



Experiència del Servei de Pediatria del Centre d'Assistència Primària de Canteres

I. FERNÁNDEZ GARCIA ¹, J.M.^a CASANOVAS GORDÓ ², J. CLANXET WÜST ², J. ALONSO CIRUELOS ², A. NART PEÑALVER ², E. IGLÉSÍAS BADIA ³, i M.^a J. LORENTE GUERRERO ³.

Centre de Treball: Centre d'assistència Primària CAP Canteres. Barcelona.

RESUM

Es descriu l'experiència dels vint mesos de funcionament del Centre d'Assistència Primària CAP Canteres - Servei de Pediatria en règim jerarquitzat.

S'introdueix la Història Clínica d'Assistència Primària per a cada malalt i la visita fins als 14 anys. Es realitza una valoració estadística del volum i tipus de visites efectuades, així com la valoració del treball d'infermeria pediàtrica en règim extrahospitalari.

RESUMEN

Se describe la experiencia de los veinte meses de funcionamiento de Centro de Asistencia Primaria CAP Canteres - Servicio de Pediatría en régimen jerarquizado.

Se introduce la Historia Clínica de Asistencia Primaria para cada enfermo y la visita hasta los 14 años. Se efectúa una valoración estadística del volumen y tipo de visitas efectuadas. Así como la valoración del trabajo de enfermería pediátrica en régimen extrahospitalario.

SUMMARY

The twenty month experience in pediatric primary care at the center of Cap Canteres is described.

The clinical record of primary care for every patient is introduced and so is that includes children until age 14. An statistical evaluation of the amount and kind of consultations performed is done, as well as an evaluation of pediatric nursing work-up in an out patient regime.

INTRODUCCIÓ

El Centre d'Assistència Primària (CAP9 Canteres comença les seves activitats com a centre jerarquitzat d'institucions obertes el 1r de juny de 1984. És un dels quatre centres pilot que l'Institut Català de la Salut ha posat en funcionament i l'únic ubicat a la ciutat de Barcelona. Fins a la dita data funcionava com a CAP en règim no jerarquitzat segons el sistema clàssic.

La jerarquitització suposa l'existència de dos Serveis, un de Pediatria, compost per un cap de secció i quatre metges adjunts, i un de medicina General, amb un cap de secció i sis metges adjunts; un personal d'infermeria amb dues adjuntes, vuit infermeres i cinc auxiliars de clínica; i personal no sanitari amb dos administratius i dos zeladors. També desapareix l'assignació de cupus mèdics, i cada usuari pot elegir lliurement el seu metge de capçalera i el seu pediatre. S'introdueix la Història Clínica en Assistència Primària.

En aquest treball s'exposa l'experiència del Servei de Pediatria des de juny de 1984 fins a desembre de 1985.

- (1) Cap Clínic de Pediatria
- (2) Adjunt de Pediatria
- (3) Infermera del Servei de Pediatria



POBLACIÓ I MÈTODE

El CAP Canteres es troba situat a la barriada de Roquetes, a Nou Barris, de Barcelona. Té assignada una població d'aproximadament 18.940 habitants, dels quals un 28 % (5.303) estan compresos entre els 0 i els 14 anys.

El Servei de Pediatria és format per un equip mèdic amb un cap de secció, quatre metges adjunts, tres infermeres i dos auxiliars de clínica. Disposa de tres despatxos intercomunicats i equipats, un d'ells multifuncional, ja que s'hi troben, a més, la biblioteca, la sala d'Urgències i el Centre de Vacunació. Aquests despatxos tenen una sala d'espera comuna i aïllada de la sala d'espera de Medicina General.

El personal mèdic té una dedicació de 36 hores setmanals, que es distribueixen en 6 hores diàries de jornada contínua en dos torns, un torn de matí (de 9 a 15 h.) amb tres pediatres i un altre de tarda (de 14 a 20 h.) amb dos. A l'hora comuna (14 a 15 h.) es reuneix tot l'equip a fi de coordinar i unificar criteris, realitzar sessions clíniques, protocols i tancament d'històries que han de passar a Medicina General en complir els 14 anys, nous objectius, etc.

El personal d'infermeria i no sanitari inicia les seves activitats a les 8 h., amb l'obertura del Centre i la pràctica d'extraccions sanguínies corresponents als pacients del propi CAP, que posteriorment són traslladades al Laboratori Central ubicat al CAP Sant Andreu.

L'esquema de treball és similar per a tots dos torns: de 9 a 11 h. 30 m. i de 15 a 17 h. 30 m. es fan visites programades. De 12 a 14 h. i de 18 a 20 h. es fa la visita segons el sistema clàssic i de característiques semblants als ambulatoris de dues hores. Les visites denominades «d'urgència» es reben en el CAP de 9 a 20 h. i hi ha un pediatre disponible per atendre-les amb caràcter preferent. La visita domiciliària se sol·licita de 8 a 17 h.

La visita segons el sistema clàssic es fa diàriament pels 5 membres de l'equip i té una durada, segons la demanda, que oscil·la entre 2 hores i 2 hores i mitja. La recepció de pacients és d'una hora i mitja, i s'inicia mitja hora abans de començar la visita. No hem considerat oportú limitar el nombre de visites i aquestes poden acudir indistintament al matí o a la tarda. El nombre de visites diàries oscil·la segons l'època de l'any i l'epidemiologia dominant; tanmateix, independentment d'això, hi ha un augment de la visita els dilluns i els divendres de cada setmana i en els períodes de vacances escolars, exceptuant el mes d'agost.

La visita programada es fa en les dues i mitja primeres hores de jornada laboral. L'efectuen dos pediatres al matí i un a la tarda, i es visiten 6 o 7 nens per pediatre, amb un màxim de 2 primeres visites diàries, amb la qual cosa poden dedicar-se de 20 a 30 minuts per visita. Hi ha una targeta de visita programada individual en la qual s'indica la data, hora i pediatre que ha d'atendre'ls.

En la visita programada es realitza la promoció i prevenció de la salut i l'estudi detingut dels problemes detectats en la visita clàssica i que requereixen major atenció per a la seva correcta orientació diagnòstica i terapèutica. En aquesta visita té gran valor la participació del personal d'infermeria. Els protocols utilitzats són: control de somatometria, desenvolupament psicomotor, orientació materna respecte de l'alimentació (amb normes dietètiques protocolitzades), immunització segons el calendari vigent que es realitza en el propi centre pel personal d'infermeria i pràctica del PPD, alteracions ortopèdiques, multistix 10 SG de rutina, control de la tensió arterial a partir dels 4 anys, control de l'agudeza visual, educació per a la salut (alimentació, higiene bucodental, higiene corporal, control d'esfincters), prevenció d'accidents i finalment control de malalts crònics (enuresi, obesitat, asma, diabetis, retard escolar, etc.). El dit control es fa amb diferent periodicitat, segons l'edat: mensualment durant el primer any de vida, cada tres mesos durant el segon, cada sis mesos durant el tercer i, posteriorment, fins als 14 anys, anualment, i sempre que el procés ho requereixi.

S'obre una història clínica per a cada nen, en la qual costen les dades personals, antecedents patològics personals i familiars, immunitzacions i les malalties en curs (motiu de consulta, exploració sistemàtica, comentaris, impressió diagnòstica i tractament). Aquesta història s'arxiva juntament amb tota la documentació clínica segons la data de naixement del pacient. Existeix així mateix un fitxer per ordre alfabètic de totes les històries clíniques. En la dita fitxa consta la data de naixement (imprescindible per localitzar la Història Clínica a l'arxiu), número d'afiliació a la Seguretat Social i número cronològic d'història.

Hi ha un registre de les visites programades efectuades, dels pacients tramesos a centres hospitalaris propis o concertats (constant-hi el nom del centre i el diagnòstic o motiu de consulta), un arxiu de passius amb les fitxes les històries dels quals han passat a Medicina i el nombre de vacunes administrades en el centre de Vacunació, i també el control de PPD practicats i registre de positivitats.

Es fan uns estadets en els quals diàriament s'anoten el nombre total de visites realitzades (consulta habitual i visites programades), desglossades per edats (0 a 12 mesos, 1 a 3 anys, 3 a 7 anys i 7 a 14 anys); nombre de visites denominades d'urgència (en realitat inclouen alguna urgència i una multitud



de visites de nens amb escasses hores amb febre que en altres èpoques eren sol·licitud de domicili; la seva irregularitat i el seu elevat nombre justifiquen l'existència d'un pediatre disponible ininterrompudament en horari de matí i tarda per atendre-les; nombre total de receptes utilitzades; sol·licitud d'exploracions complementàries (Laboratori i Radiologia); i nombre total de consultes a altres especialistes segons la piràmide corresponent (Ortopèdia-Traumatologia, ORL i Oftalmologia fonamentalment i ocasionalment Dermatologia, Cirurgia, Urologia, Ginecologia i Neuropsiquiatria).

RESULTATS

El nombre total de visites fet en els vint mesos, i també el seu desglossament segons el tipus de visita i per edats es resumeix a la Taula I.

Taula I. *Visites fetes entre els mesos de juny de 1984 i desembre de 1985*

Nombre total de visites	38.295		
Nombre de visites programades	3.958		10,3 %
Nombre de visites habituals	31.016		80,9 %
Nombre de visites a domicili	201		0,5 %
Nombre de visites d'urgència	3.211		8,3 %

Nombre de visites segons edats (no inclouen les visites d'urgència i domicilis)

0 a 12 mesos	4.502		12,9 %
1 a 3 anys	7.151		20,5 %
3 a 7 anys	11.082		31,9 %
7 a 14 anys	12.116		34,7 %

El nombre de vacunes administrades va ser de 2.420, i el de Mantoux realitzats de 1.451. Es van trobar 52 casos positius, la qual cosa representa un 3,6 %.

Es van utilitzar 39.101 receptes, que representen una despesa mitjana d'1,03 receptes per visita efectuada, i 1.725 receptes de pensionistes, les quals, sobre un total de 1.129 visites, representa una despesa d'1,52 receptes per visita. La disminució del nombre de receptes respecte d'anys anteriors s'aprecia a la Taula II.

Taula II. *Taula comparativa en què s'aprecia la disminució del nombre de receptes*

	gen-des. 1983	juny-des. 1984	gen-des. 1985
Receptes Treballador	22.723	12.693	26.408
Nombre visites	14.184	12.415	25.513
Nombre receptes/nombre visites	1,64	1,02	1,03
Receptes Pensionista	1.059	639	1.086
Nombre visites	404	372	757
Nombre receptes/nombre visites	2,62	1,71	1,43

Quant a la sol·licitud d'exploracions complementàries amb relació al nombre total de visites són d'un 3,9 % de sol·licitud d'anàlítica, un 2,25 % de sol·licituds radiològiques i un 5,4 % de consulta a especialistes.

DISCUSSIÓ

La inclusió de la visita pediàtrica fins als 14 anys a la Seguretat Social ha estat un dels objectius de l'Associació Espanyola de Pediatria durant aquest darrers anys. A Catalunya es fa en els quatre Centres pilot jerarquititzats de l'Institut Català de la Salut. Creiem que en els nostres resultats el gran increment de les visites respecte de l'any 1983 es deu a la incorporació dels nens de 7 a 14 anys, que representen actualment d'un 30 a un 34 % del total de les visites.

Cal destacar la disminució progressiva de la visita domiciliària, a la qual cosa ha contribuït l'existència d'una assistència ininterrompuda de les 9 a les 20 h. i la recollida telefònica personal per part del pediatre de les trucades, que ha dut a una augment de les visites d'urgència o preferents en el Centre de Salut.

Un 10 % del total de visites efectuades correspon a la visita programada, que ha aconseguit encarrillar-se gràcies a l'esforç de promoció dels components de l'equip de Pediatria, disminuint l'abstenció que existia en els primers mesos i observant com periòdicament els pares sol·liciten espontàniament les dites visites. Tanmateix, incrementar aquest percentatge no és possible, ja que el pediatre es nodreix de malalties agudes que requereixen assistència en el mateix dia.

Hem aconseguit un gran augment de les immunitzacions dels nens gràcies a la insistència que s'ha fet per part de tot l'equip en aquest aspecte de la medicina preventiva i la comoditat que ha representat poder vacunar els nens en el mateix CAP.

Creiem que la important disminució del nombre de receptes utilitzades (Taula II) és a base d'augmentar el temps de dedicació al pacient i el major diàleg i explicacions als pares. Tanmateix, aquesta reducció incrementa el nombre de visites per un procés banal fins a llur guariment.

L'existència d'un servei de pediatria ininterromput i permanent tot al llarg d'onze hores durant el dia, inclosos els dissabtes, i sempre pel mateix grup de metges, afavoreix la disminució de les visites als serveis d'urgències dels centres hospitalaris de manera espontània i, en la majoria de les ocasions, per processos banals que poden resoldre's en el propi CAP.

Majoritàriament no s'accepta el concepte d'equip pediàtric; es desitja que el pediatre que mereix la seva confiança atengui sempre el mateix malalt, encara que els criteris diagnòstics terapèutics siguin idèntics en tots els components de l'equip.

La revisió periòdica de les històries clíniques ens demostra que hi ha una gran varietat de patologia en l'Assistència Primària, la qual serà tema d'un estudi posterior.

És important comentar la funció de la infermera pediàtrica en un Centre d'Assistència Primària. Fins ara, la infermera pediàtrica amb aquesta especialitat es desenvolupava en els hospitals pediàtrics. La necessitat de canvi en els sistemes d'atenció mèdico-sanitària, dirigida a l'Assistència Primària, porta amb ella mateixa la necessitat de la infermera pediàtrica a aquest nivell. Les malalties i la psicologia dels nens són diferents de les dels adults. Els nens no són adults petits.

Les funcions de l'ATS en pediatria són assistencials i preventives. Entre les funcions assistencial es pot destacar l'obertura de la història clínica i la realització de l'anamnesi en la seva part social, valoració periòdica de la salut (seguiment dels desenvolupament psicomotor, sensorial, desenvolupament pondoestatural), registre de les constants vitals, cures, in-



jeccions, etc. En la Medicina Preventiva és el nexa d'unió entre el pediatre i el pacient en l'assessorament per a la comprensió de seguir adequadament els tractaments o les normes prescrits. Així mateix té un important paper en la higiene materno-infantil (alimentació i normes dietètiques protocolitzades per al primer any de vida, dietes astringents i laxants), control d'eflinters, prevenció d'accidents i malalties, consells per actuar durant la febre del nen, segons protocol, informació a l'adolescent sobre la salut física i mental, educació per a la prevenció de càries i exàmen bucodental, control de l'agudes visual mitjançant la utilització de l'optotip, visita de pacients obesos (dietes hipocalòriques protocolitzades) i enurètics, pla de vacunació, pràctica sistemàtica del PPD previ a la vacunació triple vírica i sempre que la malaltia ho necessiti sota indicació mèdica, i informació sanitària.

CONCLUSIONS

En el treball que hem desenvolupat hi ha una valoració exhaustiva de la tasca realitzada des que s'inicià el funcionament del CAP Canteres a nivell del Servei de Pediatria. La il·lusió extraordinària des del seu començament i l'esforç que hem fet han desembocat en una resposta favorable per un gran sector de la població atesa. Tanmateix, l'educació sanitària d'aquesta comunitat és una tasca que no es fa ni s'aconsegueix en poc temps. Hi ha uns tòpics i uns mites pediàtrics («acetona», «reuma de la sang», «falta de calci», «els xarops no serveixen», «vull injeccions», «el nen no menja res», «amb febre no poden sortir», etc.) i també unes realitats (càries dental, dietes inadequades, etc.), que només amb el pas dels anys i la insistència i la repetició dels mateixos conceptes per part de tots els professionals sanitaris que visiten els malalts (pediatres puericultors i especialistes corresponents), s'aconseguirà que s'accepti una pediatria més real i més científica.

Per a una millor assistència hi hauria d'haver una major coordinació i relació entre els pediatres del CAP i els especialistes corresponents i amb l'hospital de referència on hauria de ser obligatòria l'assistència per poder dur a terme una formació continuada i un reciclatge. Així mateix, la docència de pregraduats en el centre seria un important estímul per als professionals que hi treballen.

Els quatre centres pilot existents a Catalunya són un gra de sorra en la immensitat de la pediatria extrahospitalària. Des d'aquí instem els organismes competents perquè prossegueixin l'esforç per a la creació de nous centres d'assistència primària semblants a aquests, en què hi hagi professionals joves i amb il·lusió de desenvolupar una experiència apresada en els grans centres hospitalaris i en les múltiples hores d'estudi i autoformació.

Finalment, ha d'aconseguir-se que el CAP sigui el centre de les activitats sanitàries en una zona determinada, coordinant-les per evitar duplicat d'actuacions per part d'altres institucions.