REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2011; 16(2):79-90

Artículo de Revisión

# Las vías clínicas. Metodología general

## Clinical pathways. General methodology

Antonia I. Rodríguez-Martínez,[1] Pedro M. Ruiz-López[2]

**RESUMEN**

Las Vías Clínicas se desarrollaron para facilitar y mejorar el manejo en los cuidados de salud y son planes estructurados por equipos multidisciplinarios con el fin de implementar las guías de práctica clínica y los protocolos. Las vías clínicas difieren de las Guías de Práctica Clínica, de los Protocolos y Algoritmos debido a que son implementadas y utilizadas por un equipo multidisciplinario de clínicos y no clínicos. Son planes asistenciales estandarizados que se aplican a un grupo homogéneo de pacientes con un curso clínico predecible en un específico periodo de tiempo, e incluye progresos y resultados. En esta revisión describimos la metodología de la implementación y la aplicabilidad de las Vías Clínicas.

***Palabras clave:*** Vías Clínicas, Metodología, Estandarización de la práctica médica.

**ABSTRACT**

Clinical pathways have been developed to facilitate and improve the management and delivery of quality clinical care and they are structured, multidisplinary plans of care designed to support the implementation of clinical guidelines and protocols. Clinical Pathways differ from Practice Guidelines, Protocols and Algorithms as they are utilised by multidisciplinary clinical and non clinical teams. Clinical pathways are standardised, evidence-based plans, which identify an appropriate sequence of clinical interventions, timeframes and expected outcomes for a homogenous patient group, with a specific condition over a given period of time, and include progress and outcomes details. In this report we review the implementation methodology and applicability of clinical pathways.

***Key words:*** Clinical Pathways, Methodology, Medical Practice Standardization.

[1] Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México.
[2] Coordinación de Calidad, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Folio: 139/11 Artículo recibido: 15 de abril de 2011 Artículo aceptado: 8 de junio de 2011

Correspondencia: Mtra. Antonia I. Rodríguez Martínez. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Gustavo E. Campa #54, Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, México D.F. Correo electrónico: rodriguezmtzai@yahoo.com.mx.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito sanitario existen actualmente una serie de aspectos reconocidos por todos, como son: la variabilidad de la práctica clínica, el incremento progresivo de los costos, la participación cada vez más evidente del paciente en la toma de decisiones clínicas, el enfoque por procesos y la necesidad de información tanto por parte de los clínicos, como por parte de los gestores. Ante estos hechos, algunos profesionales están tomando conciencia de la necesidad de dar una respuesta adecuada. Sin embargo, es frecuente, encontrarse con muchas dificultades, tales como no saber qué hacer, no tener apoyo de los compañeros e incluso de los responsables del servicio o unidad y, en ocasiones, de los propios gestores. Se hace preciso que las personas sensibilizadas puedan abordar los nuevos tiempos dentro de la sanidad y puedan dar los pasos necesarios. La gestión de la calidad supone un elemento de capital importancia y faculta a los profesionales para disponer de los instrumentos requeridos para la mejora continua de sus procesos desde una amplia perspectiva: la efectividad clínica, la eficiencia y la calidad percibida por los pacientes. Los profesionales deben conocer cuáles son los resultados de los indicadores generales más importantes y poder compararse con otros mediante estándares reconocidos, han de seleccionar sus procesos clave, definirlos, medirlos y mejorarlos, homogeneizándolos y monitorizándolos a continuación.[1] Los clínicos trabajan desde hace muchos años siguiendo protocolos o guías de práctica clínica, con el interés de sistematizar las pautas de actuación y con, ello, mejorar la calidad, fin último de los mismos.[2-5] Sin embargo, la variabilidad no justificada de la práctica clínica persiste, por lo que es necesario disponer de alguna herramienta que facilite la estandarización del trabajo y que sirva para verificar la actuación de los profesionales y la medición sencilla de los resultados. Las Vías Clínicas (VC) surgen para cubrir estos objetivos.

Los primeros modelos sobre los que desarrollaron las VC, se remontan a las Técnicas de proyecto de red de la década de los años cincuenta (1950s: Industria de petroquímica, construcción, y ordenadores, así como en 1958 con el Program Evaluation and Review Technique-PERT y el Submarino Polaris de EEUU). Dentro del mundo sanitario, las primeras experiencias se desarrollaron en proyectos administrativos de Investigación médica (1968), planificación de reestructuración de un hospital (1969) y centro comunitario de salud mental (1975). En Procesos clínicos, los primeros datos fueron aportados por Zander K (New England Medical Center, Boston) y Grudich G y Romito D, entre los años 1988-1992, siendo los motivos principales de su aparición el pago prospectivo de los procesos, la necesidad de la contención de costos y la variabilidad no deseada.[1] Desde entonces se han extendido principalmente en los países anglosajones, siendo, actualmente uno de los métodos habituales para facilitar la gestión de procesos clínicos.

*Definición y aspectos generales*

La VC es un plan asistencial para un proceso o procedimiento de curso clínico predecible, en la que se detallan las actividades clínicas y otras relacionadas, así como la responsabilidad de los profesionales en cada una de ellas, verificando las diferentes actuaciones prefijadas y las posibles variaciones surgidas en el desarrollo del proceso asistencial; en ella se especifica la óptima secuencia de intervenciones de los diferentes profesionales.[5-6] Son diseñadas para minimizar retrasos y consumo de recursos, maximizando la calidad de los cuidados. El formato habitual que se utiliza para representar un Vía clínica es el que se expone en la Figura1.

| Día/ Unidad | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 |
|---|---|---|---|---|
| Actuación Médica | | | | |
| Actuación enfermería | | | | |
| Determinaciones | | | | |
| Medicación | | | | |
| Actividad | | | | |
| Dieta | | | | |
| Información (Paciente y familia) | | | | |
| Objetivos | | | | |

Figura 1. Formato habitual de la vía clínica.

En el Cuadro 1 se detallan algunos de los sinónimos encontrados en inglés del término equivalente a Vía Clínica.

En castellano se ha impuesto el término "Vía Clínica", aunque también se emplea "Trayectoria clínica", siendo éste más aplicable a la parte del proceso correspondiente a cuidados de enfermería.



Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

Cuadro 1. Sinónimos (MESH) en inglés del término Vía Clínica, para establecer criterios de búsqueda de información en bases de datos científicas.

| |
|---|
| Clinical Pathways |
| Critical Pathways |
| Pathways |
| Care Protocols |
| Multidisciplinary Pathways of Care |
| Anticipated Recovery Pathways |
| Integrated Care Pathways |
| Care Maps |
| Clinical Paths |
| Care Paths |
| Care Pathways |
| Critical Paths |
| Critical Pathways Guidelines |
| Collaborative Paths |

Las VC llevan inherentes principios básicos cuyo cumplimiento es imprescindible para lograr los beneficios que pueden aportar. Estos principios o políticas de las VC son los siguientes:

- Orientadas al paciente
- Identifican el modelo de cuidados requerido
- Reflejan los cuidados necesarios
- Aplicadas al proceso o procedimiento diagnóstico o quirúrgico habitual
- Individualizadas
- Herramienta para coordinar, desarrollar y monitorizar las actividades
- Orientadas a la mejora
- Proveen metas referentes a resultados de salud, estancia, educación sanitaria, etc.
- Herramienta para la planificación del alta y gestión de camas
- Consideran el consumo de recursos
- Orientadas a la autoevaluación de la calidad asistencial
- Involucración de los diferentes profesionales.

Utilizadas considerando estos aspectos, llevan a una serie de posibles beneficios, como son:

- Mejorar la integración y coordinación de los equipos
- Mejorar la consistencia de los cuidados
- Aumentar la participación e implicación del paciente en los cuidados
- Auditoría (evaluación de la calidad asistencial) clínica continua, mediante el desarrollo de criterios, indicadores y estándares
- Control del riesgo
- Plan asistencial clínico y no clínico
- Involucración de la organización en la mejora continua
- Definición precisa de responsabilidades
- Herramienta docente y de investigación.

*Diferencias entre protocolos, guías de práctica clínica (GPC) y vias clínicas (VC)*

Es habitual que cuando se plantea a los profesionales introducirse en las VC afirmen que no entienden cuál es la diferencia entre VC y Protocolos o GPC. De hecho, los Protocolos o GPC, cuando son muy detallados y se exige verificación de las actuaciones, pueden llegar a ser considerados VC.[6-9] En el Cuadro 2 se exponen las diferencias más relevantes de las VC respecto a los Protocolos.

Cuadro 2. Diferencias más importantes de la Vía Clínica respecto al Protocolo.

| | |
|---|---|
| **1** | Integración de la atención (médica, de enfermería, administrativa, etc. así como de los diferentes servicios) |
| **2** | Responsabilidades bien definidas. |
| **3** | Secuencia definida en el tiempo (día a día, hora a hora o por fases; en la consulta, en el ingreso o incluyendo además, pre y posthospitalización). |
| **4** | Verificación de todas las actuaciones. |
| **5** | Suelen incluir otros aspectos, tales como información del hospital, del servicio y del proceso, C. informado, informe de alta; actividades; dieta, etc. |
| **6** | Con frecuencia se incluye un cuestionario de satisfacción del paciente específico del proceso asistencial. |
| **7** | Incorporación de un cuadro de indicadores y estándares específicos del proceso asistencial. |
| **8** | Definición clara del consumo de recursos (defecto y exceso): pruebas complementarias, interconsultas, fármacos y otros. |

Las Guías de Práctica Clínica- GPC (Guidelines, para los anglosajones) representan un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones sobre qué intervenciones son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas. Las GPC son generalmente diseñadas por Agencias de Evaluación de Tecnologías, dado que suponen un procedimiento complejo y costoso, al alcance de expertos (tanto en metodología de MBE como en conocimiento de la disciplina objeto de estudio). Por todo ello, tienen un ámbito de aplicación mayor.

Los Protocolos representan la secuencia ordenada de actividades ante una situación clínica determinada, que definen, cómo ejecutarlas con el objetivo de asegurar la prestación escalonada del proceso quirúrgico. En general, los protocolos son de ámbito más doméstico (nivel centro, servicio o unidad) y no se les exige la revisión sistemática de la literatura, ni la clasificación de los grados de evidencia de los diferentes aspectos clínicos establecidos. Se considera que los protocolos son normativos y deben ser consensuados antes de su implantación. El hecho de que tengan una menor exigencia de recopilación de síntesis científica, no implica que no incorporen un adecuado nivel científico.

Dado que las VC incluyen los aspectos clínicos y otros relacionados dentro del proceso de atención al paciente, es reconocido que son herramientas de gran utilidad para implantar GPC y Protocolos, ya que sirven para especificar pautas, definir responsabilidades y ajustarlas en los tiempos precisos.

*Selección de procesos para el desarrollo de VC*

Las VC son herramientas para facilitar la gestión de procesos, pues son de gran utilidad para definir, evaluar, mejorar y homogeneizar los procesos. Los criterios para su selección son los que se suelen emplear a la hora de decidir aquellos procesos que conviene sistematizar. Algunos de los criterios que pueden justificar la implantación de VC determinadas son los siguientes:

- Proceso o procedimiento con curso clínico predecible
- Proceso prevalente o recurrente
- Estancias altas con relación al estándar
- Costos elevados
- Variabilidad no justificada
- Participación de varias especialidades
- Posibilidades de mejora
- Reclamaciones y/o quejas reiteradas
- Referencias de estándares elevados (benchmarks)

Sin embargo, como las VC aportan otras ventajas como son, las facilidades para las evaluaciones sistemáticas de los procesos o la creación de una cultura de sistematización del trabajo e integración de equipos, en ocasiones se desarrollan VC que no cumplen la mayor parte de estos criterios.[10-11] Los equipos también deben tener libertad para proponer sus propias VC.

*Casos típicos para desarrollar una VC*

En la Figura 2 se expresan los diferentes situaciones en las que se puede plantear la utilización de la VC.

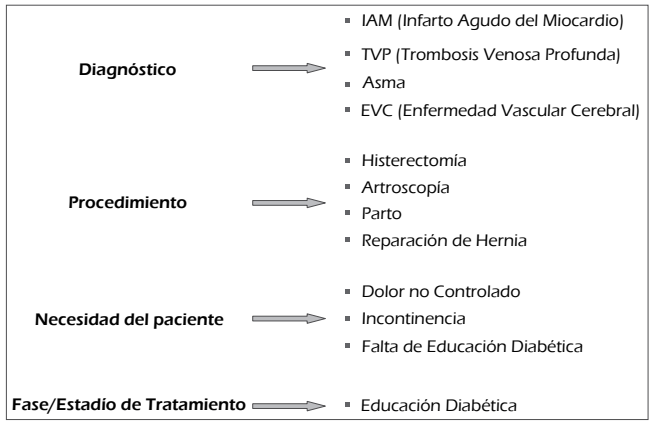


Figura 2. Casos tipo para el desarrollo de Vías Clínicas.

En primer lugar se desarrollan VC ante procesos patológicos que requieren diagnóstico y tratamiento, ya sea en el ámbito hospitalario como en la consulta externa. En dicha figura se refieren algunos ejemplos, como son infarto agudo de miocardio, trombosis venosa profunda, asma, etc.[12-24] En algunos de los procesos susceptibles de incorporar a una VC, pueden existir procedimientos de cierta entidad que requieran ser incluidos en VC, como por ejemplo cateterismo cardíaco, radiología intervencionista, etc.

Casos típicos de VC son los procedimientos quirúrgicos, sobre los que se publica el mayor número de VC. Esto es lógico, ya que en muchos de ellos se puede predecir con bastante seguridad el curso de los acontecimientos. Los procedimientos más complejos y variables requieren de una cierta adaptación al formato de VC, pudiendo incluir alternativas según la respuesta del paciente ante una situación determinada o establecer fases sin fijar un número estricto en los días (p.ej., el ingreso se puede fijar el día de la intervención o un día antes, incluyendo en el formato de la VC las dos posibilidades).

Asimismo, se pueden desarrollar VC en síndromes o necesidades de los pacientes, siempre y cuando el manejo de estos casos tenga una cierta homogeneidad, por ejemplo: dolor torácico agudo, incontinencia urinaria, programa de educación a diabéticos cuando ingresan a un programa de control de diabetes mellitus tipo II, etc.


Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

Igualmente se pueden aplicar VC a diversos estadios o fases de un proceso asistencial. Esto está en función de la importancia que puede tener el hecho de sistematizar cada una de estas fases.

A continuación se detallan las VC más típicas encontradas en la literatura según las diferentes especialidades:

Cirugía General y del Aparato Digestivo:
- Colecistectomía laparoscópica
- Colectomía (por cáncer y diverticulitis)
- Antirreflujo
- Tiroidectomía
- Mastectomía
- Herniorrafia inguinal
- Apendicectomía
- Eventrorrafia
- Resección de intestino delgado

Ginecología y Obstetricia:
- Parto
- Cesárea
- Mastectomía
- Histerectomía

Otorrinolaringología:
- Amigdalectomía y adenoidectomía
- Laringuectomía

Traumatología:
- Artroplastia de cadera
- Artroplastia de rodilla
- Fractura de fémur
- Amputación de MII

Cirugía Vascular:
- Endarterectomía carotidea
- Trombosis venosa profunda de miembros inferiores
- Safenectomía
- By-pass infrainguinal
- Aneurisma de la aorta ascendente

Cirugía cardiaca:
- By-pass Aorto-coronario
- Sustitución valvular
- Trasplante cardiaco

Cirugía Torácica:
- Toracotomía
- Lobectomía/segmentectomía/neumonectomía
- Neumotórax

Urología:
- Resección transuretral de próstata
- Prostatectomía abierta
- Cistectomía
- Trasplante renal
- Circuncisión

Neurocirugía:
- Hernia discal
- Craneotomía

Medicina Interna y especialidades:
- Agudización del asma
- Dolor torácico agudo
- Infarto agudo del miocardio
- Angina
- Ictus
- Neumonía comunitaria
- Diabetes
- Cefalea
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Angioplastia coronaria
- Angioplastia por colocación de Stent
- Endoscopia
- Hemodiálisis
- Trasplante de médula ósea.

*Secuencia de actuaciones para la implantación de una vía clínica*

Para la puesta en marcha de una VC se precisan una serie de pasos ordenados que van desde la selección adecuada del proceso, hasta la fase de evaluación. En la Figura 3 se resume esta secuencia.

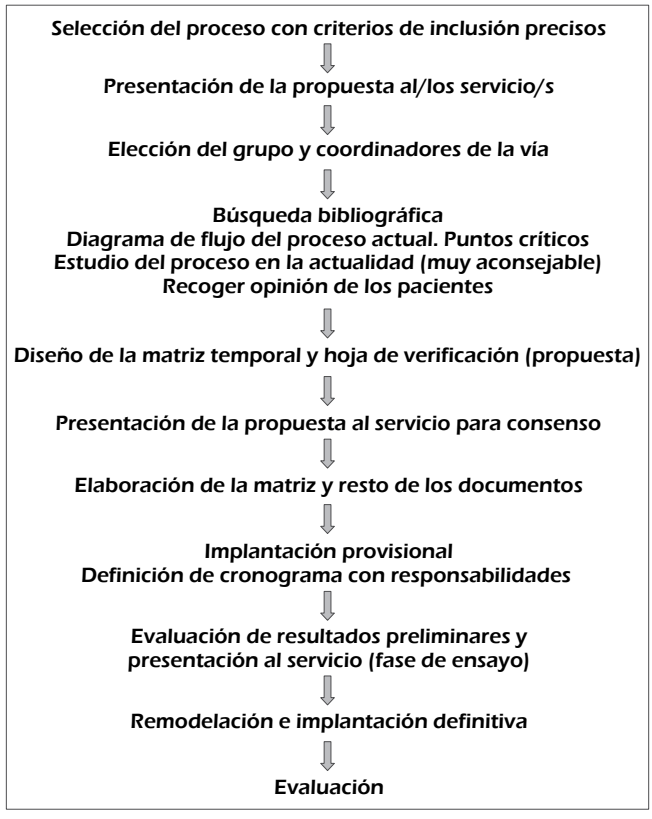


Figura 3. Secuencia seguida para la implantación de una Vía Clínica.

*Metodología para la elaboración de la vía clínica*

Cada uno de los pasos seguidos en el desarrollo de la VC ha de ser justificado y registrado. A continuación se especifican cada uno de estos, como fase previa a la elaboración de la propia VC.[25-29]

- Nombre del proceso elegido. (Si procede; Grupos Relacionados por Diagnóstico –GRD-).
- Motivos de elección del proceso.
- Autores y coordinadores de la Vía Clínica (VC) (médico y enfermera)
  Si participan varios servicios puede haber más de un responsable, pero siempre ha de haber un coordinador general médico y de enfermería.
- Reuniones mantenidas (con fechas) y síntesis del trabajo realizado en ellas.
- Datos reales de la situación del proceso actual en el servicio/hospital. Modo de obtención de la información: informes de alta, historia clínica, conjunto mínimo básico de datos (CMBD); evaluación prospectiva o retrospectiva. Especificar:
  - Prevalencia
  - Complicaciones
  - Estancia y Estancia media ajustada por GRD (IEMA)
  - Variabilidad conocida
  - Consumo de recursos (pruebas, fármacos, Unidad de Cuidados Intensivos) Etc.
- Estado actual del proceso en general.
  - Revisión sistemática de la literatura
  - Búsqueda de referencias:
  - Elección de palabras clave (clinical pathways, clinical guidelines + nombre del proceso).
  - Utilización de base documental (Medline, Embase, Internet, etc.)
  - Selección de artículos más relevantes (especificarlos)
- Servicios de referencia en nuestro medio o internacionales ("benchmarks").
- Estándares conocidos (de estancia, de complicaciones, de resultados positivos, etc.)
- Necesidades, expectativas y grado de satisfacción actual de los pacientes, especificando el método utilizado para conocerlos (cuestionario, reclamaciones, entrevistas, grupos focales, etc.)
- Objetivos que se pretenden conseguir con la VC
- Comunicación a los miembros del servicio (especificar fechas).
  - Del inicio del proyecto
  - Antes de la elaboración de la VC
  - Debate sobre documentos
  - Puesta en marcha
  - Resultados preliminares (fase de ensayo)
  - Implantación definitiva

*Documentación de la Vía Clínica*

1. Los elementos que debería contener la VC idealmente son los siguientes:

- Portada. Logotipos, Nombre de la VC, servicios participantes, fecha de implantación.
- Índice
- Relación de autores y coordinadores de la VC, especificando categorías y servicios
- Fechas de aprobación (provisional/definitiva) de la VC por el Servicio, por la Unidad de Calidad y por la Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos Diagnósticos y Terapéuticos.
- Histórico de modificaciones y copias distribuidas de la VC, con fechas, y tipo de modificaciones (guardar un original de las diferentes versiones)
- Introducción.
  Justificación de la implantación de la VC.
  Estado actual del proceso (con datos cuantificados): según la literatura y del servicio.
- Objetivos que se pretenden conseguir.
- Descripción o definición del proceso.
- Principio y final, realizando un diagrama de flujo.
  Fases críticas del proceso (pasos importantes con relación a variabilidad conocida, consumo de recursos, consecución de metas, satisfacción del paciente, coordinación entre profesionales, etc.)
  Marcar los indicadores en el diagrama de flujo.
- Documentos de la historia clínica que se pueden sustituir. Estos documentos pueden ser:
  - Plan de cuidados de enfermería.
  - Órdenes de tratamiento.
  - Hoja de evolución médica.
  - Hoja de evolución de enfermería.
  - Hoja de control de pruebas (enfermería).
  - Gráfica de constantes (en las vías de menor complejidad).

La sustitución de estos documentos ha de ser consensuada y siempre ha de figurar la información clínica relevante en la historia clínica, ya sea en forma de la documentación básica aprobada por la Comisión de Historias Clínicas o mediante los documentos de la VC una vez autorizada.

2. Criterios de inclusión, de exclusión, de alta y de salida (opcional) de la VC. Valorar además otros criterios (ingreso en UCI, etc.).
3. Metas que se pretenden lograr (por días, por períodos, por fases y al alta). Marcar metas secuenciales permite seguir en todo momento el éxito de la vía y así aproximarnos al objetivo final. Asimismo, el desarrollo de indicadores relacionados con estas


Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

metas, permite la evaluación de la vía. En la Figura 4 se expone un ejemplo de fijación de metas en el infarto agudo de miocardio.

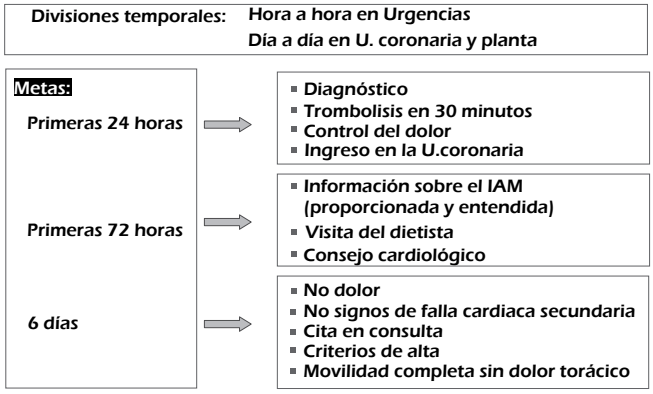


Figura 4. Metas en el IAM (Infarto del Miocardio).

4. Hoja de estado del paciente: edad, sexo, datos administrativos (pegatina), diagnóstico, comorbilidad, ASA y otras escalas de ajuste al riesgo utilizadas, medicación habitual; se puede incluir la evaluación inicial de enfermería.

*Matriz temporal*

- Figurará: logotipos, nombre de la VC y datos del paciente. Los datos que se detallan a continuación se pondrán en las celdas, correspondiendo a la fila superior los días o períodos.
- Actuación médica: comprobación de los datos de la historia clínica, realización del informe de alta, verificación de indicaciones del procedimiento y protocolos de referencia, visitas médicas, información, petición de pruebas y partes interconsulta, etc.
- Actuación de enfermería: disponibilidad de la documentación clínica, plan de cuidados, constantes, cursar petición de pruebas y aplicar medidas y tratamientos, aplicar y recoger la encuesta de satisfacción, etc.
- Determinaciones de pruebas
- Medicación (habitual del paciente, específica de la VC, la referida en los PICs)
- Dieta
- Actividad
- Información
- Planificación del alta
- Observaciones (excepciones, protocolos de referencia, etc.). (Figura 5).

5. Hoja de verificación.
   Figurarán logotipos, nombre de la VC, datos del paciente y alergias. Se complementará con una X las celdas correspondientes, pudiendo especificar con texto los datos que se consideren convenientes para no repetir documentación (constantes, principalmente); se incluirán las fechas y las firmas de los médicos (por día) y de enfermería (preferiblemente por turnos).
   Suele haber dos hojas: una médica y otra de enfermería. Puede haber espacio en blanco para añadir medicación específica. También puede incorporarse un apartado donde se especifique la petición de pruebas, la realización y la recepción del resultado (Figura 6)
6. Hoja de variaciones.
   En esta hoja han de detallarse todas las variaciones que surjan respecto al plan establecido, refiriendo los siguientes datos: fecha, turno, personas que la aprecian y aquéllas que toman las medidas así como las firmas correspondientes, descripción de la variación y código de la misma, tipo de medida y nivel de resolución del problema, si es causa de salida de la VC. Asimismo, en la propia hoja es recomendable que se detallen las diferentes variaciones que pueden presentarse en el proceso con códigos numéricos para facilitar el procesamiento de la información y agrupadas en categorías (por condiciones del paciente, por decisión de los profesionales, por motivos organizativos institucionales, por decisión del paciente/familia). Figurará en esta hoja: logotipos, datos del paciente y nombre de la VC.
7. Hoja informativa.
   Explicación detallada acerca de: desarrollo previsto del proceso, actuaciones clínicas más importantes, dieta, actividad, estancia, entrega de informe, recomendaciones sobre participación del paciente en el proceso asistencial, etc.
   Formato: texto +/- figuras (cuidados, actividad, medicación, comida, información).
8. Cuestionario de satisfacción.
   Para evitar sesgos es conveniente que sea anónimo.
   Ítems generales y específicos (si se considera oportuno), satisfacción global, aspectos más positivos y negativos, deseo de volver, recomendaciones a otras personas, sugerencias.
   Entrega (en sobre cerrado): pre-alta; recogida al alta (en buzón o por enfermería).
9. Hoja de evaluación de la VC.
   El objetivo de esta hoja es incluir los datos precisos para realizar la evaluación del proceso y la auditoría de calidad de la propia VC; esta hoja junto a la encuesta de satisfacción sería suficiente para realizar la revisión.
   Deberá incluir: datos del paciente, fechas de ingreso, alta e intervención quirúrgica (si la ha habido), diagnóstico/s, comorbilidad, ASA, variaciones (categoría, código, fecha, turno), complicaciones, rein-

| UNIDAD | CONSULTA | DÍA –1 PISO | PLANTA/ QUIRÓFANO/ REA/ |
|---|---|---|---|
| 1. ACTUACIÓN MÉDICA | Historia clínica completa Indicación de colectomía | Revisión de Historia Clínica. Indicación del tipo de técnica. Revisión de estudios preoperatorios. Comprobación. Aplicación del cuestionario de calidad de vida. | Intervención. Enviar a Anatomía Patológica la pieza extirpada. Atención Anestesia (incluye profilaxis antibiótica (PAQ) 1 dosis en inducción +/-24 h y en REA). |
| 2. ACTUACIÓN ENFERMERÍA | | Historia Clínica de Enfermería. Constantes y plan de cuidados. 8h y 20h: Enema de limpieza. Marcaje de colostomía. | Constantes y plan de cuidados pre y post- operatorios. Vigilancia postoperatoria de vías, sondas, drenajes y estomas (si tiene). Rasurado del campo en planta. |
| 3. DETERMINACIONES Y OTRAS PETICIONES | Estudio diagnóstico y de extensión Evaluación preoperatoria, con consulta de anestesia | Paquete globular (2 Unidades). | |
| 4. MEDICACIÓN | Habitual | Preparación mecánica del colon. Medicación habitual y especificada en partes interconsulta. Medicación preanestésica (si se indica). Profilaxis Tromboembólica (PTE). | Sustitutos intravenosos del tratamiento habitual. Sueroterapia CIK Analgesia pautada |

| UNIDAD | CONSULTA | DÍA –1 Piso | PLANTA/ QUIRÓFANO/ REA/ |
|---|---|---|---|
| 5. ACTIVIDAD | Habitual | Habitual. Aseo personal. | Reposo en cama. Aseo en cama |
| 6. DIETA | Normal. Sin residuos 1d antes del ingreso | Líquida | Absoluta |
| 7. INFORMACIÓN (PACIENTE Y FAMILIA) | Paciente Informado. Documentos informativos del proceso información. | Documentos hospitalarios Información proceso. Confirmar información estoma. Información sobre Intervención, hora de quirófano y cirujano. | Información a familiares sobre resultados de cirugía y previsión de postoperatorio. |
| 8. OBJETIVOS | Historia clínica y estudio preoperatorio completos. Información del proceso y estoma. | Preparación mecánica. Medicación preoperatoria. Plan de cuidados. Información del hospital y del proceso. | PAQ y PTE. Analgesia-Catéter epidural. Normotermia en quirófano. Información a familiares. |

Figura 5. Vía Clínica para Colectomía Programada por Carcinoma.

gresos no programados por motivos relacionados con el episodio actual, cumplimiento/incumplimiento de protocolos de referencia y motivos, consumo de recursos extra (estancias, interconsultas, pruebas, fármacos, UCI, reintervenciones, etc.), salidas de la VC, cumplimentación de la VC (items sin rellenar en la hoja de verificación), aplicación de la encuesta de satisfacción, puntuación de la satisfacción global y de los items más interesantes.

10. Bibliografía.
    Artículos, libros/capítulos, direcciones de Internet, otras VC de referencia.
11. Anexos.
    Protocolos, documentos de Consentimiento informado, gráficas y otros documentos específicos utilizados, documentos informativos (manual de acogida, libro de información al paciente, etc.).

*Cuadro de indicadores de la VC*

Aplicación de la VC a pacientes con criterios de inclusión, cumplimiento de la estancia prefijada, cumplimiento de protocolos, cumplimiento de la aplicación del Consentimiento informado, cumplimiento de las metas fijadas, sucesos adversos (se pueden detallar los más relevantes), indicadores sobre otras variaciones de interés, satisfacción global, coste/consumo de recursos.

*Variaciones*

El análisis y evaluación de las variaciones es una herramienta de mejora continua de la calidad; deben ser revisadas periódicamente para refinar la Vía y para detectar oportunidades de mejora:


Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

- Compararlas con los estándares
- Determinar las causas
- Encontrar soluciones
- Investigar y analizar problemas específicos identificados
- Redefinir la vía según el análisis realizado
- Educación y aprendizaje

Los tipos de variaciones son:

a) Por las consecuencias
   - Positivas
   - Negativas

b) Según evitabilidad
   - Evitables
   - No evitables

c) Por la frecuencia de la presentación
   - Aleatoria
   - Sistemática

Los motivos generales de las variaciones pueden ser por:

- Condición del paciente:
  Fiebre, infección, dolor no controlado, vómitos, TA,

| | Cama: Ingreso: ( / / ) | ( / / ) | |
|---|---|---|---|
| | Ingreso Ingreso: | Hospitalización: Día 0 | |
| Actuación Médica/ Enfermería y determinaciones | Verificar estudio preoperatorio<br>Verificar PIC Anestesia.<br>Revisión de historia clínica.<br>Indicación de colectomía por Ca de colon<br>Entrega de Hoja de Información al paciente M.acogida y Proceso<br>Historia Enfermería y Plan de Cuidados | Información al paciente familiares sobre intervención, hora prevista, evolución a corto plazo, etc.<br>Verificar Consentimiento informado<br>Paquete globular (2-3 unidades)<br>Exploración física.<br>Encuesta de Calidad de Vida<br>Rasurado del campo quirúrgico | INTERVENCION QUIRURGICA<br>Información al paciente y a los familiares sobre intervención |
| Medicación | Profilaxis<br>Habitual del paciente y especificada en PICs.<br>Preparación de colon | Indicaciones pre-anestésica | Tto habitual iv<br>Sueroterapia<br>Profilaxis<br>Profilaxis TEP |
| | | | Anti-H2 (opcional)<br>Analgesia |
| Dieta/Actividad | Dieta | Dieta absoluta/Cama | |
| Tª / / | T / / | Tª / / | T / / |
| Comentarios de evolución: | | Comentarios de evolución: | |
| Firma médico: | | Firma médico: | |
| Firma enferm: | / / / | Firma enferm: | |
| Cumplimiento | Sí ☐ No ☐ | Cumplimiento | Sí ☐ No ☐ |

Figura 6. Hoja de Verificación de la Vía Clínica.

retención urinaria, deshidratación, estado confusional, incontinencia, etc...
- Profesionales:
  Decisión médica o de enfermería
- Paciente/familia:
  Decisión del paciente o familia, familia no disponible
- Sistema:
  Equipo no disponible, cierre de unidad (fin de semana, fiesta, etc), suspensión de operación, etc.
- Comunidad:
  No servicios sociales, retraso en el transporte, etc.

*Registro de una variación*

Los datos que hay que cumplimentar en la hoja de variaciones son los siguientes:

- Fecha y turno
- Especificación
- Código
- Medidas tomadas
- Resultado de la acción
- Especificación de salida de la vía
- Firma.

*Evaluación de la vía clínica*

La evaluación de la VC es un aspecto imprescindible para que los profesionales aprendan a mejorar el proceso. Ha de ser programada en el tiempo y presentada al servicio para su conocimiento, de modo que se pueda lograr la implicación en el método, en el seguimiento de la VC y en el proceso de mejora. Es muy importante que participen médicos y personal de enfermería en la evaluación.

*Indicadores*

Son los instrumentos de medida que nos servirán para evaluar la VC. En general los indicadores se definen tras revisar paso a paso la secuencia del proceso desde que se recibe al paciente hasta el alta.

En el contexto de las VC, los indicadores se pueden clasificar en los siguientes grupos:
- De inclusión adecuada de los pacientes en la VC.
- De salida de la VC.
- De cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica de referencia.
- De cumplimiento de aspectos administrativos/organizativos.
- De adecuación a la cumplimentación de la VC.
- De resultados clínicos: complicaciones, beneficios de salud (/mejora de síntomas y signos), concordancia diagnóstica.
- De eficiencia: consumo de recursos (estancia, utilización de fármacos costosos, equipos de alta tecnología, etc.) y costes.
- De satisfacción del paciente: información, trato, hostelería, asistencia, coordinación, etc.

Para poder lograr los objetivos finales, es necesario marcar metas intermedias (p.ej., si uno de los objetivos es dar el alta precoz, es preciso asegurarse que el paciente iniciará la dieta oral lo antes posible o se le hará una RX o analítica en la fecha idónea). Sobre estas metas se pueden definir indicadores, sobre todo, si los resultados no se ajustan a los estándares o niveles de calidad que se propusieron. Existen, pues, unos puntos críticos determinantes del tiempo ("rate-limiting-steps") que hay que asegurar que se cumplirán con éxito.

*Dificultades y estrategias para la implantación y desarrollo de las VC*

Como toda innovación que se intenta implantar en una organización, con la llegada de las VC se están observando resistencias y problemas que, en ocasiones, han hecho fracasar los intentos de consolidar esta metodología de ayuda a la gestión de procesos. No obstante, existen estrategias que pueden atenuar algunos de estos problemas. A continuación se exponen problemas y estrategias.

Algunas resistencias iniciales.
- Percepción de cuidados no personalizados o no individualizados por parte de los clínicos: "todos los casos son diferentes".
- Más burocracia y más trabajo.
- "¿Qué gano yo con hacer esto?"
- "Ya lo hacemos bien"
- "¿Qué aporta en relación a un protocolo?"
- "¿Quién va a recoger y a analizar la información y quién va a supervisar que se están siguiendo?"
- Pérdida de autonomía.

Algunos problemas vividos al inicio de la VC.

1. Selección del proceso.
   - Procesos complejos
   - Proceso simple, con buenos resultados
   - Diferencia de concepción del proceso
2. Presentación de la propuesta a los servicios.
   - No presentación al servicio
   - No coordinación entre médicos y personal de enfermería
3. Elección del grupo.


Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

- No existe grupo y la VC es realizada por una sola persona.

4. Diseño de la matriz
   - Diseño conjunto muy resumido
   - Diseños separados muy largos
   - Falta de datos importantes
   - Falta de fundamentos científicos (Medicina Basada en la Evidencia)
   - Desconocimiento del proceso en la actualidad
   - Niveles de calidad poco comprometidos
5. Implantación.
   - El grupo no está informado.
   - No hay consenso en el servicio
   - No hay consenso entre servicios
6. Resultados preliminares.
   - No se cumple correctamente con la documentación de la VC
7. Los malos resultados son provocados en algunos casos
   - Por problemas no solucionados en las fases previas
   - Documentos de la vía sólo en la historia clínica, por lo que rescatarlos es un problema, ya que no se tiene referencia del nombre de los pacientes sometidos a VC.

Algunos problemas de actitud y aptitud.

1. Líderes no adecuados.
   - Perfil de los líderes de la VC
   - Escasa implicación de los responsables del servicio.
2. Inseguridad ante una nueva forma de trabajo.
   - Ante los nuevos documentos, la enfermería se pierde.
   - Miedo de perder información relevante.
   - Pérdida de continuidad de cuidados en el proceso asistencial.
3. ¡Ya lo hago bien; porqué cambiar!
4. Reticencia a abandonar documentos.
   - Miedo a lo desconocido
   - Los registros de siempre dan seguridad
5. Sensación de "tonto útil".
   - Ante la no participación en el desarrollo de la vía clínica, se tiene la sensación de infravaloración y de trabajar para que otros consigan lo que quieren

Posibles estrategias.

- Formación: cursos de calidad, charlas monográficas, etc.
- Facilitar material escrito y plantillas informáticas, ofreciendo ayuda para la elaboración de los documentos específicos. Disponer de "vía modelo".
- Seleccionar bien los procesos: prevalentes, homogéneos, representativos del servicio e ineficientes. Ventaja: existencia de protocolos previos.
- Conocimiento previo de la realidad del proceso (datos cuantificados y "reconstrucción de los hechos").
- Documentación bibliográfica (VC, GPC, artículos relevantes, etc.).
- Seleccionar bien a los profesionales que coordinen la VC en los servicios.
- Lograr la participación y el consenso de médicos y personal de enfermería.
- Evitar los papeles innecesarios de la historia clínica. No duplicar información.
- Apoyo metodológico por parte de expertos dentro del centro (p. ej., Unidad de Calidad).
- Seguir activamente la implantación y desarrollo de las vías, comunicando los resultados. Análisis de las hojas de la vía con participación de los miembros del servicio. Muy importante seguir los primeros 20-30 casos.
- Pacto de objetivos (al menos 2 años), para médicos y enfermería, como estrategia de la dirección.
- Informatización.
- Archivar una copia de los documentos en el servicio, para no tener que buscarla después en la historia clínica.

*Informatización de la Vía Clínica*

Actualmente, de una manera más o menos desarrollada, no se entiende trabajar con la metodología de las VC sin utilizar soporte informático. Este puede ir desde la simple elaboración de la VC, hasta el nivel de integración de la documentación con alertas automáticas. Entre ambos, existen diferentes niveles de complejidad de la informatización. En la mayor parte de los servicios en que se utilizan las VC, al menos la elaboración y la explotación de los resultados de la VC, suelen estar informatizadas.

## REFERENCIAS

1. Johnson S. Pathways of Care. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1997.
2. Turley K, Tyndall M, Roge C, Cooper M, Turley K, Applebaum M. Critical Pathway Methodology: Effectiveness in Congenital Heart Surgery. Ann Thorac Surg. 1994; 58: 57-65.
3. Macario A, Horne M, Goodman S, Vitez T, Dexter F, Heinen R, Brown B. The Effect of a Perioperative Clinical Pathway for Knee Replacement Surgery on Hospital Costs. Anesth Analg. 1998; 86: 978-984.
4. Gadacz T, Adkins B, O´Leary JP. General Surgical Pathways: An Introduction. Am Surg. 1997;63:107-110.

5. Horne M. Involving Physicians in Clinical Pathways: An Example for Perioperative Knee Arthroplasty. Jt Comm J Qual Improv. 1996; 22: 115-124.
6. Weiland DE. Why Use Clinical Pathways Rather Than Practice Guidelines? Am J Surg 1997; 174: 592-595.
7. Ellrodt G, Cook DJ, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-Based Disease Management. JAMA. 1997; 278: 1687-1692.
8. Hoffmann PA. Critical Path Method: An Important Tool for Coordinating Clinical Care. Jt Comm J Qual Improv. 1993; 19: 235-246.
9. Schriefer J. The Synergy of Pathways and Algorithms: Two Tools Work Better Than One. Jt Comm J Qual Improv. 1994; 20: 485-499.
10. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Critical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems an Potential. Ann Intern Med. 1995; 123: 941-948.
11. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 1998; 316: 133-137.
12. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG. A Controlled Trial of a Critical Pathway for Treatment of Community-Acquired Pneumonia. JAMA. 2000; 283: 749-755.
13. Smith DM, Gow P. Towards excellence in quality patient care: A clinical pathway for myocardial infarction. J Qual Clin Practice. 1999; 19: 103-105.
14. Spain DA, McIlvoy LH, Fix SE, EH Carrillo, Boaz PW, Harpring JE, Raque GH, Miller FB. Effect of a Clinical Pathway for Severe Traumatic Brain Injury on Resource Utilization. J Trauma. 1998; 45: 101105.
15. Abreu BC, Seale G, Podlesak J, Hartley L. Development of Critical Paths for Postacute Brain Injury Rehabilitation: Lessons Learned. Am J Occupat Ther. 1996; 50: 417-427.
16. Falconer JA, Roth EJ, Sutin JA, Strasser DC, Chang RW. The Critical Path Method in Stroke Rehabilitation: Lessons from an Experiment in Cost Containment and Outcome Improvement. QRB. 1993 (Jan): 8-16.
17. Goldberg R, Chn L, Haley P, Hermata-Booth J, Bass G. Critical Pathway for tha Emergency Department Management of Acute Asthma: Effect on Resource Utilization. Ann Emerg Med. 1998; 31: 562-567.
18. Wentworth DA, Atkinson RP. Implementation of an Acute Program Decreases Hospitalization Costs and Lenth of Stay. Stroke. 1996; 27: 1040-1043.
19. Galí J, Puig C, Hernández J, Carrasco G, Rosell G, Sánchez B. ¿Disminuye la variabilidad entre profesionales con la aplicación de protocolos? Resultados en el proceso asistencial de la fractura de cadera. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 296-306.
20. Grávalos C, Rodríguez Dapena S, Alcalde J, Martínez Pueyo JI, Castells V, Ruiz López P. Desarrollo de una vía clínica para mejorar el proceso de tratamiento adyuvante del carcinoma de colon. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 173-182
21. Ruiz López P, Rodríguez Cuéllar E, Alcalde Escribano J, Landa García JI, Jaurrieta Mas E y los participantes en al proyecto. Informe sobre el Proyecto Nacional para la Gestión de Procesos Asistenciales. Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Colorrectal (II). Desarrollo de la Vía Clínica. Cir Esp. 2003; 74: 206-220.
22. Alcalde J, Ruiz López P, Valiño C, Serrano A, Abad A, Morales C, Ibarra A, Ballesteros D, De la Cruz F. Resultados de la Vía clínica para el tratamiento del cáncer colorrectal. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18: 342-349.
23. Pinar-García ME. Costes por proceso: colecistectomía laparoscópica en vía clínica. Administración Sanitaria. 2002, 6 : 97-116.
24. Sierra-García A, Ruiz-López P. Las vías clínicas para procedimientos quirúrgicos de la mama. Sierra-Garcia A, Piñero-Madrona A, Illana-Moreno J. En: Cirugía de la mama. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán Editores; 2006.
25. Carrasco G, Ferrer J, Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 199-207.
26. Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Ferrándiz Santos J. El diseño de la calidad: la gestión de vías clínicas en el contexto de planes de calidad. JANO. 2004; 65: 75-80.
27. Esteve N, Morales R, Casas I, Garcés MJ. Controversias de las Vías Clínicas quirúrgicas: Propuesta de selección de puntos clave e indicadores de calidad y eficiencia. Todo Hospital. 2002;1:44-60.
28. García J, Diez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías Clínicas. Medicina Preventiva. 1999; 1: 29-39.
29. Ruiz-López P, Alcalde-Escribano J, Landa-García JI. Las vías clínicas. Una herramienta para la gestión de procesos. En: Gestión Clínica en Cirugía. Madrid: Arán Editores; 2005.