

Artículo especial

Evaluación del seguimiento de embarazo de bajo riesgo en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias

Low risk pregnancy control in the Health Area V-Asturias

M. Paloma Esparza del Valle¹, Judit López González², Belén Vega Álvarez², Javier Arenas Ramírez³, Yamileth Tobón Taborda⁴, Amalia Franco Vidal⁵

¹Matrona. Centro de Salud Severo Ochoa. Gijón. ²Matrona. Centro de Salud Parque-Somio. Gijón.

³Ginecólogo. Jefe de Sección de Obstetricia. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ⁴EIR Matrona. Gijón.

⁵Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Área V. Coordinadora de calidad del Área V. Gijón

RESUMEN

Objetivo: Analizar el nivel de eficiencia del cambio en el protocolo de seguimiento de embarazo de bajo riesgo, desarrollado e implantado en atención primaria y atención hospitalizada.

Metodología: Se calcula el coste económico teórico y real del seguimiento del embarazo de bajo riesgo desde febrero hasta julio de los años 2016 y 2017. Se comparan ambos costes y se calcula el ahorro teórico y real. El nuevo protocolo supone principalmente un cambio en la distribución de visitas entre el hospital, realizadas por obstetras, y la atención primaria, realizadas por matronas.

La evaluación se hace en función del ahorro económico teórico previsto por la implantación del protocolo y el ahorro real generado durante el periodo de febrero-julio de 2017, según las tarifas de consultas publicadas en el Boletín Oficial del Principado de Asturias.

Resultados: Disminución de un 75% de las consultas en el hospital antes de la semana 37 de gestación y un aumento del 100% en atención primaria. Dado el número de embarazos desde febrero hasta julio de los años 2016 y 2017, el ahorro teórico estimado es de 175.456,4 €, y el ahorro real de 20.007,2 €.

Discusión: El análisis entre la situación teórica y la real muestra un alto número de consultas en atención primaria, una disminución menor de la esperada en las consultas de atención especializada y un inexplicable aumento de las consultas de embarazo de alto riesgo.

Conclusiones: Es preciso realizar una reevaluación una vez pasado el periodo de implantación, reconducir a atención primaria los controles de embarazo de bajo riesgo que siguen realizándose en el hospital, revisar el registro de visitas en atención primaria y evaluar el aumento de las consultas de embarazo de alto riesgo.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Control, embarazo, eficiencia, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Objective: The objective of this work is to analyze the efficiency level of the change in the protocol of low risk pregnancy, monitored, developed and implanted in primary care and hospitalized care.

Methodology: The theoretical and real economic costs of monitoring low-risk pregnancy from February to July of 2016 and 2017 are calculated. Then, both costs are compared and finally, the theoretical and real savings are calculated. Mainly, the new protocol involves a change in the distribution of visits between hospitals made by obstetricians, and primary care, performed by midwives.

The evaluation is based on the theoretical economic savings foreseen by the implementation of the protocol and the real savings generated during the period of February-July 2017, according to the consultation rates published in the Official Gazette of the Principado of Asturias.

Results: Reduction of 75% of consultations in hospital before week 37 and a 100% increase in primary. Given the number of pregnancies of the period February-July 2016 and 2017, the estimated theoretical saving is 175.456.4 € and the real saving is 20.007.2 €.

Discussion: The analysis between the theoretical situation and the real one reveals a high number of consultations in primary care, a smaller decrease, than expected, in specialized care consultations and an inexplicable increase in high risk pregnancy consultations.

Conclusions: It is precise reassessment once the implementation period has passed, redirect to primary care those low risk pregnancy controls that continue to be performed in the hospital, review the registry of visits in primary care, and evaluate the increase in high-risk pregnancy consultations.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Control, pregnancy, efficiency, primary health care.

Este trabajo fue galardonado con el Premio Calidad Asistencial en la XIII Edición de los Premios Plan de Calidad del Área Sanitaria V del SESPA.

Esparza del Valle MP, López González J, Vega Álvarez B, Arenas Ramírez J, Tobón Taborda Y, Franco Vidal A. Evaluación del seguimiento de embarazo de bajo riesgo en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias. *Matronas Prof.* 2019; 20(2): 65-72.

Fecha de recepción: 25/05/18. Fecha de aceptación: 05/04/19.

Correspondencia: M.P. Esparza del Valle. Centro de Salud Severo Ochoa. C/ Francisco Grande Covián, s/n. 33208 Gijón (Asturias).
Correo electrónico: esparza.paloma@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, en la que se recomienda, con un grado de evidencia fuerte, que los cuidados prenatales en las gestantes sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el médico de familia, con la participación del resto de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria (AP) y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente¹. También sugiere que las visitas prenatales programadas en las gestantes sin complicaciones puedan coordinarse por las matronas¹.

La Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio¹ afirma, según los resultados de las revisiones sistemáticas de la Cochrane llevadas a cabo por sus autores, que «en mujeres con embarazos sin complicaciones, un modelo de cuidados coordinado por matronas y médicos/as de familia no aumenta el riesgo de sufrir resultados negativos maternos o perinatales»²⁻⁴, y que aunque en el apartado de costes y uso de recursos no se han identificado estudios específicos, una de las revisiones sistemáticas² destaca en sus conclusiones, a partir de los resultados de 2 estudios clínicos aleatorizados incluidos, que los cuidados prenatales prestados por profesionales no ginecólogos u obstetras han mostrado una reducción de su coste⁵⁻⁷.

En el Área Sanitaria V del Principado de Asturias, el seguimiento del embarazo de bajo riesgo se realizaba mayoritariamente en atención especializada del hospital, con un total de 5 visitas hasta la semana 37 de gestación, mientras que en AP la matrona realizaba 3 visitas. Con la implantación del nuevo protocolo, los controles realizados por las matronas en AP pasan a 6 y se reducen a 2 las visitas en el hospital.

El objetivo de este estudio es analizar el nivel de eficiencia del cambio en el protocolo de seguimiento de embarazo de bajo riesgo, desarrollado e implantado en AP y atención hospitalizada.

METODOLOGÍA

Siguiendo las recomendaciones de la Guía de práctica clínica del Ministerio, desde 2016 la Gerencia del Área V ha abogado por realizar el control del embarazo normal en AP. Ante la probada evidencia de que la efectividad de la atención prestada por la matrona, en las gestaciones de bajo riesgo, es similar a la proporcionada por el obstetra en atención especializada (AE), se puso en marcha el siguiente proyecto:

- Determinación del grupo de trabajo. Liderado por el Comité de Buenas Prácticas para el embarazo, parto y

lactancia del Área V, el grupo de trabajo estuvo constituido por miembros del equipo directivo de la Gerencia del Área Sanitaria V, el Jefe de Sección de «partos» del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón) y 13 matronas de AP.

- Se revisó el protocolo que se estaba realizando, modificando y consensuando un calendario de visitas hasta la semana 37 de gestación (dado que posteriormente se produce una mayor variabilidad individual) y una estratificación de cuidados prenatales.

La estructura de las visitas consistió en una primera visita de la embarazada realizada por la matrona en el centro de salud, a ser posible antes de la semana 10 de gestación. En esta consulta de captación de embarazo, junto con la anamnesis, la exploración y la cumplimentación de la cartilla maternal, se tramitan a la mujer embarazada las 5 consultas siguientes para proceder a una analítica del primer trimestre, una primera ecografía obstétrica, visita de toxicología y odontología, y la siguiente consulta de seguimiento en su centro de salud. En la semana 14, la gestante es visitada en AE por el obstetra, quien determinará el riesgo en el embarazo. Si se clasifica como embarazo de riesgo, continuará los controles en AE en el Hospital Universitario de Cabueñes.

La implantación efectiva del protocolo de gestación de bajo riesgo comenzó el 6 de febrero de 2017 en el Área V.

Evaluación

Dado que la revisión del protocolo supuso una redistribución de las actividades entre ambos niveles asistenciales (AP y AE) más que una modificación de las actividades en sí, la evaluación de su implantación se ha basado en un análisis de costes de las visitas generadas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Se han de considerar las posibles variaciones en el número de mujeres embarazadas entre los periodos pre/postimplantación del protocolo. Por ello, se tienen en cuenta tanto las variaciones en las consultas sucesivas como en las primeras consultas de atención hospitalaria (obstetricia y alto riesgo).
- Dado que la mujer embarazada decide espontáneamente acudir como primera opción a la consulta de la matrona de AP o del médico de familia (no estando ésta incluida en el protocolo revisado), no se tendrán en cuenta estas consultas para el análisis de costes.
- La evaluación de costes se realiza aplicando las tarifas de consulta recogidas en el Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) de 2013 (n.º 77 de 4/IV/2013):

Tabla 1. Ahorro generado por la implantación del nuevo protocolo, en euros, aplicando las tarifas del BOPA por consulta

		Preimplantación	Postimplantación	Ahorro
Embarazo normal	Primeras consultas hospitalarias	120,3	120,3	
	Sucesivas consultas hospitalarias <37 semanas de gestación	288,8	72,2	
	Matronas de AP	36,9	73,8	
	Sucesivas consultas >37 semanas de gestación	72,2	72,2	
Coste teórico de un embarazo normal		518,2	338,5	179,7
Embarazo de alto riesgo	Primeras consultas hospitalarias	240,6	240,6	
	Sucesivas consultas hospitalarias	505,4	505,4	
	Matronas de AP	36,9	36,9	
Coste teórico de un embarazo de alto riesgo		782,9	782,9	0

AP: atención primaria.

- Primera consulta ambulatoria en atención hospitalaria: 120,3 €.
- Consultas sucesivas en atención hospitalaria: 72,2 €.
- Consulta con la matrona de AP*: 12,3 €.

La evaluación de la implantación se estructura de la siguiente manera:

- Por un lado, se calcula el coste teórico de la atención a un caso estándar en función de cada modelo de atención (Pre: 2016 y Post: 2017), tanto para embarazos de bajo riesgo como de alto riesgo (tabla 1).
- Posteriormente se calcula el ahorro teórico global en relación con la implantación del nuevo protocolo:
- Para el cálculo del ahorro teórico global se aplican los costes de atención a cada tipo de embarazo al periodo comprendido entre los meses de febrero y julio de 2016 y 2017 (se asimila el número de embarazos de bajo riesgo al número de primeras consultas de obstetricia menos el número de primeras consultas de alto riesgo, que se consideran el número de embarazos de alto riesgo).
- Posteriormente se analizan los costes reales de las consultas de embarazo normal y de riesgo, tanto en obstetricia como en AP en dicho periodo, y el balance pre/postimplantación del protocolo.

RESULTADOS

Evaluación teórica de la implantación del protocolo (número de consultas y ahorro generado)

Antes de la implantación del nuevo protocolo, en un embarazo normal, se realizaban 8 visitas de control: una

primera consulta y 4 sucesivas en el hospital, y 3 consultas en AP por parte de las matronas. Con el nuevo protocolo se continúan realizando 8 visitas de control: una primera y 1 sucesiva en el hospital, y 6 consultas en AP por parte de las matronas.

En el caso del embarazo de alto riesgo, se generan 2 primeras consultas en atención hospitalaria: una en la consulta de obstetricia y otra en la consulta de alto riesgo. La implantación del nuevo protocolo no aporta modificaciones en las consultas de seguimiento del embarazo, por lo que siguen siendo 7 sucesivas hospitalarias y 3 en AP por parte de las matronas.

Esto supone una variación en el número de consultas según cada nivel asistencial. Las consultas sucesivas de control del embarazo de bajo riesgo en AE se reducirían en un 75%, mientras que aumentarían en un 100% en AP. En el embarazo de alto riesgo no hay modificaciones.

La aplicación del nuevo protocolo podría suponer una disminución del 75% de las consultas sucesivas en el hospital y un aumento del 100% en AP (tabla 2).

Con este cálculo, sabemos las consultas que genera un embarazo hasta la semana 37 de gestación, que es el periodo que incluye el protocolo. Para conocer el número de consultas sucesivas realizadas por obstetricia a partir de la semana 37, partimos de los datos de las realizadas en 2016: si aplicamos el protocolo de 2016 al número de embarazos, podremos saber el número de consultas sucesivas generadas por el embarazo hasta la semana 37 de gestación. El exceso de consultas sucesivas correspondería a las efectuadas después de la semana 37 de gestación, lo que nos permite calcular un número medio por embarazo. Dicho análisis se recoge a continuación:

- Número de embarazos: 729.
- Visitas sucesivas según el protocolo: 2.916.

*Puesto que no figura recogida en el BOPA la tarifa para la consulta de la matrona de AP, ésta se ha asimilado a las de enfermería.

Tabla 2. Número de consultas totales a realizar en el control de embarazo, pre y postimplantación del nuevo protocolo

Consultas previstas según cada protocolo		Preimplantación	Postimplantación
Embarazo normal	Primeras consultas hospitalarias	1	1
	Sucesivas consultas hospitalarias	4	1
	Matronas de AP	3	6
Embarazo de alto riesgo	Primeras consultas hospitalarias	2	2
	Sucesivas consultas hospitalarias	7	7
	Matronas de AP	3	3

En el caso del embarazo de alto riesgo se generan 2 primeras consultas en el hospital: una en la consulta de obstetricia y otra en la consulta de alto riesgo.

El porcentaje de variación en el número de consultas según cada nivel asistencial es:

Evolución de las consultas previstas según cada protocolo		Total	%
Embarazo normal	Primeras consultas hospitalarias	0	0
	Sucesivas consultas hospitalarias	-4	-75%
	Matronas de AP	+3	+100%
Embarazo de alto riesgo	Primeras consultas hospitalarias	0	0
	Sucesivas consultas hospitalarias	0	0
	Matronas de AP	0	0

AP: atención primaria.

- Total de visitas sucesivas: 3.676.
- Visitas sucesivas después de las 37 semanas de gestación: 760.
- Número medio de visitas sucesivas después de las 37 semanas de gestación: 1.

Por tanto, a la hora de estimar los costes teóricos de cada modelo de atención hemos de incluir una consulta sucesiva más en el caso de embarazo normal. Se considera que, dado que esa parte del protocolo no se ha modificado, se debería mantener igual en ambos modelos de atención.

En el embarazo normal previamente a la implantación del protocolo se producen una primera consulta hospitalaria y 4 sucesivas: 3 en AP por parte de la matrona y 1 sucesiva después de las 37 semanas de gestación.

Si aplicamos las tarifas según el BOPA anteriormente referido, el ahorro generado por la aplicación del protocolo en cada embarazo sería de 179,7 €.

Si ahora tenemos en cuenta el número total de embarazos atendidos según el número de primeras consultas acaecidas en el periodo de febrero-julio de 2016 y 2017, podremos calcular el ahorro teórico de la aplicación del nuevo protocolo en dicho periodo (tabla 3).

Teniendo en cuenta el coste teórico de cada embarazo en función del tipo y el periodo, el análisis de costes teórico sería el siguiente:

- Año 2016 con el antiguo protocolo. El embarazo de bajo riesgo tenía un coste de 518,2 € y el embarazo de riesgo de 782,9 €. Por tanto, los 726 embarazos de bajo riesgo tuvieron un coste de 377.767,8 € y los 124 embarazos de riesgo de 97.079,6 €. Al sumar el coste del embarazo de bajo riesgo y el del embarazo de riesgo, se calculó el coste teórico en 6 meses de control del embarazo en el área V y fue de 474.847,4 €.
- Año 2017 con el nuevo protocolo. El embarazo de bajo riesgo tiene un coste de 338,5 € y el embarazo de riesgo de 782,9 €. Por tanto, los 711 embarazos de bajo riesgo tuvieron un coste de 240.673,5 € y los 75 embarazos de alto riesgo de 58.717,5 €. Al sumar el coste del embarazo de bajo riesgo y el del embarazo de riesgo, el coste teórico en 6 meses de control del embarazo en el Área V fue de 299.391 €.

Del cálculo anterior se desprende que el ahorro teórico esperado por la aplicación del nuevo protocolo (valorando también el descenso producido en la natalidad) en el Área V sería de 175.456,4 € en los 6 meses del periodo de análisis (tabla 4).

Tabla 3. Número de primeras consultas de captación de embarazo en los meses de febrero a julio de 2016 y 2017

2016	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Obstetricia	106	132	119	136	130	106	729
Alto riesgo	20	18	20	24	23	19	124

2017	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Obstetricia	113	131	118	132	110	107	711
Alto riesgo	10	15	9	12	14	15	75

Fuente: Unidad de Análisis del Hospital Universitario de Cabueñes.

Tabla 4. Análisis teórico de costes (número total de embarazos habidos en el año por el coste individual de cada embarazo) y cálculo del ahorro teórico

	n	Coste teórico por embarazo (€)	Coste teórico (€)	Coste teórico (€/año)
2016	Normal	729	518,2	377.767,8
	Alto riesgo	124	782,9	97.079,6
2017	Normal	711	338,5	240.673,5
	Alto riesgo	75	782,9	58.717,5
Balance				-175.456,4

Evaluación pre/postimplantación (número de consultas y evaluación económica)

El número total de consultas generadas en atención hospitalaria, según los datos obtenidos de la Unidad de Análisis del Hospital Universitario de Cabueñes, son los siguientes:

- En 2016 hubo 977 primeras consultas de embarazo en el Hospital Universitario de Cabueñes, desde febrero hasta julio, porque se realizaron 853 primeras consultas en obstetricia (desglosadas en meses fueron 126 en febrero, 150 en marzo, 139 en abril, 160 en mayo, 153 en junio y 125 en julio), 124 primeras consultas de alto riesgo (20 en febrero, 18 en marzo, 20 en abril, 24 en mayo, 23 en junio y 19 en julio) y 4.206 consultas sucesivas, porque se realizaron 3.676 consultas sucesivas en obstetricia (599 en febrero, 686 en marzo, 571 en abril, 641 en mayo, 591 en junio y 588 en julio) y 530 consultas sucesivas de alto riesgo (75 en febrero, 78 en marzo, 88 en abril, 99 en mayo, 92 en junio y 98 en julio).
- En 2017 hubo 861 primeras consultas de embarazo en el Hospital Universitario de Cabueñes, desde febrero hasta julio, ya que se realizaron 786 primeras consultas en obstetricia (123 en febrero, 146 en marzo, 127 en abril, 144 en mayo, 124 en junio y 122 en julio), 75 primeras consultas

de alto riesgo (10 en febrero, 15 en marzo, 9 en abril, 12 en mayo, 14 en junio y 15 en julio) y 2.915 consultas sucesivas, porque se llevaron a cabo 2.370 consultas sucesivas en obstetricia (405 en febrero, 474 en marzo, 389 en abril, 404 en mayo, 371 en junio y 327 en julio) y 545 consultas sucesivas de alto riesgo (74 en febrero, 104 en marzo, 90 en abril, 89 en mayo, 85 en junio y 103 en julio).

De los datos anteriores se pueden extraer las siguientes conclusiones (tabla 5):

1. Entre 2016 y 2017 se produjo una disminución del 12% en el número de primeras consultas: un 7,9% de obstetricia y un 39,5% de alto riesgo.
2. Entre 2016 y 2017 se produjo una disminución del 30% del conjunto de consultas sucesivas. Esto se debe a una disminución de las consultas sucesivas de obstetricia (35,5%), dado que se produjo un ligero aumento en el número de consultas sucesivas de alto riesgo (2,8%).
3. La disminución del número de consultas sucesivas fue del 30%, superior a la esperada explicada únicamente por el descenso de la natalidad, por lo que tiene relación con la aplicación del nuevo protocolo.
4. La disminución teórica del número de consultas sucesivas es del 75%, muy superior al descenso real (35,5%).

Tabla 5. Resultados de la comparación del número de consultas hospitalarias entre 2016 y 2017

Evolución 2016-2017 (obstetricia)		Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Total	Primeras	-3	-4	-12	-16	-29	-3	-67
	Sucesivas	-194	-212	-182	-237	-220	-261	-1.306
%	Primeras	-2,4	-2,7	-8,6	-10	-19	-2,4	-7,9
	Sucesivas	-32,4	-30,9	-31,9	-37	-37,2	-44,4	-35,5
Evolución 2016-2017 (alto riesgo)		Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Total	Primeras	-10	-3	-11	-12	-9	-4	-49
	Sucesivas	-1	26	2	-10	-7	5	15
%	Primeras	-50	-16,7	-55	-50	-39,1	-21,1	-39,5
	Sucesivas	-1,3	33,3	2,3	-10,1	-7,6	5,1	2,8
Evolución 2016-2017 (global)		Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Total
Total	Primeras	-13	-7	-23	-28	-38	-7	-116
	Sucesivas	-195	-186	-180	-247	-227	-256	-1.291
%	Primeras	-8,9	-4,2	-14,5	-15,2	-21,6	-4,9	-11,9
	Sucesivas	-28,9	-24,3	-27,3	-33,4	-33,2	-37,3	-30,7

Tabla 6. Ahorro real (€)

	2016	2017	Evolución
Total de primeras consultas de atención hospitalaria	977	861	116
Total de consultas sucesivas de atención hospitalaria	4.206	2.915	1.291
Total de consultas de matronas de AP	8.623	15.709	-7.086
Coste de primeras consultas de atención hospitalaria	117.533,1	103.578,3	13.954,8
Coste de consultas sucesivas de atención hospitalaria	303.673,2	210.463	93.210,2
Coste de consultas de matronas de AP	106.062,9	193.220,7	-87.157,8
Ahorro total	527.269,2	507.262	20.007,2

AP: atención primaria.

Por tanto, se produjo una disminución de las consultas sucesivas en el hospital superior a la esperada valorando sólo el descenso del 12% de la natalidad, sin duda debido a la implantación del nuevo protocolo.

En cuanto a las consultas de AP, según los datos recogidos del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), y en función de los registros realizados por las matronas en el Programa de Informatización de la Consulta de AP (OMI), observamos que en 2016 hubo un total de 8.623 consultas (1.430 en febrero, 1.116 en marzo, 1.880 en abril, 1.624 en mayo, 1.169 en junio y 1.404 en julio), mientras que en 2017 hubo 15.709 (1.030 en febrero, 3.532 en marzo, 2.608 en abril, 2.951 en mayo, 2.706 en junio y 2.882 en julio). La di-

ferencia entre ambos años es de 7.086, lo que supone un aumento en el número de consultas del 82,2%.

De los datos anteriores se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Se produjo un aumento del número de consultas atendidas por las matronas de AP de un 82,2%.
2. Dado que se produjo una disminución de primeras consultas en el hospital, que podríamos asimilar a una disminución del número de embarazos de un 12%, el aumento de consultas realizadas por las matronas de AP está relacionado con la aplicación del nuevo protocolo.
3. El aumento teórico de las consultas en AP por la implantación del nuevo protocolo es del 100% (se pasa

de 3 a 6 consultas), pero dada la disminución del 11,9% en el número de embarazos, el aumento teórico esperado es del 89,1%, ligeramente superior al encontrado.

Por otro lado, si tenemos en cuenta el número real de consultas generadas tanto en obstetricia y consultas de alto riesgo de atención hospitalaria como por las matronas de AP durante los periodos de febrero a julio de 2017, y aplicamos las mismas tarifas, obtendremos el ahorro real generado en el periodo de evaluación, que es de 20.007,2 € (tabla 6).

Comparación de la evolución real con la evolución teórica

Dado que no se puede establecer un cálculo teórico exacto del número de consultas sucesivas generadas (ya que no están claramente establecidas en el caso de los embarazos de alto riesgo), sólo se lleva a cabo un análisis de la implantación del nuevo protocolo a partir de la comparación de la evolución real del gasto en relación con la evolución teórica.

Según hemos observado anteriormente, el ahorro estimado en función del número de embarazos y de la aplicación del nuevo protocolo sería de 175.456,4 € (tabla 4).

El ahorro real en función del número de consultas realizadas tanto en AP como en atención hospitalaria es de 20.007,2 € (tabla 6).

Por tanto, hay una diferencia de 155.449,2 €, que representa el gap entre la eficacia (ahorro calculado teóricamente con una perfecta implantación del nuevo protocolo) y la efectividad (ahorro real producido con la aplicación del nuevo protocolo en las actuales circunstancias), ligada a la implantación del nuevo protocolo.

Si bien resulta difícil evaluar todos los posibles motivos para dicha diferencia, uno de ellos es el número de consultas realizadas por embarazo en ambos periodos. Así, en 2016 el número de embarazos normales en el periodo de estudio fue de 729, que generaron 3.676 consultas sucesivas en el hospital, es decir, un número medio de 5 consultas sucesivas/embarazo. En 2017 el número de embarazos normales en el periodo de estudio fue de 711, que generaron 2.370 consultas sucesivas, es decir, un número medio de 3,3 sucesivas/embarazo en el hospital. Respecto a los embarazos de riesgo, observamos que en 2016 hubo 124, que generaron 530 consultas, lo que equivale a un número medio de 4,3 consultas sucesivas/embarazo en el hospital. En 2017 el número de embarazos de riesgo fue de 75 y el número de consultas de 545, incrementándose el número me-

dio a 7,3 consultas sucesivas/embarazo hospitalarias. En AP observamos que en 2016 el número de embarazos totales desde febrero hasta julio fue de 853 (729 de bajo riesgo más los 124 de alto riesgo), lo que generó un número de consultas de 8.623, es decir, un número medio de 10,1 consultas/embarazo, y en 2017 las 786 gestaciones (711 embarazos normales más 75 de riesgo) que hubo en el periodo de estudio generaron 15.709 visitas a la consulta de la matrona, es decir, un valor medio de 20 consultas/embarazo. Otro posible motivo que cabría valorar sería el aumento del número medio de consultas en embarazos de alto riesgo, sin que se produjeran modificaciones en su abordaje (ya que dicho seguimiento no está protocolizado), y en el caso de embarazos normales la disminución de consultas sucesivas por embarazo es menor de lo esperado, es decir, pasar de 5 consultas sucesivas antes de la semana 37 de gestación y una después, a 1 antes de la semana 37 y otra después. En AP se observa un mayor número de consultas en relación con las esperadas en el protocolo (3 por embarazo en 2016 y 6 en 2017).

Limitaciones del estudio

Considerando que en este estudio se está analizando el periodo inicial de implantación, cabe esperar una «superposición» de ambos protocolos de trabajo y una menor transferencia hacia la AP, por lo que se deja la puerta abierta a posteriores estudios de evaluación del impacto económico, una vez consolidado el cambio de modelo de atención.

CONCLUSIONES

- Se observa una disminución del número de embarazos normales atendidos en el periodo de análisis (por descenso de la natalidad en Asturias).
- Se observa una disminución del número de consultas sucesivas en el hospital, por la disminución del número de embarazos (motivada por la implantación del nuevo protocolo). Sin embargo, esta disminución es menor de la que cabría esperar si la implantación del nuevo protocolo se hubiera llevado a cabo al 100% (tabla 1).
- Se observa una disminución del número de embarazos de alto riesgo, pero hay un aumento del número de consultas sucesivas.
- Se observa un aumento del número de consultas de psicoprofilaxis realizadas por las matronas de AP a pesar de la disminución del número de embarazos. Este aumento es similar al esperable si se tiene en cuenta, además, la disminución del número de embarazos.

- El número de consultas registradas en AP es muy superior al esperado.
- El ahorro teórico de la implantación del protocolo es superior al ahorro real de dicha implantación (una vez controlado el número de embarazos).

La implantación del protocolo de atención al embarazo normal interniveles es una medida de eficiencia demostrada, si bien es necesario establecer ajustes en su implantación.

A la luz de los resultados de la evaluación y de las conclusiones extraídas, se debería poner en marcha un plan de mejora que incluya al menos los siguientes aspectos:

- Revisar la implantación del protocolo en el ámbito de atención hospitalaria.
- Evaluar la posibilidad de establecer un protocolo de similares características para la atención al embarazo de alto riesgo.
- Revisar el modo de registro de consultas en AP, puesto que pueden estar registrándose como consultas presenciales individuales otro tipo de atenciones.

- Evaluar la tendencia futura de necesidades de consultas en ambos niveles asistenciales: AP y AE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agenda de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014. Guías de práctica clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
2. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1998; 12 Supl 2: 7-26.
3. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet.* 2001; 357(9268): 1.551-64.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Londres: National Institute for Clinical Excellence, 2008.
5. Eisenberg JM. Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practises. *JAMA.* 1989; 262: 2.879-86.
6. Prieto L, Sacristán JA, Pinto JL, Badia, Antoñanzas F, Del Llano J. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc).* 2004; 122(11): 423-9.
7. Puig-Junoy J, Pinto-Prades JL, Ortún-Rubio V. El análisis coste-beneficio en sanidad. *Aten Primaria.* 2001; 27: 422-7.



La manera **más dulce** de liberar el intestino

Melilax es un microenema innovador a base de miel que libera el intestino sin irritar y protege la mucosa.



Con **Complejo activo de mieles de néctar y de mielada y polisacáridos de Aloe y Malva**

- Indicado para el tratamiento del estreñimiento, incluso en presencia de hipersensibilidad visceral, fisuras anales y hemorroides
- Indicado en embarazo y lactancia



PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS
A partir de los 12 años de edad

PARA LACTANTES Y NIÑOS
Hasta los 12 años de edad

**CONTACTA CON NOSOTROS
PARA CONOCER MÁS DETALLES**
infomedica@aboca.es
**VISITA LA NUEVA ÁREA
RESERVADA PARA MÉDICOS:**
www.aboca.com



ES UN PRODUCTO SANITARIO **CE** 0373

Leer atentamente las advertencias y las instrucciones de uso. No utilizar en caso de hipersensibilidad o alergia individual a uno o más componentes. Producto Sanitario conforme a la Directiva 93/42/CEE.

Fabricante: **Aboca S.p.A. Società Agricola** - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia
Comercializado por: **Aboca España S.A.U.** - C/ Jaume Comas i Jo, 2 entlo.2ª 08304 Mataró (Barcelona) España

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVAMENTE PROFESIONAL

Aboca
Innovación para la salud