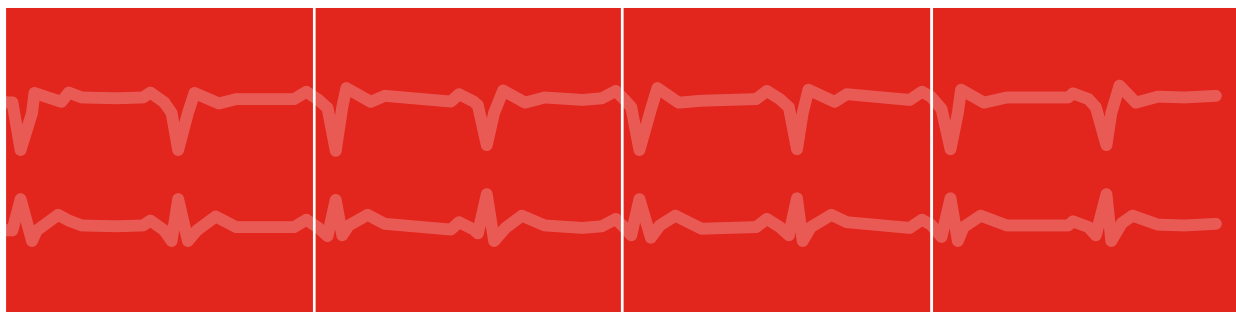


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Central de Resultats

Emergències
Dades 2016

Dades

16

<http://observatorisalut.gencat.cat>

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Emergències. Dades 2016. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888
Fax: 93 551 7510
<http://aquas.gencat.cat>
<http://observatorisalut.gencat.cat/>

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
1a edició, juliol 2017, Barcelona
Disseny: Joana López-Corduente



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ca>

Resum executiu	5
Introducció	7
1 Satisfacció de les persones usuàries	11
2 Codis d'activació	17
3 Aturada cardíaca	23
4 Estació clínica d'emergències	29
5 Accés i publicació a la Història Clínica Compartida de Catalunya	33
6 Annexos	37
Relació d'indicadors	39
Fitxes dels indicadors analitzats	41
Taules de resultats	46

Resum executiu


El SEM, 061Catsalut Respon, va plantejar com a repte l'any 2016 incorporar la percepció de les persones usuàries en la millora de la gestió dels seus serveis, i ho ha fet prenent com a model la metodologia utilitzada en els estudis del Pla d'enquestes de satisfacció PLAENSA del Servei Català de la Salut. En la fase qualitativa d'anàlisi, les persones usuàries van mostrar un nivell de satisfacció elevat, així com també van conèixer els telèfons als quals cal trucar quan es produeix una emergència sanitària. Quan és necessari el trasllat en ambulància, proposen incloure la possibilitat de ser traslladats al seu centre de referència, llevat d'excepcions justificades. Decidir sobre la participació de la família en el trasllat i el control del dolor són qüestions clau per valorar el servei com a satisfactori.

Pel que fa a les reclamacions, durant el 2016 s'han gestionat 129 reclamacions de transport sanitari urgent que representen el 0,02% dels 768.768 incidents registrats a Girona, Barcelona ciutat i Metro Sud. Els motius expressats tenen a veure amb les manifestacions subjectives que envolten l'impacte emocional en una situació d'urgència, així com les altes expectatives amb el sistema.

En **xifres globals, a Catalunya** el 92,5% dels codis infarts aguts de miocardi (IAM) activats són derivats a l'hospital idoni en menys de 90 minuts. L'entorn purament urbà, com la ciutat de Barcelona, la seva àrea metropolitana, Lleida i el Camp de Tarragona superen aquest percentatge (96,6%, 95%, 94,8% i 94%, respectivament). A la Catalunya Central no se supera el 70%, fet que s'explica per la necessitat de derivar els malalts a altres regions sanitàries amb els recursos hospitalaris necessaris.

En el marc del Codi Ictus, des del 2014 el percentatge de malalts a qui s'ha valorat amb l'escala RACE (Rapid Arterial occlusion Evaluation) ha anat augmentant progressivament, des del 22,7% al 2014 fins arribar al 77,6% al 2016. Destaquen els percentatges aconseguits a les regions de Girona (79%), Lleida (84,7%) i la ciutat de Barcelona (83,3%).

El Codi PPT (atenció al pacient politraumàtic) és el que ha rebut un major nombre d'activacions per part del SEM, i ha superat els 9.500 casos el 2016. En el global de Catalunya se supera el 98% pel que fa als casos derivats a un centre definitiu i, en cap cas, cap regió sanitària baixa del 95%.



Durant el 2016 el SEM ha impulsat un procediment per a la Central de Coordinació Sanitària que estructura com donar indicacions telefòniques als alertants que atenen una aturada cardíaca, d'acord amb la situació i l'entorn en què es produeix l'aturada. L'aplicació del procediment als territoris que coordina la sala de Reus varia entre el 10,7% de Terres de l'Ebre i el 19,4% de l'Alt Pirineu i Aran, mentre que la sala de l'Hospitalet varia entre el 5,7% de Girona i el 7,6% de les àrees metropolitanes, a excepció de Catalunya Central amb un 12%. El percentatge global de compliment del registre Utstein és del 73,9 %, i del 26,9% del registre ROSC.

D'altra banda, el SEM està desenvolupant un projecte de disseny i implantació d'una aplicació que permeti l'elaboració dels informes assistencials en format digital sobre dispositius mòbils, amb capacitat per enviar la informació a l'hospital de destí i a la història clínica compartida (HC3). Al llarg de l'any 2016 s'ha anat estenent i actualment està disponible a totes les unitats de suport vital avançat de Barcelona ciutat, a més de la unitat de suport vital avançat de Mataró.

A més, els metges i els infermers de la Central de Coordinació Sanitària del SEM tenen accés directe a l'HC3. En particular, l'accés al Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) té un alt valor per a aquests professionals, ja que facilita una millor presa de decisions en el procés d'una atenció no presencial al pacient.

Introducció

■ *Aquest any 2017 es publiquen per sisè any consecutiu resultats nominals dels centres del SISCAT*

■ *L'edició d'aquest any incorpora els informes d'emergències i de formació sanitària especialitzada.*

■ *La Central de Resultats s'ha convertit en un instrument de referència*

■ *Enguany s'ha començat a establir vincles amb societats científiques*

L'any 2010 es va presentar el primer informe de la Central de Resultats amb indicadors generals d'estils de vida, utilització de serveis i qualitat de vida. A partir del 2012 es comencen a publicar informes per àmbit (atenció hospitalària, atenció primària, atenció sociosanitària i salut mental i addiccions). Durant els anys següents s'amplien els àmbits de salut recollits (recerca, salut pública) i s'afegeix un informe amb una visió territorial. Per tant, aquest any 2017 es publiquen per sisè any consecutiu els resultats nominals relatius a 2016 dels centres hospitalaris i d'atenció primària del sistema integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), per cinquè any en el cas dels centres sociosanitaris i de salut mental, i per segon any els resultats de salut pública i territorial. El 2017 incorpora com a novetats l'edició dels informes d'emergències i de formació sanitària especialitzada. Aquesta diversitat respon a la demanda expressa dels diferents àmbits per fer *benchmarking* i retre comptes.

Amb aquest bagatge i abast, la Central de Resultats es pot considerar avui dia un projecte madur que s'ha convertit en un instrument de referència en el sistema sanitari.

Des del seu inici, els professionals sempre han tingut un paper molt important en la Central de Resultats. El projecte compta amb un comitè d'experts que vetlla des d'un punt de vista científic i tècnic per la qualitat dels informes, afavoreix que la informació sigui entenedora per als diferents públics i que se'n faci difusió, tot potenciant la comparació dels resultats entre iniciatives nacionals i internacionals.

També des de l'inici del projecte existeixen grups de treball per a cada informe, en què es discuteixen els indicadors i es fan propostes de millora, així com una comissió tècnica, formada per persones representants de les diferents patronals. A més, en els darrers anys s'estan potenciant tallers amb professionals per discutir els resultats. En són exemples els realitzats en els àmbits de cardiologia, ictus i atenció primària.

Enguany, i a gràcies a la intermediació de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, s'ha fet un pas actiu per contactar amb les societats científiques, sobretot amb la CAMFiC-Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental i la Societat Catalana

■ *La ciutadania ha col·laborat en el projecte tot treballant en l'adequació de les infografies*

■ *Tots els informes inclouen experiències innovadores recollides a l'OIGS*

■ *L'elaboració dels informes suposa l'anàlisi d'un gran volum de dades*

■ *Els resultats es presenten per homes i dones*

de Psiquiatria Infantojuvenil. La relació amb aquestes societats està permetent donar encara més solidesa als indicadors analitzats, així com una difusió més gran entre els professionals. Durant el proper any, s'establiran contactes amb les societats científiques corresponents a la resta d'àmbits de la Central de Resultats.

Va ser l'any 2016, però, que la ciutadania va prendre un paper més rellevant en el projecte. Tot i que sempre havia estat present en el vessant de transparència i retiment de comptes del projecte, va ser l'any passat quan es va treballar en l'adequació de les infografies. Els resultats d'aquesta col·laboració es plasmen en la infografia que s'ha preparat enguany.

Com altres anys, tots els informes inclouen experiències innovadores que han permès obtenir bons resultats assistencials, recollides a l'Observatori d'Innovació en Gestió de la Sanitat a Catalunya (<http://oigs.gencat.cat>), així com l'opinió de persones expertes.

Val a dir que l'anàlisi que es presenta és un magnífic exemple de reutilització de la informació sanitària disponible per a la planificació i la millora de la qualitat assistencial, així com per a la recerca, que el programa PADRIS permet. Aquests informes inclouen al voltant de 60 indicadors cadascun, provinents d'una vintena de registres administratius diferents, fet que suposa un volum molt important de dades analitzades.

Conscients de les diferències per sexe en l'atenció a la salut (en l'accés i en els resultats), i en resposta a la Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes, sempre que és possible els resultats es presenten de manera separada per dones i homes. Per descomptat, les taules amb els valors de tots els indicadors centre per centre –el tret diferencial de Central de Resultats– segueixen presents.

Finalment, i tot seguint amb la feina iniciada al voltant de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, i molt especialment de l'informe sobre desigualtats així com del treball realitzat en el disseny d'un indicador socioeconòmic per al finançament de les ABS, s'ha posat el focus en les desigualtats i s'han inclòs en diferents informes indicadors relatius a desigualtats socials. Aquest aspecte s'anirà reforçant en informes futurs.

Com altres vegades, tota la informació està també disponible en fulls de càlcul dinàmics disponibles al web de l'Observatori (<http://observatorisalut.gencat.cat>), així com mitjançant els fitxers de dades obertes que, en compliment dels estàndards internacionals del W3C, es posen a la disposició de tothom al web de la Generalitat de

Catalunya (<http://dadesobertes.gencat.cat>). A més a més, enguany també es presenten alguns resultats en mapes, amb una presentació més visual i es facilita sobretot, la interpretació territorial.

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) elabora aquests informes per encàrrec del Servei Català de la Salut, però han comptat amb la col·laboració i el suport de múltiples professionals i persones expertes de tots els àmbits, tant del Servei Català de la Salut i del Departament de Salut com de moltes altres organitzacions, relacionades de manera directa o indirecta amb el SISCAT. És amb l'objectiu de millorar els resultats de l'atenció sanitària a la ciutadania que tots els professionals relacionats amb aquest projecte treballem cada dia.

■ *Les dades també estan disponibles en format d'infografia, dades obertes i mapes*





Satisfacció de les persones usuàries

Dades

16

Satisfacció de les persones usuàries

Estudi qualitatiu per conèixer la qualitat percebuda dels serveis del SEM 061CatSalut Respon

■ *El SEM, 061Catsalut Respon, incorpora la percepció de les persones usuàries en la millora de la gestió dels seus serveis*

El SEM, 061Catsalut Respon, es va plantejar com a repte l'any 2016 incorporar la percepció de les persones usuàries en la millora de la gestió dels seus serveis, i ho ha fet, prenent com a model la metodologia utilitzada en els estudis del Pla d'enquestes de satisfacció PLAENSA del Servei Català de la Salut.

La revisió exhaustiva del procés i la seva posterior validació amb experts va constatar la gran complexitat del model d'atenció del SEM, tant a nivell organitzatiu com d'identificació de les persones usuàries en els diferents serveis que es presten.

Els serveis identificats com a claus són tres: l'atenció telefònica administrativa, l'atenció telefònica assistencial i l'atenció sanitària urgent amb o sense trasllat en ambulància. Aquest últim servei és el més conegut com a prestació del SEM però, a la vegada, ha resultat el més difícil de valorar, ja que el pacient en ocasions no està conscient o no ha estat qui ha fet la petició del servei i, per tant, no pot valorar en el seu conjunt el procés d'atenció sanitària urgent rebuda.

■ *El nivell de satisfacció de les persones entrevistades és elevat*

Per poder definir els elements d'interès en la prestació assistencial que s'emmarca en el servei denominat "Atenció Sanitària Urgent", es va dur a terme una revisió de la literatura científica respecte a altres estudis de qualitat de l'atenció sanitària urgent; es van realitzar sessions de treball amb professionals per determinar quin o quins eren els circuits que seguia el pacient que rep aquesta prestació per, posteriorment i seguint el procés descrit, realitzar dinàmiques de caràcter qualitatiu, amb entrevistes semiestructurades telefòniques a persones usuàries, per conèixer la seva percepció sobre l'atenció sanitària rebuda.

En la fase qualitativa van participar un total de 55 persones usuàries de diferents territoris de Catalunya, amb la condició de ser elles mateixes les afectades i estar conscients en tot moment. Els resultats obtinguts en aquesta primera fase permeten afirmar que el nivell

de satisfacció de les persones entrevistades és elevat i es coneixen els telèfons als quals cal trucar quan es produeix una emergència sanitària. La percepció del servei confirma les troballes de la literatura revisada i es defineix en termes de competència, seguretat i rapidesa. Aquest últim valor és l'element fonamental que defineix aquest servei.

■ *L'atenció sanitària urgent es considera altament resolutiva*

Des de la perspectiva del pacient, l'atenció sanitària urgent que es realitza en el domicili, o a la via pública, és un servei que genera alts nivells de satisfacció i és considerat com un tipus d'atenció altament resolutiu. Quan és necessari el trasllat en ambulància, les persones usuàries proposen incloure la possibilitat de ser traslladats al seu centre de referència, llevat d'excepcions justificades. Decidir sobre la participació de la família en el trasllat i el control del dolor són també qüestions clau per valorar el servei com a satisfactori. Menys importants són els aspectes relacionats amb el confort, la cura per la intimitat o la seguretat dels vehicles.

Freqüència de les idees aparegudes en la fase qualitativa

Idea	Nombre de vegades que una mateixa idea ha sortit de forma espontània
Rapidesa en l'arribada del recurs	40
Possibilitat de triar centre de destinació	30
Amabilitat en el tracte	10
Confiança en l'actuació dels professionals	6
Major agilitat en l'arribada del recurs en casos de gravetat	6

Reclamacions

D'acord amb la Instrucció 03/2004 del CatSalut, la reclamació és l'expressió de l'opinió de l'usuari en relació amb un acte o procés assistencial, i n'espera una resposta.

Del número total de reclamacions registrades a la Unitat d'Atenció al Ciutadà (UAC), s'han desestimat aquelles que fan referència a la Central de Coordinació Sanitària. Considerant els incidents que generen mobilització de recurs, s'han descartat les reclamacions imputables al servei d'atenció continuada i aquelles que, un cop fet l'anàlisi del cas, s'han valorat com a no procedents. Amb aquesta premissa, durant el 2016 s'han gestionat 129 reclamacions de transport sanitari urgent que representen el 0,02%, en relació als 768.768 incidents registrats.

El nombre de reclamacions representen un percentatge baix en relació al número d'incidents, comparades amb les xifres publicades per d'altres comunitats autònomes, tenint en compte la variabilitat de paràmetres que dificulten aquesta comparativa. Tot i això, s'observa una tendència a l'alça, amb un 0,01% el 2015 i un 0,02% el 2016. El nombre més elevat de reclamacions està directament relacionat amb el nombre absolut d'incidents i amb el territori amb més densitat poblacional. En destaca, amb un 0,02%, Barcelona ciutat, Girona i Metro Sud. Tot i que el percentatge d'Alt Pirineu també representa un 0,02%, aquest fet correspon a una sola reclamació en el decurs del 2016. Els motius expressats tenen a veure amb les manifestacions subjectives que envolten l'impacte emocional en una situació d'urgència, així com les altes expectatives amb el sistema.

Tanmateix, s'observa una tendència a l'alça d'agraïments amb una variació del 25% respecte a l'activitat total registrada a la UAC. S'entén agraïment com l'expressió de gratitud d'un usuari en relació a un acte o procés assistencial, amb la relació interpersonal o amb qualsevol aspecte relacionat amb l'atenció rebuda.

■ *El nombre de reclamacions representa un percentatge baix*





Codis d'activació



Dades

16

Codis d'activació

■ *Un codi d'activació és una eina de coordinació entre diferents nivells assistencials*

Un codi d'activació és una eina de coordinació entre diferents nivells assistencials, orientada a l'atenció de patologies temps-depenents que requereixen una organització complexa. Inclou uns criteris d'activació definits, una guia d'actuació consensuada i una informació estructurada a transmetre entre els professionals, que permeti aplicar sobre el malalt- les accions que s'han definit. Així mateix ha de disposar d'un registre centralitzat que permeti generar informació i aplicar accions de millora.

■ *El 92,5% dels codis IAM activats són derivats a l'hospital idoni en menys de 90 minuts*

El Codi IAM s'ha situat des de fa uns anys en una fase estable pel que fa al nombre d'activacions. És rellevant la millora en el temps entre la realització de l'electrocardiograma, com eina diagnòstica, i l'arribada al centre hospitalari idoni amb capacitat de realitzar el tractament definitiu (angioplàstia primària). En el global de Catalunya, el 92,5% dels codis IAM activats són derivats a l'hospital idoni en menys de 90 minuts, el temps considerat adequat segons la Instrucció 4/2009. L'entorn purament urbà, com la ciutat de Barcelona, la seva àrea metropolitana, Lleida i el Camp de Tarragona superen aquest percentatge (96,6%, 95%, 94,8% i 94%, respectivament). A la Catalunya Central no se supera el 70%, xifra que s'explica per la necessitat de derivar els malalts a d'altres regions sanitàries amb els recursos hospitalaris necessaris. La regió sanitària de Girona ha experimentat un augment en el percentatge de malalts inclosos en aquests temps fins arribar al 90,1%. L'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre, tot i no arribar a la mitjana de Catalunya, s'observa una millora respecte l'any anterior ja que s'arriba al 78,5% i 88,1%, respectivament.

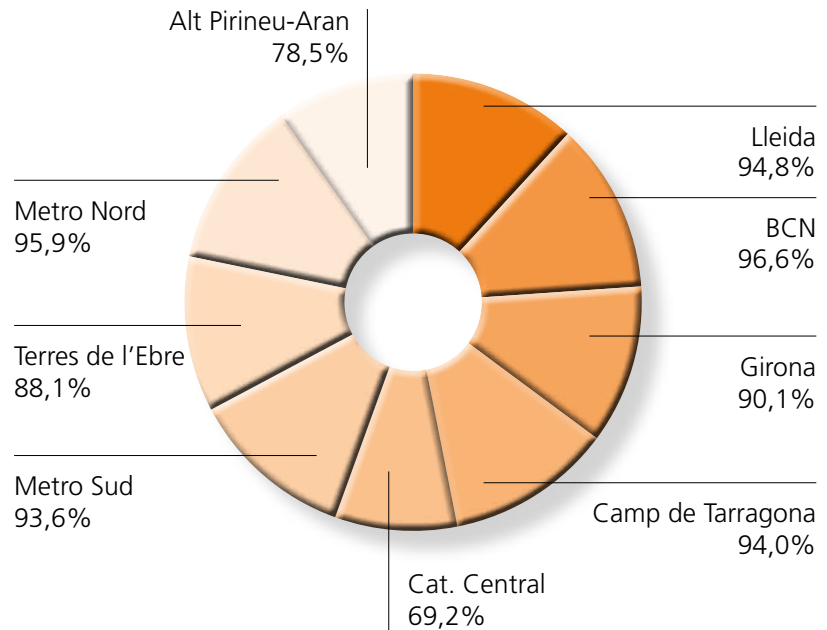
■ *En el codi ictus, les escales de valoració permeten augmentar el nombre de malalts valorats en funció de la seva gravetat i millorar el trasllat al centre hospitalari definitiu*

El Codi Ictus incrementa any rere any el nombre d'activacions per part del SEM, fruit de la implicació de tots els professionals, especialment els tècnics en emergències que intervenen en la majoria de les actuacions sobre aquests malalts. El desenvolupament d'escales de valoració dels malalts a nivell prehospitalari permet augmentar progressivament a tots els territoris el nombre de malalts valorats en funció de la seva gravetat i millorar el trasllat al centre hospitalari definitiu. Des del 2014 el percentatge de malalts a qui s'ha valorat amb l'escala RACE ha anat augmentant progressivament, des del 22,7% al 2014 fins a arribar al 77,6% al 2016. Destaquen els percentatges aconseguits a les regions sanitàries de Girona (79%), Lleida (84,7%) i la ciutat de Barcelona (83,3%).

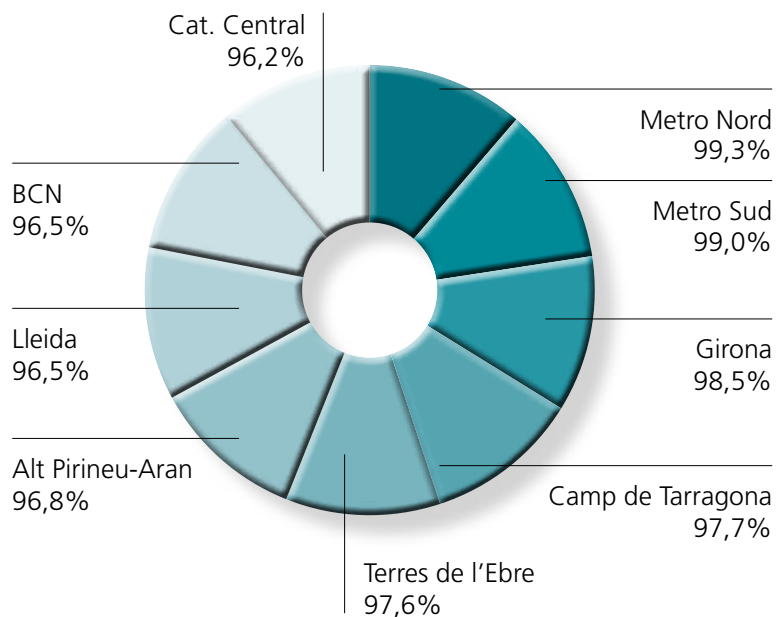
■ *El 77,6% dels codis ictus s'han valorat amb l'Escaleta RACE*

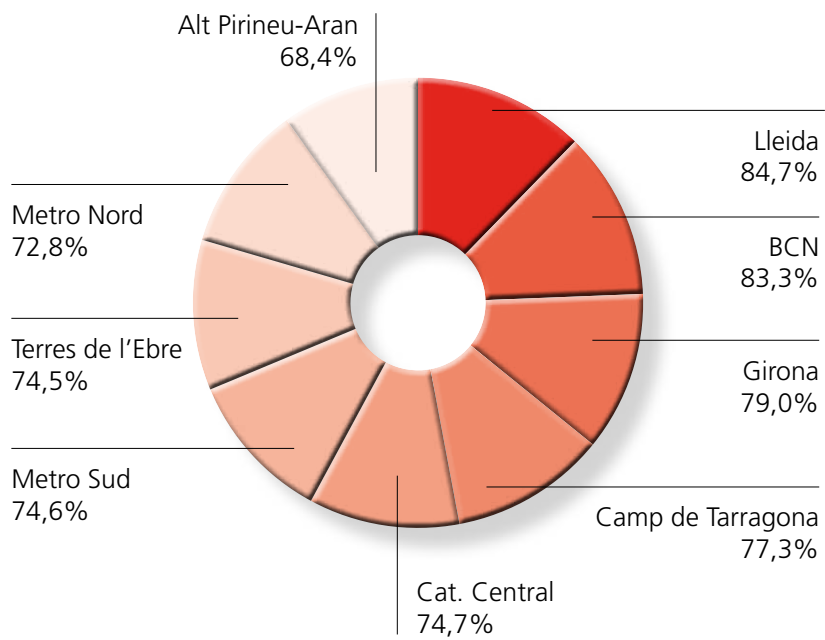
El Codi PPT és el que ha rebut un major nombre d'activacions per part del SEM, tot superant els 9.500 casos el 2016. És una patologia de predomini prehospitalari que, a banda d'anar augmentant pel que fa al nombre de casos, permet classificar de forma prehospitalària la gravetat del malalt i prioritzar tant la seva atenció per equips prehospitalaris d'alta complexitat (suport vital avançat) com la derivació al centre hospitalari definitiu. En el global de Catalunya se supera el 98% els casos derivats a un centre definitiu i, en cap cas, cap regió sanitària baixa del 95%.

Percentatge de pacients amb codi IAM amb un interval de temps entre la realització d'ECG fins a l'arribada a l'hospital inferior als 90 minuts segons regió sanitària. Catalunya, 2016



Percentatge de pacients amb codi PPT derivats a l'hospital idoni segons regió sanitària. Catalunya, 2016





Percentatge de pacients amb codi ictus amb escala RACE realitzada abans de l'arribada a l'hospital segons regió sanitària. Catalunya, 2016

■ En el cas de codi PPT se supera el 98% dels casos derivats a un centre definitiu





Aturada cardíaca



Aturada cardíaca

■ *És important que els operadors telefònics animin als alertants a iniciar compressions toràciques mentre arriba l'equip del SEM*

L'aturada cardíaca, o mort sobtada, afecta al voltant de 40 per cada 100.000 persones cada any a Europa, sent una de les primeres causes de mortalitat al món occidental. El 80% dels casos tenen lloc fora de l'hospital i la seva supervivència a l'alta hospitalària amb bona qualitat de vida no sol superar el 10%, i no ha augmentat significativament en els últims anys. A Catalunya, el SEM és el responsable de l'assistència a les aturades cardíques extrahospitalàries i, en els darrers anys, el número d'alertes per aquest motiu ha mantingut una lleugera tendència a l'alça.

La supervivència del pacients que pateixen una aturada cardíaca està directament relacionada amb el temps que transcorre des de l'aturada cardíaca a l'inici de les maniobres de ressuscitació cardiopulmonar i amb la qualitat d'aquestes maniobres. Des de fa uns anys es va fent èmfasi, i les últimes recomanacions internacionals així ho recullen, en la importància que els operadors telefònics que reconeixin una aturada cardíaca, animin als alertants a iniciar compressions toràciques i els expliquin com realitzar-les mentre arriba l'equip del SEM, com una forma de millorar el percentatge de supervivència.

■ *Durant el 2016 el SEM ha elaborat un procediment per a la Central de Coordinació que estructura com donar indicacions telefòniques als alertants*

Durant el 2016 el SEM ha impulsat aquesta iniciativa amb l'elaboració d'un procediment per a la Central de Coordinació Sanitària que estructura com donar indicacions telefòniques als alertants que estan atenent una aturada cardíaca, d'acord amb la situació i l'entorn en què es produeix l'aturada. Des de la seva posada en marxa s'han realitzat accions específiques de formació per a l'aplicació correcta del mateix.

L'aplicació del procediment als territoris que coordina la sala de Reus varia entre el 10,7% de Terres de l'Ebre i el 19,4% de l'Alt Pirineu i Aran mentre que la sala de l'Hospitalet varia entre el 5,7% de Girona i el 7,6% de les àrees metropolitanes, a excepció de Catalunya Central amb un 12%. Caldrà, però, observar la tendència d'aquestes dades en els propers anys atès que és un procediment de nova implantació i encara està en procés de consolidació a la Central de Coordinació Sanitària del SEM.

És important també enregistrar de forma reglada les actuacions dutes a terme durant la ressuscitació per tal de conèixer la qualitat del propi sistema (tant interna com comparada amb altres sistemes),

■ *El registre Utstein permet registrar de forma reglada les actuacions dutes a terme durant la ressuscitació per tal de conèixer la qualitat del propi sistema*

detectar possibles mancances, minimitzar riscos legals i investigar com millorar el pronòstic d'aquests pacients. Aquest registre (anomenat internacionalment "registre Utstein"), també ha de contemplar les variables de resultat prehospitalari com ara la recuperació de circulació espontània, que indica el tant per cent de pacients que en algun moment de l'intent de ressuscitació han recuperat pols propi.

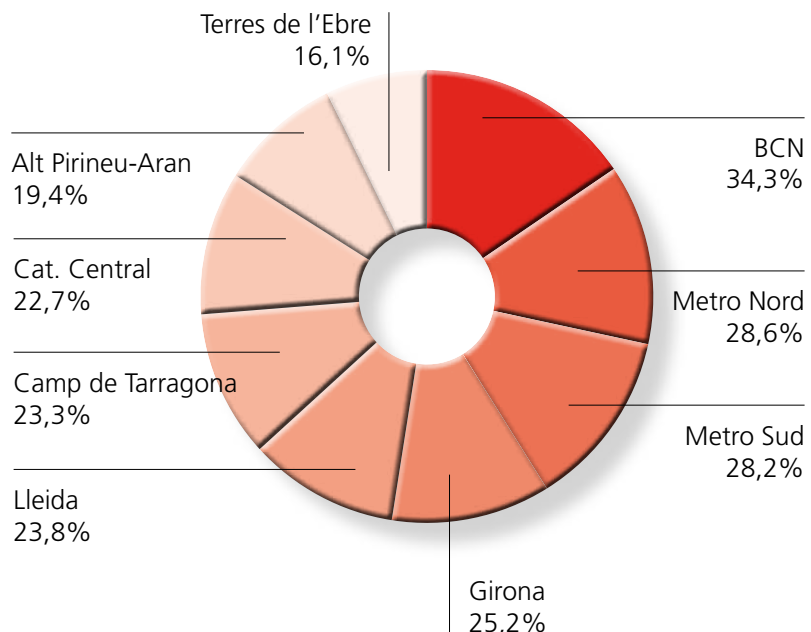
Durant el 2016 el percentatge global de compliment d'aquest registre és del 73,9%. La majoria de territoris es mantenen molt propers a aquest percentatge, tot i ser el de la Regió Sanitària Tarragona el més allunyat, amb un 69,9%.

Per tal de millorar aquest registre, el SEM ha implementat un procediment específic de suport a les unitats assistencials sobre com codificar una aturada cardiorespiratòria i en quins casos complimentar el registre Utstein. L'objectiu és arribar a tenir registre Utstein en el 100% d'aquells afectats amb diagnòstic d'aturada.

Respecte del ROSC, les dades globals a nivell de Catalunya del 26,9% són prou homogènies en tot el territori i es correlacionen amb els resultats d'altres sistemes d'emergències del nostre entorn.

Els resultats esperats i el ROSC depenen de factors com el temps de detecció de l'aturada i el temps de resposta dels primers intervinents en iniciar precoçment les maniobres de ressuscitació fins a l'arribada de les unitats del SEM. Aquesta és l'estratègia iniciada en molts països i sens dubte la que ens pot portar a millorar els resultats. La variabilitat entre territoris (34% a Barcelona ciutat, 19,4% a l'Alt Pi-

Percentatge de pacients en aturada cardiorespiratòria que en algun moment de l'intent de ressuscitació han recuperat pols propi segons regió sanitària. Catalunya, 2016



rineu i Aran i 16% a Terres del Ebre) respon, entre d'altres, als factors abans esmentats.

El SEM està treballant en la creació d'un registre d'aturades cardiorespiratòries extrahospitalàries, que permetrà completar el mapa de la situació actual a Catalunya i fer el seguiment de les accions de millora. Paral·lelament a la creació d'aquest registre, s'està treballant en col·laboració amb els sistemes d'emergències prehospitalàries de la resta de l'Estat espanyol per tal de consensuar les variables que permetin la comparació entre els diversos territoris.

■ *Durant el 2016
el percentatge global de
compliment del registre
Utstein és del 73,9 %*





Estació clínica d'emergències

Dades

16

Estació clínica d'emergències

■ *El SEM està desenvolupant un projecte de disseny i implantació d'una aplicació que permeti l'elaboració dels informes assistencials en format digital sobre dispositius mòbils*

El SEM està desenvolupant un projecte de disseny i implantació d'una aplicació que permeti l'elaboració dels informes assistencials en format digital sobre dispositius mòbils, amb capacitat per enviar la informació a l'hospital de destí i a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3). L'objectiu d'aquest projecte és:

- Facilitar les tasques dels professionals, tot millorant la qualitat i fiabilitat de les dades clíniques claus en la transmissió de la informació clínica als hospitals i al sistema, de forma que la implementació de la nova eina no suposi afegir un element que distorsioni l'activitat assistencial intrínsecament complexa d'un servei d'emergències prehospitalari.
- Millorar la seguretat del pacient tot posant més informació clínica a disposició del professional.
- Disposar d'una eina de fàcil gestió de la informació clínica relevant tractable en el si de l'organització.
- Automatitzar la integració de les dades de facturació i consums de fàrmacs i material al sistema de gestió del SEM.
- Adaptar-nos a les necessitats de la ciutadania en relació a les noves tecnologies i a la gestió de la informació.

■ *L'objectiu del projecte és facilitar les tasques dels professionals i millorar la seguretat del pacient*

La implantació de l'estació clínica va començar a principis de 2016, amb una prova pilot en un grup reduït d'unitats a Barcelona ciutat i la unitat de suport vital avançat de Mataró. Al llarg de l'any s'ha anat estenent i actualment està disponible a totes les unitats de suport vital avançat de Barcelona ciutat, a més de la unitat de suport vital avançat de Mataró.

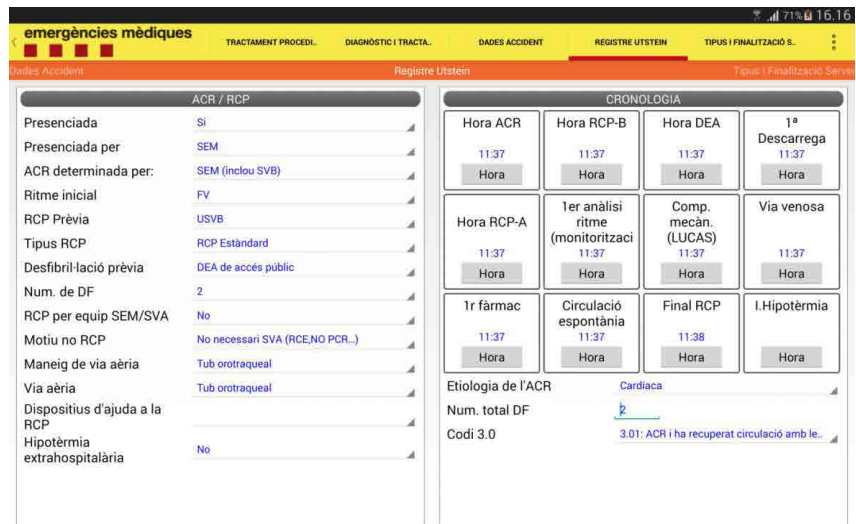
Aquesta primera fase ha permès validar la funcionalitat (adequació de maneig i continguts), el funcionament de la transmissió de dades entre els equips i el centre de coordinació sanitària (CECOS) i entre els equips i el centre de destí, validar tecnològicament els circuits funcionals en el *transfer* del pacient i els preavisos dels codis als centres sanitaris de destí, la disponibilitat de les dades per a la seva facturació així com identificar les situacions especials que requereixen la realització d'un informe en paper.

■ *L'Estació Clínica d'Emergències està disponible a totes les unitats de SVA de Barcelona ciutat, i a la SVA de Mataró*

L'abast d'aquest projecte implica necessàriament el treball sota la coordinació de les regions sanitàries, les persones responsables de l'HC3 i el treball conjunt amb responsables dels hospitals i atenció primària, per a la seva implantació. Al mes de juny de 2017 es durà a terme un pla pilot de l'informe assistencial de les unitats de suport



■ Durant l'últim trimestre de 2017 s'iniciarà el desplegament a les unitats de suport vital bàsic i avançat de tot el territori



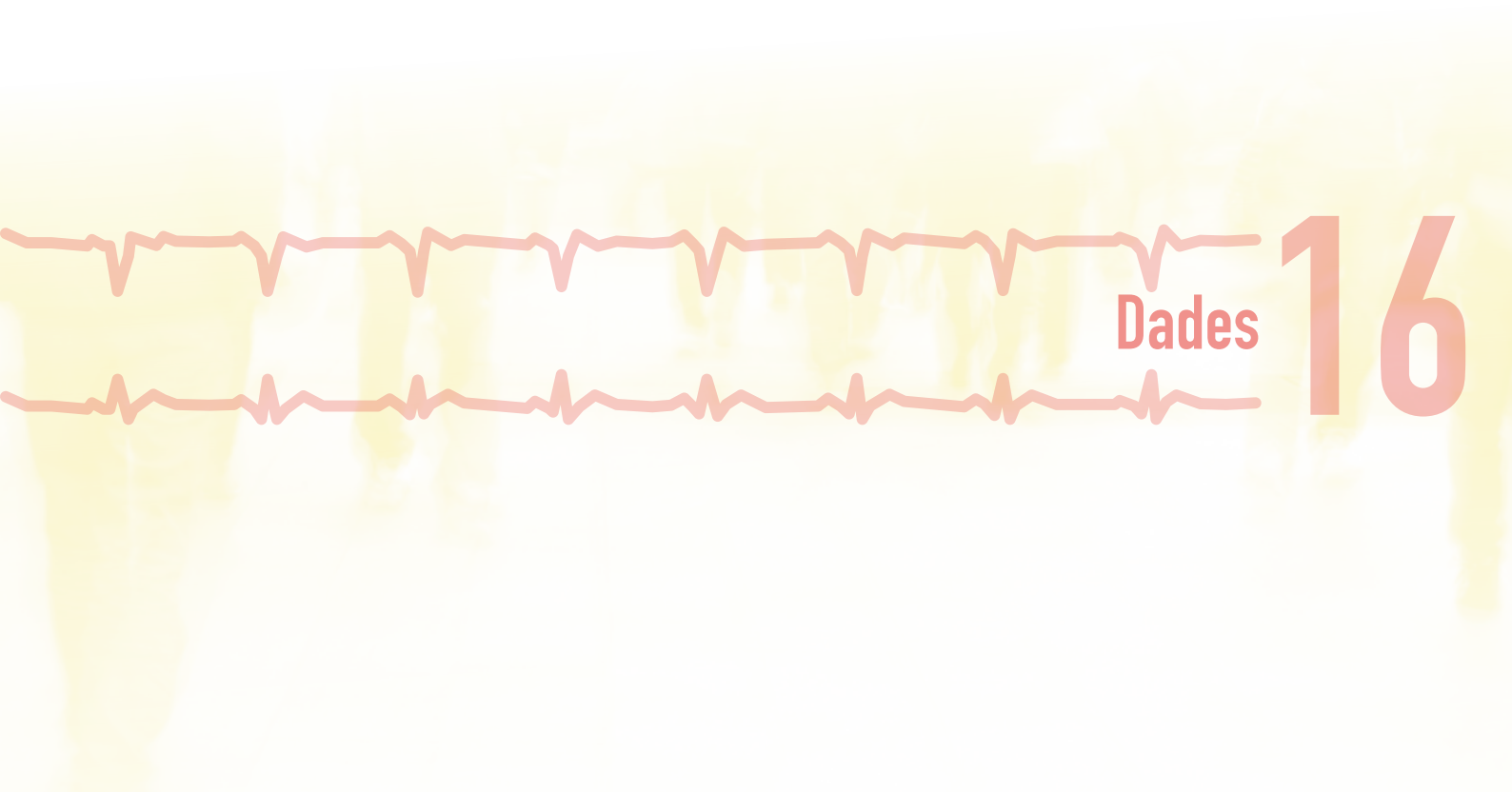
■ S'incorporen noves funcionalitats com l'accés des de la tablet a l'HC3, i a la recepta electrònica en mobilitat

vital bàsic a Barcelona i durant l'últim trimestre de 2017, s'iniciarà la fase de desplegament de manera progressiva a les unitats de suport vital bàsic i suport vital avançat de tot el territori.

Simultàniament al procés de desplegament coordinat des de les regions sanitàries i l'HC3, el Pla de l'estació clínica d'emergències contempla la incorporació de nous documents com ara l'elaboració dels informes assistencials en situacions d'incidents de múltiples víctimes, en el transport interhospitalari pediàtric i els dels serveis especials. També s'incorporen noves funcionalitats com ara l'accés des de la tablet a l'HC3, i a la recepta electrònica en mobilitat, la integració amb els equips d'electromedicina del vehicle assistencial, elements de millora per a la seguretat de pacients així com el sistema de gestió dels materials de farmàcia i fungibles utilitzats en cada intervenció.



Accés i publicació a la Història Clínica Compartida de Catalunya



Dades

16

Accés i publicació a la Història Clínica Compartida de Catalunya

■ *Els metges i els infermers de la Central de Coordinació Sanitària tenen accés directe a l'HC3*

La Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3) agrupa el conjunt de documents que contenen dades i informació sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg de tot el seu procés assistencial. Permet l'accés sota paràmetres de seguretat i confidencialitat a la informació rellevant de les històries clíniques dels centres sanitaris de la xarxa pública assistencial.

Els metges i els infermers de la Central de Coordinació Sanitària del SEM tenen accés directe a l'HC3 mitjançant el codi d'identificació personal de la tarja sanitària (CIP) de què disposen tots els ciutadans que resideixen a Catalunya.

■ *El SEM ha col·laborat amb el PPAC en el disseny de l'apartat del PIIC relatiu a les recomanacions en cas de descompensació*

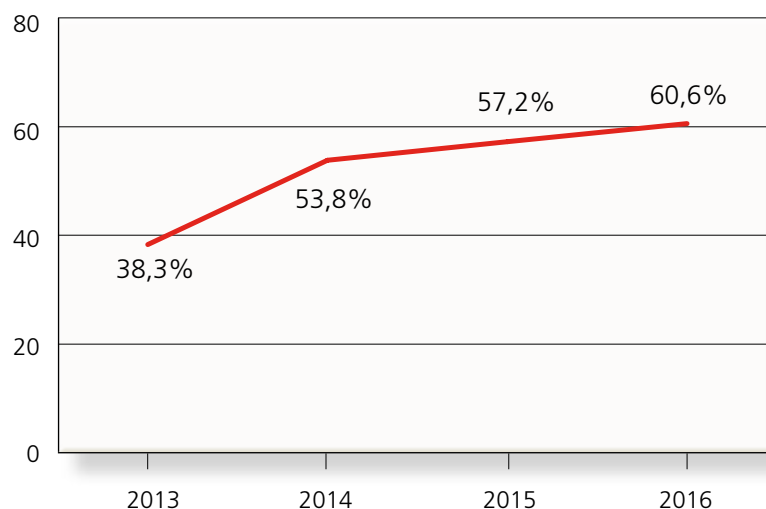
L'HC3 disposa també de documents amb un format específic com el Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC). El SEM ha col·laborat amb el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) en el disseny de l'apartat del PIIC relatiu a les recomanacions en cas de descompensació. Aquest apartat s'estructura en un primer bloc on s'enumeren les situacions més freqüents de descompensació (febre, dispnea, dolor, alteracions de consciència) o altres crisis previsible i un segon bloc amb una recomanació de resposta estructurada en cinc nivells (trasllat a hospital d'aguts, derivació a un centre sanitari de baixa complexitat, atenció domiciliària immediata o no immediata i finalment consulta sanitària) d'acord amb l'organització dels diferents dispositius d'assistència al territori.

La informació d'aquestes recomanacions és un mecanisme de transferència d'informació clínica amb un alt valor per als professionals sanitaris de la Central de Coordinació Sanitària del SEM, ja que facilita una millor presa de decisions en el procés d'una atenció no presencial al pacient.

■ *La informació d'aquestes recomanacions és un mecanisme de transferència d'informació clínica amb un alt valor pels professionals sanitaris*

El procés s'inicia quan un operador de demanda de la Central de Coordinació Sanitària rep una demanda d'atenció. Un cop fet el procés de classificació, el sistema disposa d'ajudes que faciliten l'obtenció del CIP mitjançant el DNI o el número de telèfon. Quan ja es té el CIP des del mateix lloc de l'operador, l'aplicació informàtica consulta a l'HC3 si el pacient està identificat com a pacient crònic complex (PCC) o malaltia avançada crònica (MACA), de forma automatitzada i transparent per a l'operador.

Percentatge d'incidents amb CIP identificat. Catalunya, 2013-2016



■ *La Central de Coordinació Sanitària incrementa progressivament l'obtenció de CIP i la lectura i publicació a la HC3*

Si el pacient consta com a PCC o MACA, es traspasa la trucada als professionals sanitaris que accedeixen a l'HC3 i al PIIC -en el cas d'estar complimentat-, mentre parlen telefònicament amb el pacient.

Sempre que es disposa del CIP i en el mateix moment de la finalització de l'assistència, es publica automàticament a l'HC3 un informe de l'actuació del SEM i queda accessible per al sistema sanitari. I això es produeix tant si la resposta és una consulta sanitària com si s'ha mobilitzat algun tipus de recurs.

La tendència general de la Central de Coordinació Sanitària és anar incrementat progressivament l'obtenció de CIP i la lectura i publicació a la HC3 de l'activitat generada

Nombre d'informes d'assistència publicats i lectures a l'HC3. Catalunya, 2014-2016

	Publicacions HC3	Lectures HC3
2014	408.134	117.705
2015	462.489	190.833
2016	473.918	210.901



Annexos



Dades

14

Relació d'indicadors analitzats

Reclamacions

Pacients amb activació codi IAM

Temps de resposta codi IAM

Temps entre la realització de l'electrocardiograma i l'arribada a l'hospital dels pacients codi IAM

Pacients amb activació codi PPT

Temps de resposta codi PPT

Derivació a hospital idoni dels pacients codi PPT

Pacients amb activació codi Ictus

Temps de resposta codi Ictus

Aplicació de l'escala RACE

Temps entre l'alerta al SEM i l'arribada a l'hospital dels pacients codi ictus

Formalització del registre Utstein en les aturades cardiorespiratòries

Recuperació de la circulació espontània en les aturades cardiorespiratòries

Indicació telefònica de maniobres de reanimació cardiopulmonar des de la Central de Coordinació Sanitària

Implantació de l'estació clínica d'emergències

Fitxes dels indicadors analitzats

Reclamacions

Descripció: nombre de les reclamacions d'intervencions de SVB o SVA rebudes en relació al nombre d'incidents que generen mobilització de recurs de SVA o SVB.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de reclamacions}}{\text{Total incidents amb mobilització de recurs de SVA i SVB}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: reclamacions d'incidents que no generen mobilització de recurs, reclamacions amb motiu detectat com no procedent, reclamacions d'incidents amb recurs d'atenció continuada domiciliària.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Pacients amb activació codi IAM

Descripció: nombre de Codis IAM primaris activats anualment.

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Temps de resposta codi IAM

Descripció: percentatge de pacients amb codi IAM activat i amb temps de resposta (interval entre l'hora d'alerta i l'hora assistència) inferior a 20 minuts respecte del total de pacients amb codi IAM primaris atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients codi IAM atesos amb un temps de resposta inferior a 20 minuts}}{\text{Total codis IAM primaris}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: Unitats de TSNU. Trasllet Interhospitalari

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: SEM

Temps entre la realització de l'electrocardiograma i l'arribada a l'hospital dels pacients codi IAM

Descripció: percentatge de pacients amb codi IAM amb un interval de temps entre la realització d'ECG fins a l'arribada a l'hospital inferior als 90 minuts respecte del total de pacients amb codi IAM atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients amb codi IAM amb un temps ECG-arribada a l'hospital} < 90 \text{ min}}{\text{Nombre total de pacients amb codi IAM}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari, demandes de transport sanitari i pacients que han tingut una ACR. Aquells pacients que no tenen informada l'hora d'ECG o l'hora d'arribada a l'hospital.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Pacients amb activació codi PPT

Descripció: nombre de codis PPT primaris activats anualment.

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM

Temps de resposta codi PPT

Descripció: percentatge pacients amb codi PPT prioritat 0 activat i amb temps de resposta (interval entre hora d'alerta i l'hora assistència) inferior a 20 minuts respecte del total de pacients amb codi PPT primaris prioritat 0 atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients codi PPT prioritat 0 atesos amb un temps de resposta inferior a 20 minuts}}{\text{Total Codis PPT primaris prioritat 0}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: Unitats de TSNU. Trasllet Interhospitalari

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: SEM

Derivació a hospital idoni dels pacients codi PPT

Descripció: percentatge de pacients amb codi PPT derivats correctament d'acord a la sectorització de la instrucció del codi PPT respecte del total de codis PPT derivats a hospital.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients codi PPT traslladats a hospital idoni}}{\text{Nombre total de pacients codi PPT traslladats}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari, pacients pediàtrics.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Pacients amb activació codi ictus

Descripció: nombre de codis ictus primaris activats anualment.

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Temps de resposta codi ictus

Descripció: percentatge pacients amb codi ictus activat i amb temps de resposta (interval entre hora d'alerta i l'hora assistència) inferior a 20 minuts respecte del total de pacients amb codi ictus primaris atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients codi ictus atesos amb un temps de resposta inferior a 20 minuts}}{\text{Total codis ictus primaris}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: Unitats de TSNU. Trasllet Interhospitalari

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: SEM

Aplicació escala RACE

Descripció: percentatge de pacients amb codi Ictus amb escala RACE realitzada abans de l'arribada a l'hospital respecte del total de pacients amb ictus atesos.

Fórmula de càlcul:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb codi Ictus i Escala RACE realitzada}}{\text{Nombre total de pacients amb ictus}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: registres del SITREM. Font pròpia SEM

Temps entre l'alerta al SEM i l'arribada a l'hospital dels pacients codi ictus

Descripció: percentatge de pacients amb ictus amb un interval de temps entre l'hora d'alerta al SEM i l'arribada a l'hospital, inferior a 90 minuts respecte del total de pacients Codi Ictus atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients ictus amb un interval de temps entre l'alerta i l'arribada a l'hospital} < 60 \text{ min}}{\text{Nombre total de pacients amb ictus}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari, aquells incidents que no tinguin informada l'hora d'arribada al hospital.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Formalització del registre Utstein en les aturades cardiorespiratòries

Descripció: percentatge de pacients amb diagnòstic in situ d'aturada cardiorespiratòria i registre Utstein formalitzat respecte del total d'incidents primaris de pacients amb diagnòstic in situ d'aturada cardiorespiratòria atesos.

Fórmula de càlcul:
$$\frac{\text{Nombre de pacients amb diagnòstic d'aturada cardiorespiratòria i registre Utstein complimentat}}{\text{Nombre total de pacients amb diagnòstic d'aturada cardiorespiratòria}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari. Aquelles aturades cardiorespiratòries que com a diagnòstic principal no tinguin el diagnòstic d'aturada.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: registres del SITREM. Font pròpia SEM.

Recuperació de la circulació espontània en les aturades cardiorespiratòries

Descripció: percentatge de pacients en aturada cardiorespiratòria que en algun moment de l'intent de ressuscitació han recuperat pols propi, respecte del total de les aturades cardiorespiratòries.

$$\text{Fórmula de càlcul: } \frac{\text{Nombre de pacients atesos amb aturada cardiorespiratòria i maniobres RCP-A que han recuperat la circulació espontània}}{\text{Nombre de pacients atesos amb aturada cardiorespiratòria i maniobres de RCP}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: demandes de trasllat interhospitalari.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM

Indicació telefònica de maniobres de reanimació cardiopulmonar des de la central de coordinació sanitària

Descripció: percentatge d'aturades cardiorespiratòries amb indicacions telefòniques de reanimació cardiopulmonar fins a l'arribada de la unitat del SEM o altre personal sanitari respecte del total d'aturades cardiorespiratòries.

$$\text{Fórmula de càlcul: } \frac{\text{Nombre d'incidents d'aturada cardiorespiratòria amb indicacions telefòniques de reanimació cardiopulmonar@fins l'arribada de la unitat del SEM o altre personal sanitari}}{\text{Nombre total d'aturades cardiorespiratòries ateses al SEM}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: Cap.

Dimensions de desagregació: regions sanitàries.

Origen de les dades: font pròpia SEM.

Implantació estació clínica d'emergències

Descripció: percentatge d'unitats de SVA que utilitzen l'informe d'assistència en format digital sobre el total d'unitats de suport vital avançat disponibles.

$$\text{Fórmula de càlcul: } \frac{\text{Nombre d'unitats de servei vital avançat amb estació clínica d'emergències}}{\text{Total d'unitats de suport vital avançat}} \times 100$$

Criteris d'exclusió: unitats de TSNU.

Evolució dels indicadors analitzats d'emergències. 2014-2016

	2014	2015	2016
Reclamacions (%)		0,01	0,02
Pacients amb activació codi IAM	1.447	1.634	1.643
Temps de resposta codi IAM inferior a 20 minuts (%)	83,8	82,2	83,0
Temps entre la realització de l'electrocardiograma i l'arribada a l'hospital dels pacients codi IAM inferior a 90 minuts(%)	91,0	92,1	92,5
Pacients amb activació codi PPT	7.723	8.770	9.522
Temps de resposta codi PPT prioritat 0 inferior a 20 minuts (%)	90,2	87,9	92,1
Derivació a hospital idoni dels pacients codi PPT (%)	97,5	98,8	98,7
Pacients amb activació codi ictus	3.501	3.628	3.664
Temps de resposta codi ictus inferior a 20 minuts (%)	86,1	86,4	84,6
Aplicació de l'escala RACE en el codi ictus (%)	22,7	70,0	77,6
Temps entre l'alerta al SEM i l'arribada a l'hospital dels pacients codi ictus inferior a 90 minuts (%)	96,0	95,7	95,2
Cumplimentació de dades clíniques (registre Utsein) en les aturades cardiorespiratòries (%)	No disponible	No disponible	73,9
Recuperació de la circulació espontània en les aturades cardiorespiratòries (%)	No implantat	No disponible	26,9
Indicació telefònica de maniobres de reanimació cardiopulmonar des de la central de coordinació sanitària (%)	No implantat	No implantat	9,3
Implantació de l'estació clínica d'emergències a unitats de SVA (%)	no iniciat	no iniciat	17% unitats de SVA
Derivació als CUAPS (%)	9,4	9,2	8,2

Indicadors analitzats d'emergències. Regions Sanitàries, 2016

	Catalunya	Regió Sanitària Lleida	Regió Sanitària Camp de Tarragona	Regió Sanitària Terres de l'Ebre	Regió Sanitària Catalunya Central	Regió Sanitària Girona	Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	BARCELONA CIUTAT	METROPOLITÀ NORD	METROPOLITÀ SUD
Reclamacions (%)	0,02	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02
Pacients amb activació codi IAM	1.643	82	154	47	112	205	14	399	384	246
Temps de resposta codi IAM inferior a 20 minuts (%)	83,0	78,8	88,9	79,6	78,3	74,5	64,3	80,1	86,8	90,6
Temps entre la realització de l'electrocardiograma i l'arribada a l'hospital dels pacients codi IAM inferior a 90 minuts(%)	92,5	94,8	94,0	88,1	69,2	90,1	78,5	96,6	95,9	93,6
Pacients amb activació codi PPT	9.522	485	966	474	833	890	282	2.472	1.738	1.366
Temps de resposta codi PPT prioritat 0 inferior a 20 minuts (%)	92,1	79,2	100,0	86,7	88,6	84,1	66,7	95,6	97,3	93,9
Derivació a hospital idoni dels pacients codi PPT (%)	98,7	96,5	97,7	97,6	96,2	98,5	96,8	96,5	99,3	99,0
Pacients amb activació codi ictus	3.664	170	313	114	265	424	38	935	776	628
Temps de resposta codi ictus inferior a 20 minuts (%)	84,6	90,5	88,8	90,4	84,9	80,4	79,0	77,0	88,3	89,5
Aplicació de l'escala RACE en el codi ictus (%)	77,6	84,7	77,3	74,5	74,7	79,0	68,4	83,3	72,8	74,6
Temps entre l'alerta al SEM i l'arribada a l'hospital dels pacients codi ictus inferior a 90 minuts (%)	95,2	92,9	94,3	98,3	92,1	87,5	79,0	96,4	98,2	97,9
Cumplimentació de dades clíniques (registre Utsein) en les aturades cardiorespiratòries (%)	73,9	76,3	68,9	74,6	82,9	71,2	82,1	74,9	73,2	74,8
Recuperació de la circulació espontània en les aturades cardiorespiratòries (%)	26,9	23,8	23,3	16,1	22,7	25,2	19,4	34,3	28,6	28,2
Indicació telefònica de maniobres de reanimació cardiopulmonar des de la central de coordinació sanitària (%)	9,3	16,2	18,6	10,7	12,3	5,7	19,4	6,0	7,6	7,6
Implantació de l'estació clínica d'emergències a unitats de SVA (%)	17,0 o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat o desplegat									
Derivació als CUAPS (%)	8,20	0,20	3,30	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	32,80	3,70	5,90

Observatori del Sistema de Salut
de Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://aquas.gencat.cat>

<http://observatorisalut.gencat.cat>

Central de Resultats 2016



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya