

# #CSTDOSPUNTS

Butlletí Assistencial del CST



## Editorial

### El voluntariat al CST

L'aportació del voluntariat en l'àmbit sanitari, es contempla com un ítem de qualitat afegit al que pugui suposar la intervenció assistencial dels equips de professionals que atenen al malalt.

Les tasques que porta a terme un voluntari complementen l'abordatge professional omplint mancances que el sistema sanitari no contempla però que són significatives pels malalts.

Les entitats que disposen de voluntariat, són entitats de caire social de la nostra ciutat, sensibles a les diferents realitats susceptibles a rebre el suport del voluntariat i amb el compromís de formar i supervisar la tasca que a través dels seus voluntaris ofereixen.

És per tant, un treball que ens vincula a les entitats de l'anomenat Tercer Sector, que consolida teixit social i que potencia valors, acords amb la recerca d'una societat més justa i solidària.

Des del CST, entenem que part d'aquest compromís ens vincula com a entitat en tant que consolidant un projecte de voluntariat, formem part d'aquesta responsabilitat envers l'altre, que ens permet acompanyar-lo una mica més enllà del marge professional que tots tenim.

L'existència dels voluntaris serveix per a minimitzar els possibles efectes derivats de situacions d'aïllament dels pacients que dificultin el seu procés de recuperació, fent més amena la seva estada a l'hospital i proporcionant una via d'expressió per als sentiments i les emocions de la persona.

## Continguts

### Editorial

El voluntariat al CST .....1

### Les Comissions clíniques del CST

La comissió de caigudes .....2

### Sabíeu què?

El rol del voluntariat en el CST.....3

### Els nostres àmbits

L'Àmbit de Serveis de suport clínic .....4

### Us presentem

Un document d'orientació per abordar el tema de la malaltia i la mort en nens i adolescents.....5

### El que hem après

El dolor toràcic, sempre isquèmia? .....6

### Novetats del Sector

Ens preparam per la propera Acreditació dels Centres d'Atenció Hospitalària Aguda.....8



## COMITÈS I COMISSIONS CLÍNIQUES DEL CST

### Comissió de Prevenció de Caigudes

Leonora Cuadra (Presidenta, metgessa de Geriatria)

Salut Reyes (Secretària, Coordinació Infermeria Seguretat del Pacient)

L'any **2018** es van declarar, al **TPSC Cloud**, un total de **168 caigudes**

-Majoritàriament ocorren a **plantes mèdiques**, on predominen les **persones grans** amb múltiples problemes de salut.

-Durant la **nit** és quan es produeixen la majoria de caigudes (39%)

-75% han succeït a l'**habitatí**

-Hi ha **múltiples factors** que contribueixen a la caiguda (90 en relació a trastorns de la marxa/ equilibri/ debilitat de les cames, 20 van saltar les baranes, 10 calçat no adequat). També hi ha factors extrínsecs com llum insuficient, terra mullat, suport inestable o llit no frenat...

#### Es valora els risc de caiguda?

-Dels que van patir una caiguda, en un 14% no s'havia fet valoració de risc.

-El 50% dels pacients valorats van ser catalogats d'alt risc.

#### Quines van ser les conseqüències?

-146 no van patir cap tipus de lesió o només van presentar contusions.

La resta van presentar:

1 hematoma

17 ferides-abrasió que han requerit cura i/o sutures.

3 fractures: fractura nasal, fractura periprotèsica post-intervenció de pròtesi de maluc, fractura húmer. Un pacient va precisar IQ.

Les caigudes són considerades un problema de salut important.

A Catalunya, i en el marc de l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients, la prevenció de caigudes ha estat una prioritat des de l'inici del desplegament del seu pla estratègic l'any 2006, estimulant el desenvolupament de projectes de millora i prevenció d'aquests esdeveniments.

La comissió de prevenció de caigudes es va crear l'any 2016 amb l'objectiu de millorar la prevenció de caigudes a través de diverses estratègies:

- Promoure la detecció del risc de caigudes i el registre del mateix, per tal de posar en marxa accions preventives.
- Elaborar i mantenir actualitzat el protocol de prevenció de caigudes.
- Oferir formació continuada als professionals
- Promoure l'educació sanitària sobre prevenció de caigudes en la població de risc

Està formada per un grup multidisciplinari, en el que estant representats tots els àmbits



(Medicina, Urgències, Traumatologia, Pediatria, Salut Mental, Atenció Primària i Sociosanitària) i professionals implicats en l'atenció d'aquesta població: metges, infermeria, TCAI,

fisioteràpia, teràpia ocupacional i sanitaris.

Es realitzen reunions mensuals. Al 2018 s'ha treballat en l'actualització del protocol de prevenció de caigudes, editant un pòster informatiu sobre mesures preventives així com fent una anàlisi de les caigudes declarades i revisió de casos concrets.

L'objectiu principal d'aquest any és conscienciar de la importància de les caigudes, mitjançant diverses accions:

- Fent difusió del pòster de les mesures preventives.
- Oferint píndoles formatives adreçades a tots els professionals, amb previsió d'inici de la formació a partir del mes de maig
- Establint el "Dia de Prevenció de Caigudes del CST"

# SABÍEU QUÈ..

## El rol del voluntariat en el CST

L. González (Coordinadora de Treball Social), N. Pagés (Directora de Gestió de Pacients i Atenció al Ciutadà)

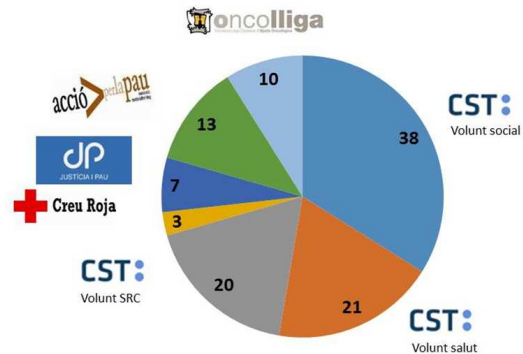
El voluntariat al CST té com a objectius:

- Acompanyar aquells malalts que es troben en situació de solitud per les seves circumstàncies sociofamiliars i/o es poden beneficiar del fet de compartir mitjançant una relació solidària.
- Complementar i/o suplir la presència dels familiars a l'hospital. Cobrir espais per tal d'alleugerir algunes sobrecàrregues familiars.
- Donar suport a l'equip assistencial: compartir actuacions humanitàries per tal d'optimitzar la qualitat de vida del malalt i la seva família, aportant ambdues parts aquelles dades que puguin ser rellevants.



La Direcció del CST incorpora el voluntariat en la seva línia estratègica d'atenció centrada en la persona i com a mostra del compromís, signa convenis amb diferents entitats que ofereixen serveis de voluntariat al CST. També promou les accions de voluntariat per part dels seus professionals.

Alhora, el CST es compromet a facilitar la incorporació de voluntariat, fent el seguiment de la seva tasca i vetllant perquè aquesta sigui reconeguda .



*“112 persones de diferents entitats van prestar serveis de voluntariat al CST durant l’any 2018”*

Amb aquest motiu, anualment es convida a tots els voluntaris i responsables de les entitats col·laboradores a un acte institucional, promogut per la Direcció de GPAC i Treball Social per agrair la seva valuosa tasca.



## Xifres destacades:

En un any es realitzen al CST:

- ◆ 104.000 Rx simples
- ◆ 25.000 ecografies
- ◆ 14.000 TAC
- ◆ 10.000 RMN
- ◆ 2.000 densitometries
- ◆ 700 intervencions Rad. Intervencionista
- ◆ 12.000 biòpsies
- ◆ 10.000 citologies
- ◆ > 2.000.000 determinacions laboratori
- ◆ > 400 estudis genètics



**Pacients atesos**

2000 Radioteràpia

3.700 hospitalitzats

5.900 ambulatoris

## ELS NOSTRES ÀMBITS

### Els Serveis de Suport Clínic

*Joan Paloma (Director dels Serveis de Suport Clínic)*

L'any 2004 la Direcció del CST va iniciar un procés de canvi de model assistencial en el que, partint de l'organització clàssica per especialitats mèdiques (serveis) s'adoptava una estructura organitzativa basada en l'agrupació de pacients per tipologies clíniques. Aquest model, que va suposar el naixement dels anomenats àmbits d'atenció, pretenia implementar una lògica clínica i organitzativa, adaptant els recursos materials i funcionals a la nova realitat assistencial.

Des de l'inici, els serveis centrals clínics varen tenir una entitat pròpia. Anomenats inicialment serveis centrals, agrupaven aquelles especialitats i àrees destinades a donar suport als serveis clínics (finalistes) tant en les disciplines diagnòstiques com terapèutiques. Així, van quedar constituïts els serveis clínics de suport posteriorment rebatejats en serveis de suport clínic per equiparar-se amb els seus anàlegs de l'Institut Català de la Salut.

En l'actualitat hi distingim tres grups:

Diagnòstics	Terapèutics	Altres
Diagnòstic per la imatge Anatomia Patològica Genètica Molecular CatLab	Fisioteràpia i Rehabilitació Radioteràpia Farmàcia	Arxiu Àrea ambulatoria

En els darrers anys aquests serveis han implementat canvis i desenvolupaments rellevants. Cal destacar la incorporació del servei de Radioteràpia que dona cobertura a una població de 1.200.000 habitants i que l'any 2017 va posar en marxa la seva seu a l'Hospital de Manresa. La creació de CatLab l'any 2008 va suposar un canvi rellevant en el model de laboratori. La incorporació de noves tècniques de diagnòstic per la imatge com la densitometria o la ressonància magnètica, la incorporació d'un segon TC, la digitalització de les imatges, la conversió de l'arxiu d'històries clíniques en un centre documental o la tele-radiologia, són altres exemples de l'evolució i adaptació d'aquests serveis a les noves necessitats i la incorporació de les últimes tecnologies.

Els serveis de suport clínic continuen modernitzant-se per seguir adaptant-se a les noves necessitats. Una segona ressonància, la incorporació de sistemes de lectura intel·ligent d'imatges, la posada en marxa del quart accelerador a radioteràpia, el desenvolupament de noves tècniques de tractament a RT, la implantació de sistemes d'ajuda en la indicació en la història clínica electrònica són, entre d'altres, reptes que veuran la llum en els propers mesos i anys.

*La qualitat és una aposta estratègica dels serveis de suport clínic. Els serveis de Diagnòstic per la Imatge, Genètica Molecular i CatLab, disposen de la certificació ISO.*

## US PRESTEM...

### Un document d'orientació per abordar el tema de la malaltia i la mort amb infants i adolescents.

L'actitud protectora que els adults tenim amb els infants i adolescents davant les situacions de patiment, ens va dur a l'equip psico-social, a elaborar un díptic amb orientacions específiques per facilitar a les famílies que atenem.

### Equip d'atenció psicossocial de Cures Pal·liatives

L'abordatge pal·liatiu inclou l'atenció a malalt i família, i contempla en especial, l'atenció a infants i adolescents, com a persones amb més vulnerabilitat.

Parlar de les necessitats d'acompanyament d'infants i adolescents durant la malaltia i la mort ajudarà que el període de dol sigui el menys dolorós possible.

Facilitar que els adults parlin d'aquest tema amb els infants i adolescents és en definitiva, enfortir el procés d'anticipació de dol d'uns i d'altres.

La intenció del díptic és reforçar per escrit, alguns dels aspectes en els que incidim des de la intervenció psico-social i facilitar la implicació en el procés de malaltia i mort dels infants i adolescents propers al malalt.

Com hem d'acompanyar als **infants i adolescents** en el procés de la **mort** d'un ésser estimat



Com acompanyem als **infants i adolescents** influirà en la seva manera de reaccionar davant la **malaltia i la mort**.

Ajudar a entendre la situació facilitarà un bon procés de dol.

**CST** CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

L'elaboració del díptic ha permès que els professionals del Servei de Cures Pal·liatives que treballen en els diferents dispositius: hospitalització (UCP), suport hospitalari (UFISS), domiciliari (PADES) i ambulatori (EAIA) disposin d'unes orientacions bàsiques per les famílies que tenen infants o adolescents en el seu entorn proper, i que estan vivint el procés de mort d'una persona estimada.

### Per què cal parlar-ne ?

Els adults propers als infants i/o als adolescents **tenim l'oportunitat d'acompanyar-los** en aquest procés dolorós per a uns i altres. És important que entenguin que, malgrat tot, **no estan sois, que els entenem i que poden parlar amb nosaltres...**

**Evitar parlar** del tema **no evitarà la tristesa** en el nen, sinó que només comportarà que la visqui en soledat.

### Què és el procés del dol ?

El període de la vida que envolta la mort d'una persona estimada, tant abans de la pèrdua com després, és un temps, **especialment diferent** per a tots els que l'envolten: **canvis** de les **activitats quotidianes**, molta **presència** de la **malaltia** i molts **sentiments** a flor de pell (tristesa, ràbia, impotència, incredulitat...).

### Serà important per a l'infant i/o l'adolescent:

Que estigui **informat de la realitat**, segons la seva edat i nivell maduratiu (convé, sobretot, **no dir-li mentides...**).

Que **participi** en la mesura que es pugui en la cura del malalt (anar a buscar receptes, fer companyia...).

Que **no se senti exclòs** de la resta de la família (ell també en forma part...).

Que pugui **expressar els seus sentiments** (podem ajudar-lo verbalitzant què sentim, explicant-li un conte...).

Que pugui **preguntar** tot allò que el preocupi (malgrat que no sempre sapiguem què respondre...).

Que es **tingui en compte la seva opinió**, abans de decidir per ell (si vol visitar el familiar malalt a l'hospital, anar a l'enterrament...).

Que **es mantinguin les activitats quotidianes** (aclarir-li qui es cuidarà d'ell durant la malaltia...).

Que es comentí la situació a l'**escola o a l'institut**, ja que són llocs on passa moltes hores i és fàcil que hi vegin alguns canvis (que estigui més distret, inquiet, malhumorat...).

**CST** CONSORCI SANITARI DE TERRASSA



## DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÀCIC:

### ORIGEN CARDÍAC:

- **Isquèmic:** HTA sistèmica, HTA pulmonar, embòlia coronària, arteriosclerosi, estenosi aòrtica, miocardiopatia hipertrofica, anèmia severa, hipertiroidisme.
- **No isquèmic:** Pericarditis, miocarditis, prolapse mitral, ruptura de corda tendinosa i miocardiopatia.
- **Etiologia aòrtica:** aneurisma dissecant, aneurisma sifilitic.

### ORIGEN EN ALTRES ESTRUCTURES TORÀCIQUES:

- **Pulmó:** pneumònia, tromboembolisme pulmonar i infart pulmonar, carcinoma pulmonar, traqueïtis, bronquitis, crisi asmàtica.
- **Pleura:** pleuritis, pneumotòrax, hemotòrax, empiema, mesotelioma.
- **Mediastí:** mediastinitis aguda, emfisema mediastínic, pneumomediastí, neoplàsia.
- **Esòfag:** acalàsia, ulcus, espasme esofàgic, diverticle, reflux gastroesofàgic, neoplàsia, perforació.

### NEUROGEN:

- Compressió radicular, herpes zòster, costella cervical, lesió plexe braquial, espondilitis, neuritis intercostal.

### MÚSCUL-ESQUELÈTIC:

- Miositis, espasme muscular, fibrositis, esquinç, síndrome de Tietze, bursitis subacromial, traumatisme costal, esternal o vertebral, o neoplàsia a aquests nivells, osteoporosi, osteomalàcia, hiperfòsi, mieloma, espondiloartrosi.

### GLANDULAR:

- Mastodínia, mastitis, flebitis de venes toràciques, tumor mamari

### ORIGEN INFRA-DIAFRAGMÀTIC:

- Peritonitis, colecistitis, úlcera pèptica, colelitiasis, pancreatitis, perforació gastrointestinal, neoplàsia.

### ORIGEN PSICOGEN:

- Depressió, ansietat, simulació (secundari a hiperventilació).

## QUÈ HEM APRÈS

### El Dolor toràcic, sempre isquèmia?

Fabio Espín Rearte. Resident de 2n any d'Anestèsia i Reanimació. Hospital de Terrassa.

Alba Estebanell Hernanz. Resident de 3er any de MFIC. CAP Sant Llàtzer.

### Presentació del cas:

Home de 45 anys sense al·lèrgies, consum de cocaïna ocasional (últim consum fa més de 2 mesos). Com antecedents patològics destaca hipertensió arterial i síndrome ansiosa-depressiva en tractament amb amitriptilina i sertralina. El pacient és esportista habitual i refereix freqüència cardíaca de 55 bpm.

Consulta a urgències per dolor centretoràcic opressiu que irradia a zona dorsal acompanyat de vegetatisme en forma de nàusees i diaforesi profusa així com dispnea. El dolor s'inicia mitja hora abans mentre caminava per la muntanya.

### Procés diagnòstic

A la valoració a urgències, arriba amb dolor EVA 6/10, tendència a la hipotensió (PA 99/57mmHg) i bradicàrdia (39 bpm). Eupneic a 18 rpm amb SatO<sub>2</sub>(AA) 99%. Glucèmia capil·lar 102. Afebril.

A l'exploració física: conscient i orientat, normohidratat, normocolorejat i ben perfós. Auscultació cardíaca: tons rítmics a 38 bpm sense bufs ni frecs, ni semio-logia d'insuficiència cardíaca. Auscultació respiratòria: MVC. Exploració abdominal i neurològica sense alteracions.

A la seva arribada es realitza ECG (EVA 6/10) que mostra ones T negatives a V4-V6, DIII i aVF. Es realitzen derivacions posteriors (EVA 6/10) on s'objectiven ones T negatives.

S'administra analgèsia amb clorur mòrfic i descàrregues de sèrum fisiològic per tendència a la hipotensió. Posteriorment millora del dolor (EVA 1) i es realitza ECG de nou en el que s'objectiva bradicàrdia a 35 bpm i dos batecs en ritme nodal.

L'anàlítica amb corba de troponines resulta negativa. La radiografia toràcica (portàtil) no mostra alteracions agudes.

Durant l'estada a urgències s'objectiven ones p bloquejades per telemetria compatible amb BAV de tercer grau pel que es contacta amb Medicina Intensiva i es decideix ingress a la seva unitat.

Durant l'ingrés a la UCI s'inicia perfusió continua amb isotroterenol i se sol·licita ecocardiograma per tal de valorar implantació de marcapàs (bradicàrdia simptomàtica) o ampliar estudi amb cateterisme cardíac per tal de descartar fenomen isquèmic.

L'ecocardiograma informa d'arrel d'aorta dilatada amb dilatació aneurismàtica de l'aorta ascendent i del ventricle esquerre amb FE del 76% sense flap, motiu pel qual se sol·licita angioTAC toràcica urgent que informa de dissecció d'aorta toràcica i ascendent. Es contacta amb cirurgia cardíaca d'Hospital Clínic Barcelona i es decideix ingress a la seva unitat i intervenció quirúrgica posterior.

## Breu revisió:

La síndrome aòrtica aguda és un procés agut de la paret aòrtica que cursa amb debilitat de la capa mitja i comporta un risc de ruptura aòrtica. Consta de tres entitats, de major a menor freqüència: dissecció d'aorta (80%), hematoma intramural (15%) i úlcera ateroscleròtica penetrant (5%).

La dissecció d'aorta parteix d'una disrupció de la íntima amb la creació d'una falsa llum intravascular. Pot tenir una causa genètica, associada principalment a la síndrome de Marfan, o una causa adquirida, essent l'HTA el seu principal factor de risc.

Es classifica com a tipus A (si afecta l'aorta ascendent) o tipus B (si no l'afecta), i això repercutirà en el tractament.

Té una incidència de 2,6 - 3,5 casos/100.000 anys-persona i una predominança masculina (2:1), essent la mitjana d'edat de 65±2.

Els factors de risc principals i ordenats per ordre de freqüència són: hipertensió arterial (72%), aterosclerosi (31%), cirurgia cardíaca prèvia (18%), diabetis mellitus (5.1%), síndrome de Marfan (4.9%), iatrogènia (4%).

La clínica cardinal és de dolor brusc/lancinant en un 96% dels casos i la presència de síncope en un 15%. A l'exploració física podem trobar dèficit de polsos en un 20%, hipotensió severa/shock en un 15% i/o buf de regurgitació aòrtica en el 40% del tipus A. Tot i que per la descripció de la clínica pot semblar un quadre molt fàcil de reconèixer, no tots els casos es presenten així.

Les exploracions complementàries a realitzar inicialment són l'ECG i radiografia toràcica, així com una analítica completa. A l'ECG podem trobar necrosi (10%) o isquèmia (15%), la radiografia pot ser normal en un 20% o objectivar augment del mediastí en un 15% dels casos.

En el diagnòstic definitiu es pot utilitzar la TC, l'ecocardiograma transesofàgic o la RMN, obtenint similar eficàcia diagnòstica. La TC presenta l'avantatge de ser menys tècnic-depenent i de permetre valorar afectació de troncs principals.

El tractament de la dissecció tipus A es quirúrgic emergent, mentre que a les tipus B no complicades, el tractament és mèdic amb control de PA y FRCV.

## Conclusions:

El dolor és el símptoma guia en un 96% dels casos, brusc i d'intensitat màxima, lancinant a regió centretoràcica (si està afectada l'aorta ascendent) o a regió interescapular (si està afectada l'aorta descendent). També pot ser migratori en un 25% dels casos o irradiar-se a mandíbula, epigastri, regió lumbar o membres inferiors.

En aquest cas, el dolor centretoràcic de característiques anginoses i els canvis electrocardiogràfics van fer sospitar en un primer moment de síndrome coronària aguda, no obstant, la realització d'un ecocardiograma va permetre reorientar el cas, observant-se que tot i no presentar la clínica clàssica, es tractava d'una síndrome aòrtica aguda en forma de dissecció.

## BIBLIOGRAFIA

1. Evangelista A. Avances en el síndrome aórtico agudo. Rev Esp Cardiol. 2007;60 (4):428-39.

2. HüseyinInce, Christoph A Nienaber. Tratamiento de los síndromes aórticos agudos. Rev Esp Cardiol. 2007;60 (5):526-41.

3. M. J Vázquez Lima, J.R. Casal Codesido. Guía de actuación en urgencias. 3ª edición. Ponferrada: Hospital El Bierzo : Ofelmaga; 2007.

4. Bustamante-Munguira J, Juez M. Síndrome aórtico agudo. Cir Cardio. 2016;23 (1):38-44.

## NOVETATS DEL SECTOR



### Ens preparem per la propera Acreditació dels Centres d'Atenció Hospitalària aguda

L'acreditació és un procés d'avaluació de la qualitat assistencial, fonamentat bàsicament en el Model EFQM, promogut pel Departament de Salut que incorpora a un sistema de verificació externa per avaluar l'organització en relació amb estàndards de qualitat.

El CatSalut, exigeix l'acreditació dels centres que contracta com a mesura de la qualitat de l'assistència que s'hi presta.

La darrera Acreditació dels centres d'atenció hospitalària aguda va tenir lloc al 2013 s'ha anat prorrogant successivament fins el 30 de setembre 2019, data en que cal acreditar novament l'hospital.

El procés d'acreditació dels centres hospitalaris requereix realitzar una autoavaluació prèvia a la sol·licitud al Departament de Salut, tres mesos abans de l'expiració del certificat vigent. Per aquest motiu, al juny haurem d'enviar la nostra sol·licitud per re-acreditar-nos amb l'autoavaluació definitiva feta. En aquests moments estem treballant per tenir les puntuacions i les evidències requerides al llarg del mes d'abril i donar sortida als possibles inconvenients que sorgeixin durant el maig.

Actualment el Departament de Qualitat està fent reunions amb els responsables i professionals implicats en el procés d'acreditació dels hospitals, incorporant a les graelles l'actualització dels estàndards a mesura que es van revisant per part del grup d'experts del Departament de Salut, on el CST està representat.

Encara no tenim els estàndards definitius per l'avaluació però les principals novetats són:

- Es preveu que s'incloguin nous estàndards de qualitat d'acord amb l'evolució del sector i també requisits (nacionals i internacionals) referents a: seguretat de pacient, humanització de l'assistència, promoció de la salut, la contenció mecànica, segones i terceres víctimes i la seguretat de l'aigua.
- El model ha evolucionat especialment en els criteris d'avaluació dels estàndards de resultats en una progressió cap a avaluar el rendiment (objectius i tendències) i no només el mesurament de l'indicador com fins ara.

La coordinació d'aquest butlletí la porta a terme el comitè editorial.

Si vols fer propostes per presentar el teu equip, programa o activitat assistencial que consideris que pot ser d'interès pels professionals del CST ens pots fer arribar al següent enllaç:

[emedarde@cst.cat](mailto:emedarde@cst.cat)

#### Comitè editorial

Carme Casas  
Marta Codinas  
Alba Estebanell  
Araceli Griñó  
Elena Medarde  
Núria Pagés  
Joan Paloma  
Mariona Roca  
Cristina Roure  
Maite Sanz