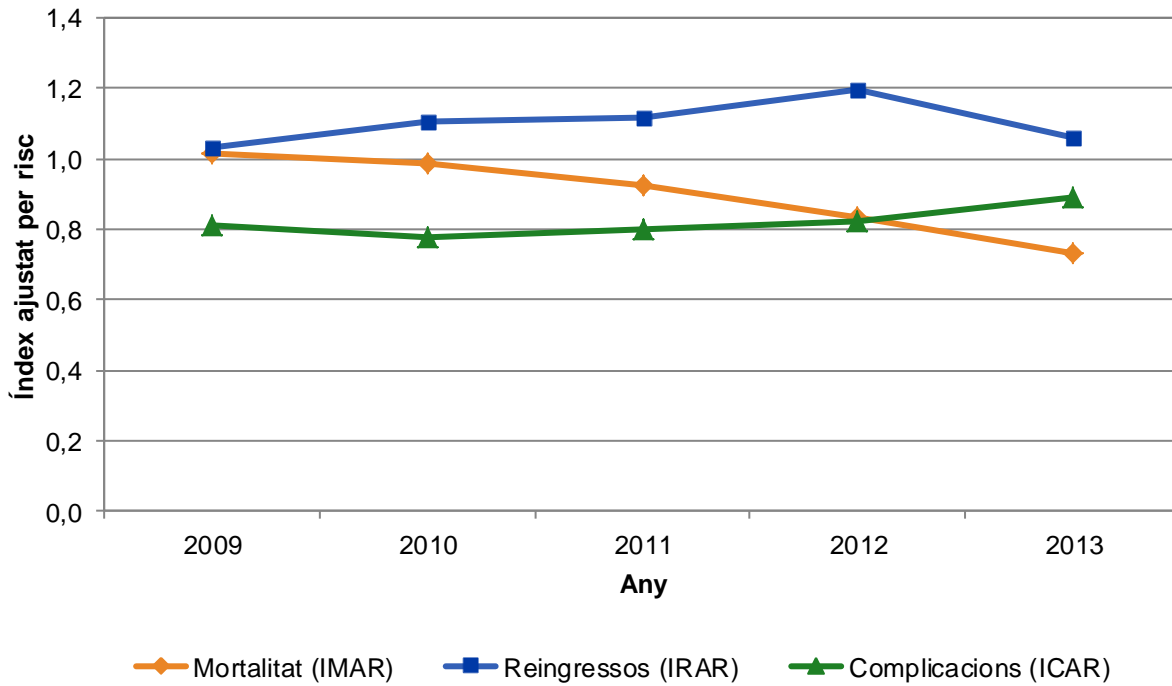


El percentatge de reingressos urgents, dins els primers 30 dies després de l'alta hospitalària, s'ha situat en un 7,3%, un 6% superior a l'esperat quan es compara amb l'estàndard (Índex de Readmissions Ajustades per Risc, IRAR de 1,06). Després d'haver anat augmentant en els tres últims anys, hi ha hagut una disminució del 12,6% respecte al 2012 i del 9,3% respecte al 2011. Per serveis, hi ha una disminució generalitzada respecte a l'any anterior, destacant el servei d'Oncologia (del 16,8% a l'11,8%), Pneumologia (del 20,5% al 17,1%), Medicina Interna (del 13,7% al 10,9%) i Urgències (del 15,2% al 12,8%). Els serveis que mostren un augment respecte l'any anterior han estat la Unitat de Geriatria d'Aguts (del 9,8% a l'11,4%), Hematologia (del 9,2% al 10,6%, tot i que es manté per sota del 15,2% de la norma) i Malalties Infeccioses (del 9,5% al 9,9%).

El percentatge de reingressos a Urgències abans de 72 hores és del 4,7%, el que representa una disminució del 3,8% respecte el 2012.

El percentatge de complicacions es situa en el 3,97%, el que representa uns increments del 16,0% i del 27,3% respecte els anys 2012 i 2011, respectivament. Els serveis que més han augmentat han estat Cirurgia General (del 7,8% al 9,5%) i Oncologia (del 3,3% al 6,9%). Les disminucions destacables en el percentatge de complicacions són per la Unitat de Geriatria d'Aguts (de 9,0% a 8,3%) i Rehabilitació (de 7,5% a 6,1%). A diferència dels reingressos, la taxa de complicacions és clarament menor a l'esperada quan es compara amb l'estàndard (11% menys amb un valor de l'Índex de Complicacions Ajustades per Risc, ICAR, del 0,89).

Indicadors de mortalitat, reingressos i complicacions ajustats per risc 2009-2013



El gràfic mostra una anàlisi conjunta i l'evolució dels índexs ajustats per risc obtinguts de l'aplicació *IAmetrics* sobre el CMBD del PSMAR. L'índex de mortalitat (IMAR) ha estat revisat recentment per tal d'obtenir un ajust més precís i es presenten els IMAR calculats amb el nou model des del 2009. Els índexs de mortalitat (IMAR) i de complicacions (ICAR) es situen per sota d'1, el que representa un millor indicador respecte la norma de comparació. A més, l'IMAR mostra una tendència a la millora, mentre que l'ICAR ha anat empitjorant al llarg dels darrers anys. L'índex de reingressos (IRAR) es manté per sobre del valor 1, el que significa una taxa de reingressos per sobre de la norma de comparació, tot i que ha experimentat una millora important respecte l'any passat.

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

Els ajuts anomenats Projectes Estrella, es van establir l'any 2005 amb l'objectiu d'incentivar iniciatives per a la millora de la qualitat assistencial i introduir una metodologia d'anàlisi i avaluació. Des d'aleshores, en 9 convocatòries s'han presentat un total de 111 Projectes Estrella, dels quals se n'han finançat 29 (entre 3 i 4 per any).

Evolució del nombre de Projectes Estrella presentats i concedits segons any de convocatòria

Any	Projectes presentats	Projectes concedits	Estat
2005	14	3	Finalitzats
2006	18	3	Finalitzats
2007	15	4	Finalitzats
2008	13	3	Finalitzats
2009	4	4	Finalitzats
2010	9	3	Finalitzats
2011	10	3	En curs
2012	17	3	En curs
2013	11	3	Iniciant-se
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>29</b>	

### Convocatòria de l'any 2013

A la convocatòria de l'any 2013 s'hi van presentar 11 projectes, dels quals es van atorgar els tres següents:

#### Programa de vigilància de l'accés vascular per hemodiàlisi

**Coordinadors:** Eduard Mateos i Francesc Barbosa

**Objectiu:** Detectar les alteracions dels paràmetres hemodinàmics que es mesuren en diàlisi, per diagnosticar precoçment les disfuncions de l'accés vascular. Modificar els circuits actuals d'informació al pacient i de coordinació entre serveis. Millorar la valoració prèvia del pacient per tal de reduir el fracàs de tècniques inicials.

## Projecte de millora de la qualitat en l'adequació i prioritació de l'endoscòpia digestiva del PSMAR

**Coordinadors:** Luis Eugenio Barranco

**Objectiu:** Avaluació de l'adequació de l'endoscòpia digestiva ambulatoria en el Parc de Salut Mar. Identificació d'indicadors d'inadequació que permetin elaborar accions de millora. Millora de l'adequació de l'endoscòpia mitjançant una intervenció formativa que consistirà en l'elaboració de guies clíniques que es difondran en forma de xerrades i fulletons. Avaluació de la potencial millora de l'adequació després de la intervenció mitjançant el programa formatiu.

## Oncogeriatría: Avaluació del'impacte de la valoració geriàtrica integral en els pacients ancians del PSMAR diagnosticats de tumors gastrointestinals

**Coordinadors:** Alejandro Martínez i Maria Pi-Figueras

**Objectiu:** Descriure la prevalença de tres grups d'ancians (no fràgils, fràgils-vulnerables, molt fràgils) en els pacients majors de 70 anys diagnosticats de tumors de l'àrea gastrointestinal. Avaluat els tractaments oncològics rebuts, toxicitat, supervivència lliure de progressió, mortalitat deguda al tumor, mortalitat global i qualitat de vida. Unificar els criteris dels professionals implicats per millorar la qualitat de l'atenció.

## Convocatòria de l'any 2012

Els següents tres projectes es van iniciar durant l'any 2013. Es tindran resultats preliminars i finals al llarg del 2014 i 2015.

### Via clínica de la fractura de fèmur proximal en el pacient d'edat avançada

**Coordinadors:** Amelia Rojo i Santos Martínez

**Objectiu:** Unificar els criteris dels professionals implicats per agilitzar el procés, millorar la qualitat del servei, disminuir la morbimortalitat perioperatòria i mantenir la funcionalitat a l'alta dels pacients d'edat avançada amb fractura proximal de fèmur.

### Codi sèpsia intrahospitalària Hospital del Mar

**Coordinadores:** M<sup>a</sup> Milagro Montero i M<sup>a</sup> Pilar Gracia

**Objectiu:** Aconseguir la detecció ràpida del pacient amb sèpsia greu o shock sèptic intrahospitalari (dins la primera hora). Per això s'han considerat el següents objectius específics: aconseguir l'activació del 'Codi sèpsia informatitzat' a càrrec de la infermera o metge responsable. Aconseguir una intervenció ràpida a càrrec del metge i la infermera responsables del malalt amb suport d'un metge del Servei de Malalties Infeccioses i d'un metge de les àrees d'atenció al pacient crític. Crear un únic codi sèpsia a tot l'àmbit hospitalari.

### Continuïtat assistencial en pacients crítics

**Coordinadors:** José Felipe Solsona i Francisco Álvarez

**Objectiu:** Millorar l'eficiència de l'activitat assistencial i l'optimització de recursos en el malalt donat d'alta de la UCI amb un seguiment actiu i presencial per part de medicina i infermeria responsables de la seva assistència en la Unitat de Crítics. Disminuir la mortalitat oculta no esperada i la taxa de reingressos a UCI. Millorar la coordinació entre els serveis implicats en l'atenció als pacients als quals s'indiqui una limitació del tractament de suport vital; i en la detecció i tractament de complicacions.

## Convocatòria de l'any 2011

### Disseny, construcció i validació d'un recurs informàtic per gestionar la càrrega del pacient d'ingrés hospitalari

Aquest projecte es va tancar l'any 2013 i ja es disposa de les conclusions finals.

**Coordinadores:** Carmen Lasso i M. Jesús Vilar

**Objectiu:** Dissenyar, construir i validar un recurs informàtic per gestionar la càrrega assistencial dels pacients a l'ingrés hospitalari. Per això es validaran els temps mitjans necessaris d'execució d'una intervenció infermera, publicats pel College of Nursing, University of Iowa a la pràctica infermera en el Parc de Salut MAR.

**Conclusions:** En aquest treball es pretén contribuir als esforços per definir el producte infermer en l'àmbit de l'atenció hospitalària. Es presenta la validació teòrica i el consens sobre els temps que requereixen les intervencions i/o les cures que les infermeres realitzen als pacients d'ingrés hospitalari del PSMAR, utilitzant la classificació d'intervencions infermeres (NIC) elaborada a l'Escola d'Infermeria de la Universitat d'Iowa (Estats Units). S'ha escollit la NIC per dues raons. En primer lloc, per la integració d'aquesta taxonomia en les trajectòries clíniques estandarditzades del PSMAR. En segon lloc per utilitzar els temps definits per la NIC i validar-ho en el nostre entorn. D'un total de 542 intervencions, se n'han estudiat 124 de les més utilitzades en les trajectòries de l'àmbit d'hospitalització, de les quals s'ha arribat al consens en el 96% dels casos. Per tant, creiem que es poden validar en el nostre entorn (validació interna), ja que es tracta de judicis realitzats per professionals experts en aquestes intervencions i en les diferents àrees d'especialitats. Pel que fa referència a la validació externa, els resultats en el nostre entorn disten molt dels estimats en el context americà. A partir dels resultats podem iniciar la segona part del projecte que tracta d'elaborar una eina que ens ha de permetre mesurar les càrregues assistencials d'infermeria.

Els projectes de la convocatòria 2011 que encara estaven actius i en curs l'any 2013 eren els següents. Està prevista la seva finalització l'any 2015.

### Seguretat en analgèsia epidural

**Coordinador:** Antonio Montes

**Objectiu:** Millorar la seguretat i la qualitat del procés de l'analgèsia epidural en pacients portadors de catèter epidural connectat a un sistema d'infusió (BPC o PCA). Estandarditzar les actuacions del circuit d'analgèsia epidural en el dolor agut (selecció de pacients, tècnica de col·locació, manteniment del catèter i retirada del sistema) amb l'objectiu de minimitzar els errors i efectes adversos, incrementant la seguretat i qualitat del procés. Afavorir la transversalitat del procés, incloent un equip multidisciplinari.

### Avaluació de l'eficàcia, eficiència, seguretat i cost-eficàcia d'una intervenció centrada en infermeria i coordinada amb atenció primària en la prevenció secundària en pacients amb cardiopatia isquèmica d'alt risc en el marc de la unitat de rehabilitació cardíaca del servei de Cardiologia

**Coordinadores:** Consol Ivern i Neus Badosa

**Objectiu:** Avaluat l'impacte de diverses estratègies d'intervenció personalitzada en l'eficàcia terapèutica i els efectes secundaris de l'ús d'estatines per al control de la lipèmia. Millorar la intervenció intrahospitalària i extrahospitalària, mitjançant la intervenció d'infermeria orientada a controlar els nivells lipèmics de pacients amb Cardiopatia Isquèmica d'alt risc mitjançant l'ús protocol·litzat d'estatines, la intervenció educativa intensiva i la coordinació transversal del procés assistencial amb atenció primària.

## Convocatòria de l'any 2010

Els projectes de la convocatòria 2010 que es van tancar durant l'any 2013 són els següents:

### Detecció de l'ictus intrahospitalari (IHS): Programa de formació i entrenament a personal mèdic i d'infermeria del Parc de Salut MAR

**Coordinadores:** Anna Rodríguez i Gemma Romeral

**Objectiu:** Dissenyar i realitzar una formació teòrica i entrenament a metges i professionals d'infermeria de serveis diferents a Neurologia no implicats habitualment en el maneig de pacients amb ictus per optimitzar la detecció i la cura de l'ictus intrahospitalari i disminuir la morbimortalitat.

**Conclusions:** El programa de formació realitzat augmenta significativament el número d'activacions de codi ictus intrahospitalari. Tanmateix, en el període avaluat això no es va traduir en un major percentatge de pacients tractats o en un millor pronòstic. Probablement és degut a un nombre petit de pacients, durant un període curt de registre i en un únic centre, amb una sèrie de pacients amb elevat percentatge de discapacitat prèvia i comorbiditat.

### Millora de la qualitat assistencial per a la implementació de l'alerta electrònica en la prevenció de la malaltia tromboembòlica venosa en els pacients hospitalitzats

**Coordinadores:** Carmen Jiménez i Dolors Girò

**Objectiu:** Conèixer i avaluar la situació de la tromboprofilaxi prèvia al programa d'alerta electrònica de risc trombòtic a l'Hospital del Mar, implantar el programa mitjançant una aplicació informàtica a l'IMASIS i avaluar l'impacte en termes d'aplicació idònia de profilaxi i repercussió en la xifra de morbimortalitat per malaltia tromboembòlica.

**Conclusions:** L'ús de l'alerta en la història clínica electrònica ha millorat l'adequació de la tromboprofilaxi, especialment en pacients oncològics. L'absència de tromboprofilaxi amb HBPM i la infradosificació són les principals causes de tromboprofilaxi inadequada en pacients aguts.

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.



## ALTRES INICIATIVES DE MILLORA DE LA QUALITAT I LA SEGURETAT DEL PACIENT DINS DEL PARC DE SALUT MAR

### Activitat de la Comissió Avaluadora de l'Activitat Assistencial (CA3) i Nucli de Seguretat

La CA3 té com a objectiu principal analitzar aquelles situacions en què s'ha produït un error i implementar accions que redueixin els factors identificats com a contribuents de l'error. Part dels membres que formen la comissió integren el Nucli de Seguretat, grup que es reuneix de manera quinzenal per analitzar els casos que es reben mitjançant la metodologia causa-arrel. De l'anàlisi surten propostes d'accions de millora que finalment són aprovades per la CA3.

Entre 2009 i 2013, s'han analitzat un total de 44 Esdeveniments Adversos, sent l'any 2012 el de major nombre de casos notificats (n=14). L'any 2013 hi ha hagut una davallada en la notificació de casos (n=6).

La majoria dels casos analitzats, 35 dels 44 (79%), van ser notificats directament per professionals de l'organització. El 21% restant provenen del Sistema de Notificació d'Esdeveniments Adversos de la intranet. Aquest sistema ha rebut un total de 107 notificacions durant aquest període, la majoria de les quals s'han resolt amb accions de millora sense haver estat necessària una anàlisi causa-arrel.

Del total de casos notificats, només s'avaluen aquells que per la seva gravetat, circumstàncies, etc., es consideren sentinella.

En total, 82 professionals han participat en la notificació o anàlisi d'algun esdeveniment advers. Els professionals notificadors i relators dels casos analitzats van ser majoritàriament metges (85% i 90%, respectivament).

L'àrea amb major nombre d'incidents notificats va ser urgències (23.3%), seguida de traumatologia i anatomia patològica (9.3% ambdós).

### Resultats de les anàlisi causa-arrel

En el 50% dels casos analitzats, la manca d'informació o una interpretació inadequada d'aquesta va ser un problema. En el 47.2% ho van ser factors específics del pacient i en el 38.9% el desconeixement de l'existència de protocols aprovats.

En el 54,1% dels casos es van proposar com a mínim dues accions de millora. Pel conjunt de casos analitzats s'han derivat un total de 88 accions, de les quals el 19.3% es refereixen a la millora de l'organització dels recursos, el 17% a la creació de circuits o protocols i el 10.2% a la millora de la informació escrita.

### Alguns exemples d'accions derivades de l'anàlisi dels casos

- ✓ Elaboració i difusió del protocol de control de monitors a la Sala d'Observació
- ✓ Protocol de coordinació en la infecció urinària
- ✓ Protocol per al diagnòstic i el tractament de la malaltia pelviana inflamatòria (MPI)
- ✓ Sistema d'avisos per e-mail al metge sol·licitant dels diagnòstics positius de càncer des d'Anatomia patològica
- ✓ Revisió del temps disponible en què es pot modificar la informació clínica
- ✓ Nou circuit de mostres quirúrgiques
- ✓ Revisió del procediment d'interconsulta
- ✓ Criteris d'indicació de limitació de l'esforç terapèutic
- ✓ Formació en la identificació de l'ictus intrahospitalari

## Canvis en el sistema de notificació d'esdeveniments adversos

L'any 2013 el Departament de Salut va canviar el sistema de notificació d'esdeveniments adversos. Es va passar del SINASP (*Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente*), facilitat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat com a part de l'estratègia en Seguretat del Pacient pel Sistema Nacional de Salut, al **TPSC Cloud** (*The Patient Safety Company*), facilitat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Aquest nou sistema de notificació i registre té la mateixa funció i finalitat però té l'avantatge que permet una gestió dels casos més àgil i proporciona eines sistematitzades d'anàlisi dels mateixos. No obstant, el canvi ha suposat que el sistema de notificació no fos operatiu entre abril i setembre del 2013, abans no ha estat plenament implantat.

## Altres projectes per la seguretat dels pacients

Durant el 2013, a diferents àrees i serveis del Parc de Salut Mar s'ha continuat treballant en altres projectes transversals relacionats amb la seguretat del pacient, implantats des de fa temps o més recentment, com la millora de la identificació dels pacients, amb un seguiment diari de la correcta col·locació de braçalets, l'administració del llistat de comprovació quirúrgic, que ha estat informatitzat, la prevenció de caigudes intrahospitalàries, i la valoració i el maneig del dolor, entre d'altres.

### Identificació del pacient

Pel que fa a la identificació del pacient, després de l'esforç dels últims anys podem dir que durant el 2013 hem assolit una cobertura pràcticament completa de la col·locació sistemàtica de polseres gestionades des del Servei d'Admissions. També durant el 2013 s'ha instaurat un registre diari informatitzat de comprovació de polseres. Cal, no obstant insistir en la verificació activa dels noms dels pacients.

Els últims talls transversals d'observació es van realitzar el novembre del 2013 a pacients ingressats a diferents plantes de l'Hospital de l'Esperança (Cirurgia General, Cures Pal·liatives, Rehabilitació i Unitat de Geriatria d'Aguts) i del Centre Fòrum (Convalescència i Llarga estada). Es van enquestar 73 pacients que estaven a la seva habitació, no tenien cap alteració en el nivell de consciència i podien respondre a l'enquesta. Els enquestadors van ser residents de Medicina Preventiva i Salut Pública de la Unitat Docent del Parc de Salut Mar.

Els resultats van mostrar que el 98,6% (n=72) dels pacients enquestats portaven la polsera identificativa. Un 22,2% (n=16) dels casos havia dut més d'una polsera al llarg de l'ingrés i en tots els casos s'havia reposat, excepte en un cas, que l'havia portat en algun moment des de l'admissió però no la portava en el moment de l'observació.

Pel que fa a la identificació activa (verificació del nom i cognom abans de qualsevol procediment) s'ha iniciat una avaluació per conèixer el grau d'identificació activa del pacient. La primera observació s'ha fet a la unitat d'extraccions del Laboratori de Referència de Catalunya ubicada a l'Hospital del Mar, amb l'observació de 20 professionals. La identificació activa (verificar el nom i cognom del pacient a qui s'ha de fer l'extracció) es va realitzar en el 90% dels casos, encara que en un 30% d'aquests de forma no exhaustiva.

### Anàlisi de Problemes Relacionats amb la Medicació (PRM)

Es consideren problemes relacionats amb la medicació (PRM) totes aquelles situacions on intervenen medicaments que, en cas de no prescriure's correctament, o quan la prescripció s'ha de modificar en base a determinades circumstàncies o característiques del pacient, poden derivar en resultats clínics negatius. Aquests problemes de salut derivats de la farmacoteràpia, ocasionats per diverses causes, poden conduir al fracàs de l'objectiu terapèutic o a l'aparició d'efectes no desitjats. El servei de farmàcia disposa des de l'any 2009 d'un sistema de registre manual de les incidències relacionades amb els medicaments prescrits als

pacients. Les incidències es detecten a partir d'una aplicació desenvolupada pel mateix Servei de Farmàcia i el d'Informàtica. L'aplicació combina informació de dos orígens diferents, per una banda el perfil farmacoterapèutic i analític del pacient obtingut de l'IMASIS, i per l'altra, la informació d'un fitxer de coneixement farmacològic confeccionat per a cada medicament. Basant-se en la informació introduïda en aquest fitxer i de les dades del pacient, l'aplicació permet fer un cribratge d'aquells malalts que poden presentar un PRM. Cada possible PRM genera un avís per a què sigui avaluat pel farmacèutic i fer, si s'escau, una intervenció avisant als prescriptors i/o infermeres del possible PRM i de com evitar-lo. En el marc d'un projecte de millora de la qualitat assistencial concedit l'any 2008, es va fer una primera anàlisi d'aquests PRM generats entre 2009 i 2011 (més de 13.000), els resultats dels quals van ser presentats i es poden consultar a la intranet. Les intervencions es van efectuar majoritàriament per corregir errors de prescripció i reducció de dosi dels fàrmacs. Així mateix, l'acceptació de les intervencions farmacèutiques va superar el 67% durant els 3 anys de l'estudi.

El treball de revisió de cada prescripció i el registre de les incidències, malgrat no estar informatitzat, ha esdevingut una eina molt útil tant a nivell formatiu pels facultatius que prescriuen, millorant l'adequació de la prescripció en molts casos, com pel propi Servei de Farmàcia, per conèixer la casuística de les incidències de la prescripció.

Durant el 2013 s'ha iniciat un treball per realitzar un sistema de vigilància epidemiològica dels PRM que permeti detectar patrons de PRM i nous problemes potencialment prevenibles que permetin realitzar intervencions de millora. L'anàlisi preliminar del primer semestre del 2013 ens mostra que un nombre limitat de fàrmacs ocasionen la meitat de les alertes i intervencions, i que, respecte els primers anys d'instauració, l'acceptació de les intervencions correctores proposades ha augmentat fins al 71%.

### Estudi consentiments informats

Dins l'àmbit de la millora de la informació al pacient, i per donar resposta a una iniciativa del Servei d'Atenció a l'Usuari de valorar la percepció dels pacients en relació a la informació que reben a través del consentiment informat, des del Servei d'Epidemiologia i Avaluació, amb el suport d'estudiants en pràctiques de Documentació Clínica, s'ha realitzat un estudi per avaluar la presència del consentiment informat en els procediments quirúrgics que ho requereixen i la qualitat de la informació escrita dels mateixos. S'ha dissenyat també un estudi de percepció dels pacients a realitzar durant el 2014.

Es va revisar una mostra de 362 intervencions quirúrgiques dels serveis de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Cirurgia General, Neurocirurgia, Otorinolaringologia, Oftalmologia i Urologia realitzades entre octubre del 2012 i setembre del 2013 als hospitals del Mar i de l'Esperança. El consentiment informat pel procediment quirúrgic constava en el 85,1% dels casos, oscil·lant entre el 66,7% i el 100% segons serveis. El consentiment informat pel procediment d'anestèsia constava en el 77,3% dels casos, variant entre 55,0% i 88,8% segons serveis.

En relació a la qualitat de la informació, els consentiments per als procediments d'anestèsia contenen poca informació sobre la intervenció (en què consisteix, finalitat, beneficis, contraindicacions,...). Els consentiments per als procediments quirúrgics tenen aquesta informació més completa, tot i que en percentatges millorables (83,4% en què consisteix, 57,3% finalitat, 77,9% beneficis, 49,8% contraindicacions). La informació sobre possibles alternatives estava al voltant del 50% en ambdós casos. Altres aspectes com la correcta identificació del pacient, servei, centre o metge responsable, en canvi, consten en més del 90% dels consentiments.

## ACREDITACIÓ DELS CENTRES SANITARIS

L'acreditació de centres sanitaris es defineix com un procés pel qual una organització sanitària s'incorpora a un sistema de verificació externa que avalua el nivell en què es situa l'organització en relació amb un conjunt de referents, consensuats amb els experts i adaptats al territori.

Tant l'Hospital del Mar com l'Hospital de l'Esperança, en ser centres d'aguts, han de ser acreditats pel Departament de Salut com a tals per a ser centres proveïdors del CatSalut. L'any 2009, en la primera acreditació amb aquest model, l'Hospital del Mar va obtenir una puntuació de 85% i el de l'Esperança una puntuació de 84% d'assoliment d'estàndards.

Per l'acreditació de l'any 2013-14 es va realitzar una revisió amb la participació de professionals de diferents institucions, entre d'altres del PSMAR. En el nou model destaca la incorporació d'estàndards de seguretat del pacient, així com l'increment en 160 estàndards fins a un total de 685.

### Autoavaluació

L'autoavaluació és requisit indispensable per fer l'avaluació externa i ha de ser remesa al Servei d'Acreditació del Departament de Salut. L'han realitzat els professionals del Programa de Qualitat del PSMAR amb la participació dels responsables dels processos auditats. En aquesta autoavaluació s'ha tingut en compte la valoració obtinguda per cadascuna de les àrees auditades en el primer procediment de l'acreditació i els successius plans de millora que s'han anat planificant i executant en els últims anys en els centres d'aguts.

### Auditoria externa

El procediment d'auditoria ha de ser realitzat per alguna de les tres empreses autoritzades pel Departament de Salut. Finalment, es va seleccionar *Addient SL* atenent l'experiència demostrada en el sector i el coneixement previ que aquesta empresa tenia de la nostra organització, ja que va realitzar el primer procediment d'acreditació en els nostres centres. L'auditoria externa es va realitzar per part de dues auditores avaluant els dos centres a través de la revisió de documentació, entrevistes amb els diferents responsables, visitant les instal·lacions i fins i tot conversant amb els professionals. En l'auditoria externa han participat tots els nivells directius de les àrees assistencials i no assistencials, a més d'un nombre important de professionals de totes les àrees. Per aquest fet, la implicació de tots ha suposat un valor afegit al resultat final obtingut.

### Metodologia

Una part essencial del procés consisteix en recopilar i gestionar la documentació que acredita el compliment de cadascun dels estàndards avaluats. Per això s'ha necessitat la participació activa dels responsables de les diferents àrees així com la supervisió de la direcció.

### Resultats

L'Hospital del Mar i l'Hospital de l'Esperança van superar el procediment de renovació de l'acreditació amb una puntuació de 91,1%. Això significa un increment del 5% respecte a la primera acreditació, tenint en compte que en aquest últim model d'acreditació d'aguts es van incloure 160 estàndards més.

El criteri que va obtenir la millor puntuació va ser el de Processos (criteri 5) amb un 99,7% d'assoliment. En aquest criteri hi trobem el 45,7% dels estàndards assolits de tots els estàndards de l'acreditació (287 sobre 628 estàndards assolits). En la majoria dels seus subcriteris s'ha assolit la màxima puntuació amb un 100% de compliment dels estàndards de qualitat.

El segon millor criteri puntuat va ser el de Lideratge (criteri 1) aconseguint una puntuació de 94.37% (67 estàndards assolits).

El criteri amb pitjor puntuació va ser el relacionat amb els Resultats en la Societat (criteri 8) aconseguint un 35,3% (6 estàndards assolits). Els estàndards que s'agrupen en aquest criteri estan enfocats a avaluar l'impacte en la comunitat i la pròpia societat de les activitats que es realitzen als centres d'aguts.

Fent una anàlisi més qualitativa dels estàndards de qualitat no assolits podríem indicar que en els pròxims plans de millora s'hauria d'avançar en la incorporació d'una sistemàtica de revisió i actualització de documents estratègics (missió, pla de recursos humans, política mediambiental i de seguretat del pacient). A més de seguir incorporant en els sistemes d'informació dels indicadors d'avaluació de processos i resultats, per exemple, avaluació d'activitats indicades en els protocols, així com el seu grau de revisió i l'impacte mediambiental i científic dels centres d'aguts.

Comparant els resultats obtinguts amb la primera acreditació, podem indicar que l'àrea que més ha evolucionat en la consecució d'estàndards de qualitat ha estat la de Resultats Clau (criteri 9) en incorporar en els sistemes d'informació del PSMAR els indicadors resultat tant de l'activitat global com els específics per àrees.

## Conclusions

S'ha aconseguit una millora important dels estàndards de qualitat en els centres d'aguts del PSMAR.

Aquesta experiència, servirà per seguir treballant en l'acreditació dels nivells socio-sanitari i salut mental dels centres del PSMAR.

Es continuarà treballant en els plans de millora contínua anuals. El Programa de Qualitat planificarà amb els responsables les accions a dur a terme per al compliment dels estàndards de qualitat en els centres d'aguts.

S'ha valorat de manera molt positiva, tant per l'empresa certificadora com pel Programa de Qualitat, la implicació de tots els professionals en la consecució d'aquest procediment, així com la implicació de la Direcció del PSMAR.

### Resultats obtinguts en la renovació de l'acreditació de qualitat en els centres d'aguts del PSMAR, any 2013.

	Estàndards assolits	Estàndards totals	Percentatge d'assoliment
Criteri 1. Lideratge	67	71	94,4%
Criteri 2. Estratègia	21	23	91,3%
Criteri 3. Persones	49	59	83,1%
Criteri 4. Aliances i recursos	92	106	86,8%
Criteri 5. Processos	287	288	99,7%
Criteri 6. Resultats en els clients	16	19	84,2%
Criteri 7. Resultats en les persones	10	13	76,9%
Criteri 8. Resultats en la societat	6	17	35,3%
Criteri 9. Resultats clau	80	93	86,0%
<b>Total avaluació</b>	<b>628</b>	<b>689</b>	<b>91,1%</b>

## SISTEMA DE GESTIÓ DE QUALITAT 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'Anatomia Patològica
- ✓ Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària
- ✓ Serveis d'Esterilització (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)
- ✓ Institut d'Oncologia Radioteràpica (IOR)
- ✓ Banc de Sang (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança)

Durant l'any 2013 es va iniciar el procés d'acreditació de l'ISO de la Unitat d'Hemodiàlisi i l'àrea de Recursos Humans. Des del Programa de Qualitat es valora molt positivament l'esforç i la consciència de qualitat dels professionals de totes aquestes àrees, ja que s'han prestat voluntàriament a sotmetre's al procés de la ISO amb l'objectiu de millorar la qualitat.

En els resultats de les auditories externes realitzades l'any 2013 es va identificar la necessitat de seguir treballant en una sèrie de punts de millora, dels quals en presentem alguns exemples a continuació:

- ✓ Desenvolupar accions correctives estratègiques per evitar noves incidències sobre el transport de mostres
- ✓ Dur a terme una enquesta sobre el clima laboral
- ✓ Acreditar les sessions formatives internes dels serveis acreditats
- ✓ Valorar la necessitat de tenir un manual d'acollida d'alumnes a l'Institut Bonanova
- ✓ Millorar els registres de calibració de les màquines en ús

Totes les oportunitats de millora han estat analitzades pels responsables de qualitat de les unitats i s'han emprès accions per poder prioritzar-les en l'any 2014.

En el seguiment dels objectius de la Comissió d'Estandardització d'ISO per a l'any 2013, s'han obtingut els següents resultats. Els objectius plantejats el curs passat i la seva avaluació per part de la Comissió són els següents:

Objectiu	Nivell*	Observacions
Homogeneïtzar els criteris de definició dels llocs de treball	2	Manca el recolzament del Departament de Recursos Humans. Es planteja mantenir l'objectiu per l'any vinent.
Homogeneïtzar els criteris de <i>No conformitat/Recomanació/Oportunitat de millora</i> . Considerar la inclusió del concepte de "punts forts"	6	S'han consensuat les definicions i s'ha incorporat el concepte d'oportunitat de millora. Es sol·licita que es mantingui la inclusió dels punts forts dels serveis certificats en l'informe de la Comissió 2013
Millorar l'aplicació de <i>No conformitats</i>	5	Manca la seva avaluació. Es proposa mantenir l'objectiu per l'any vinent.

\* 0: no s'ha fet res; 1: objectiu en un estat molt inicial; 2,3 i 4: diferents estadis de consecució; 5: objectiu assolit i 6: objectiu avaluat

En relació a la formació planificada, els responsables i tècnics de qualitat de les diferents unitats amb el sistema de gestió de la qualitat ISO tenen dret a un curs formatiu anual, inclòs en el contracte entre l'empresa auditora SPG i el PSMAR. La formació de cada any la decideixen els membres de la Comissió segons les necessitats formatives detectades. L'any 2013 el curs formatiu va ser 'Indicadors de qualitat. Com dissenyar un quadre de comandament integral' i va ser organitzat per SPG.

## ANNEX 1

### Relació de professionals que l'any 2014 constitueixen el Grup Operatiu de Qualitat

Castells, Xavier. Coordinador del Programa (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Giraldo, Priscila (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)

Torre, Pilar (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)

Vilar, M Jesús (Direcció d'Infermeria)

[Tornar](#)



## ANNEX 2

### Professionals que l'any 2014 constitueixen la Comissió de Qualitat

Balaguer, Rosa (Unitat de Medicina Intensiva i Coronària)  
Beltrán de Heredia, Sandra (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)  
Bory, Felip (Director Mèdic)  
Bruguera, Jordi (Servei de Cardiologia)  
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)  
Chavarría, Marian (Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària)  
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)  
Díez, Adolfo (Servei de Medicina Interna)  
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)  
Escribano, Jesús (Unitat de Formació Continuada)  
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)  
Giraldo, Priscila (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)  
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Medicina Infecciosa)  
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)  
Lloreta, Josep (Servei d'Anatomia Patològica)  
Marín, Mónica (Servei de Farmàcia)  
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)  
Merino, Ana (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Navarro, Xavier (Laboratori de Referència de Catalunya)  
Pascual, Julio (Servei de Nefrologia)  
Pastor, Pilar (Unitat de COT i Urologia)  
Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)  
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a l'Usuari)  
Riera, Mercè (Unitat de Convalescència)  
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)  
Torre, Pilar (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)  
Vilar, M Jesús (Direcció d'Infermeria)  
Vinué, Josep M<sup>a</sup> (Secretaria Tècnica)

[Tornar](#)

## ANNEX 3

### Professionals que l'any 2014 constitueixen el Consell de Qualitat

Aceña, Rosa (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Albanell, Joan (Servei d'Oncologia)  
Aloga, Manel (Servei de Radioteràpia)  
Balaguer, Rosa (Unitat de Medicina Intensiva i Coronària)  
Bardallo, M<sup>a</sup> Dolores (Escola Superior d'Infermeria del Mar)  
Bartrons, Rosa (Unitat de Cirurgia General)  
Bastida, Margarita (Unitat de Malalties Infeccioses)  
Beltrán de Heredia, Sandra (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)  
Benito, Pere (Servei de Reumatologia)  
Bernard, Montserrat (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Besses, Carlos (Servei d'Hematologia)  
Blanes, Guadalupe (Àrea Quirúrgica i Esterilització)  
Blat, Rosa (Unitat d'Onco-Hematologia)  
Bory, Felip (Director Mèdic)  
Bruguera, Jordi (Servei de Cardiologia)  
Campodarve, Isabel (Servei de Medicina Interna)  
Canari, Xavier (Àrea d'Urgències)  
Capellades, Jaume (Servei de Radiologia)  
Carbonell, Jordi (Servei de Reumatologia)  
Carreras, Ramon (Servei de Ginecologia)  
Castells, Xavier (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Castilla, Miguel (Servei d'Oftalmologia)  
Caus, Fina (Àrea d'Urgències)  
Chavarría, Marian (Institut Bonanova de Formació Professional Sanitària)  
Cirera, Isabel (Servei d'Urgències)  
Clarà, Albert (Servei de Cirurgia Vasculard)  
Claret, Myriam (Servei d'Admissions)  
Comas, Mercè (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Conesa, Gerard (Servei de Neurocirurgia)  
Cots, Francesc (Servei de Control de Gestió)  
Díez, Adolfo (Servei de Medicina Interna)  
Duarte, Esther (Servei de Rehabilitació)

Escalada, Ferran (Servei de Rehabilitació)  
Escolano, Fernando (Servei d'Anestesiologia)  
Escribano, Jesús (Unitat de Formació Continuada)  
Esperanza, Cuca (Coordinadora d'Infermeria Àrea Quirúrgica)  
Flores, Juana (Servei d'Endocrinologia)  
Fontané, Joan (Servei d'Otorrinolaringologia)  
Fortuny, Joan Ramon (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Garcia, Lourdes (Directora d'Infermeria)  
Garreta, Marisa (Coordinadora d'Infermeria de l'Àrea Sociosanitària)  
Gea, Joaquim (Servei de Pneumologia)  
Giraldo, Priscila (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Gomar, Pau (Director de Recursos Humans)  
González, Cristina (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Grande, Luis (Servei de Cirurgia General)  
Horcajada, Juan Pablo (Servei de Malalties Infeccioses)  
Huarte-Mendioca, Ana (Unitat de Llarga Estada)  
Ibáñez, Rocío (Directora Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum)  
Izquierdo, Elisabeth (Directora de Tecnologies de la Informació i la Comunicació)  
Junyent, Ernestina (Unitat de Nefrologia-Hemodiàlisi)  
Laso, Sílvia (Unitat de Cirurgia General)  
Lloreta, Josep (Servei d'Anatomia Patològica)  
López, Mercè (Banc de Sang)  
López-Botet, Miguel (Director de Recerca)  
Marín, Mónica (Servei de Farmàcia)  
Martínez, Santos (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)  
Merino, Ana (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions - INAD)  
Minguell, Rosa (Coordinadora d'Infermeria Pacient Extern)  
Monllau, Joan Carles (Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia - COT)  
Montes, Antonio (Servei d'Anestesiologia i Reanimació)  
Muñoz, Encarna (Unitat de Neurologia, Neurocirurgia i Medicina Interna)  
Mur, Antonio (Servei de Pediatria)  
Navarro, Xavier (Laboratori de Referència de Catalunya)  
Naya, Concha (Servei d'Anatomia Patològica)  
Nogués, Xavier (Servei de Medicina Interna)  
Pané, Olga (Gerent Parc de Salut MAR)  
Pascual, Julio (Servei de Nefrologia)  
Pastor, Pilar (Unitat de COT i Urologia)

Payà, Antoni (Servei de Ginecologia i Obstetrícia)  
Peláez, Esther (Directora d'Economia i Finances)  
Pérez, Narcís (Secretaria del Consell Rector)  
Pérez, Maribel (Directora Comunicació i Atenció a l'Usuari)  
Pérez, Víctor (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions – INAD)  
Pujol, Ramon (Servei de Dermatologia)  
Pujolar, Núria (Coordinadora d'Infermeria de l'Àrea Mèdica)  
Riera, Mercè (Unitat de Convalescència)  
Roquer, Jaume (Servei de Neurologia Clínica)  
Rubio, Aureli (Director de Serveis de Suport)  
Rubio, Francesc (Direcció d'Infermeria)  
Sala, Maria (Servei d'Epidemiologia i Avaluació)  
Salar, Antonio (Servei d'Hematologia)  
Salas, Esther (Servei de Farmàcia)  
Serra, Consol (Servei de Salut Laboral)  
Serrano, Sergi (Servei d'Anatomia Patològica)  
Solsona, Felipe (Servei de Medicina Intensiva)  
Sorribas, Alberto (Escola Formació Professional)  
Torre, Pilar (Servei de Documentació Clínica i Arxiu)  
Vázquez, Olga (Servei de Geriatria)  
Vilar, M Jesús (Direcció d'Infermeria)  
Vinué, Josep M<sup>a</sup> (Secretaria Tècnica)

[Tornar](#)

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))

Míriam Caracuel ([mcaracuel@parcdesalutmar.cat](mailto:mcaracuel@parcdesalutmar.cat))

Servei d'Epidemiologia i Avaluació

Hospital del Mar