

VIAS CLINICAS

Dres García Caballero J, Díez Sebastián J, Chamorro Ramos L,
Navas Acien A, Franco Vidal A.

Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid

1) Introducción.

Existe variabilidad en la práctica clínica, tanto en la utilización de los recursos sanitarios^{1,2,3,4,5,6}, como en los resultados obtenidos^{7,8,9,10}, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios de los diferentes centros o instituciones, pero la causa más importante es la debida a disfunciones en la prestación de servicios de atención a los enfermos^{6,8}. Las vías clínicas, representan una posible solución para este tipo de variabilidad, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia¹¹.

Es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves del proceso por falta de información.

Hacen compatible algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del enfermo con un determinado diagnóstico clínico¹², para dar una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar

1. - Las expectativas en la atención del enfermo.
2. - Los sucesos que son críticos en la duración apropiada de la estancia del enfermo
3. - Los métodos de mejora de la calidad y del coste-efectividad de la atención del enfermo.

2) Definición.

Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible^{11,13}. Las vías clínicas (clinical o critical pathways), también se denominan mapas de cuidados (care maps), guías prácticas, protocolos de atención (care protocols) atención coordinada, vías de atención integrada (integrated care pathways), vías de atención multidisciplinaria (multidisciplinary pathways of care), programas de atención colaborativa, vías de alta anticipada (anticipated recovery pathways), vías de atención o gestión de casos clínicos.¹⁴ Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial^{11,15} tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (Calidad científico-técnica, optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (Información, participación y ajuste de las expectativas), y los de los gestores (eficiencia evaluación continua y gestión de costes). Es una forma de adaptar las guías de práctica clínica, o los protocolos a la práctica clínica, es la versión operacional de las guías clínicas; las guías o los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase.^{11,16,17,18} En la figura 1 se resumen las bases, medicina basada en la evidencia¹⁹ y las dimensiones de la calidad que conjugan.

La vía clínica es una herramienta de gestión clínica, figura 2, para facilitar la atención sistemática y multidisciplinaria del paciente. No reemplaza el juicio clínico del profesional²⁰.

Pueden desarrollarse para la atención antes, durante y/o después de la hospitalización y permiten la anticipación de los problemas asistenciales, la evaluación de los objetivos planteados, la comparación con los estándares de atención definidos previamente y la innovación en las soluciones.

Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste o que requieren la cooperación de múltiples profesionales. Hoy, existen en funcionamiento más de 1500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

La forma de presentación más común que adoptan las vías clínicas es la de una matriz temporal, en el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones y asistencias, determinaciones o tests de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta. O bien como en la vía clínica para el asma, en el eje de las ordenadas están especificados: Medicación, actividad, consultas, pruebas de laboratorio y monitorización y en el eje de las ordenadas: Fase de estatus, fase de transición y fase de alta.²¹ Un esquema general de la matriz de una vía clínica es el que se presenta en la figura 2

Los documentos que conlleva una vía clínica son la matriz temporal, la hoja de información al enfermo y/o familiar, las hojas de verificación, hoja de variaciones, la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar, los indicadores de medición y optativamente la hoja de tratamiento normalizado.

3) Procesos y objetivos

- 1) *Establecer para todos los pacientes independientemente del médico responsable, una secuencia de actuaciones basada en las mejores evidencias disponibles.* Justificación: La variabilidad en la práctica clínica no debida a causas justificadas (factores socio-demográficos etc.) puede provocar la no adecuación de la asistencia al paciente siendo, además, injusta.
- 2) *Especificar la coordinación de los diferentes profesionales al definir las actividades del día a día en la atención del enfermo y quién es el responsable de realizar cada actividad.* Justificación: El enfoque multidisciplinar de los pacientes puede difuminar un enfoque integral del mismo, así como provocar roces entre los profesionales, indefinición de responsabilidades etc. con lo que se deteriora el ambiente laboral y la atención al paciente.
- 3) *Basar la atención a un paciente con una patología determinada en la mejor evidencia disponible y constituir un compromiso de atención por parte de la institución, lo que proporciona a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica.* Justificación: En la actualidad se llevan a cabo multitud de pruebas diagnósticas y terapéuticas no siempre pertinentes y cuya finalidad es proporcionar a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, suponiendo, en muchos casos, un aumento innecesario de riesgos y molestias para el paciente, así como un aumento de costes para la institución.
- 4) *Informar al paciente y familiares de lo que pueden esperar día a día así como establecer un compromiso de la institución con su atención y cuidado ya que permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo desde el inicio el momento del alta.* Justificación: La necesidad de atención sanitaria supone, tanto para el paciente como para los familiares o allegados, una situación de ansiedad e incertidumbre ante los resultados de dicha atención así como por la secuencia de procedimientos a llevar a cabo, con la información detallada se ha demostrado que se disminuye la ansiedad y mejora la calidad percibida
- 5) *Constituir una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación al proporcionar una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y del proceso de toma de decisiones a la luz de la información disponible hasta el momento.* Justificación: Uno de los objetivos de toda institución docente es proporcionar la formación de futuros profesionales basándose en una visión global y actualizada de los procesos de atención sanitaria.
- 6) *Simplificar y sistematizar el registro de información en los documentos de la vía clínica que forman parte de los documentos de la historia clínica del paciente.* Justificación: La información registrada en las historias clínicas supone la fuente de datos para evaluar la mejora de calidad asistencial
- 7) *Proporcionar un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas al igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, , haciendo comparables las situaciones de diferentes centros.* Justificación: Toda institución sanitaria ha de tener como objetivos últimos de su actividad no sólo la asistencia al paciente sino también la docencia y la investigación.
- 8) *Reducir la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación.* Justificación: Los efectos adversos de la hospitalización de un paciente derivan, en gran medida, del mero hecho de estar hospitalizado así como de las instrumentalizaciones a las que se ve sometido, por lo que éstos se reducen al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se le realiza al enfermo.
- 9) *Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.* Justificación: La eficiencia se deriva de la competencia de los profesionales que especifican lo correcto en la forma correcta, de la verificación de la efectividad, adecuación, seguridad, aceptabilidad y justo a tiempo de los procesos establecidos.

En la tabla I se detallan los procesos y los objetivos correspondientes.

4) Etapas para el desarrollo de las vías clínicas

Es la aplicación del modelo FOCUS-PDCA²², que se expone en la tabla II. Se pueden especificar las siguientes:

- ✓ Elección de procedimiento o actividad sanitaria para realizar la vía clínica; se han de utilizar criterios de frecuencia (gran volumen), relevantes (alto riesgo y coste) y con curso clínico predecible (con una variabilidad esperable baja, suponiendo una adecuada atención).
- ✓ Revisión bibliográfica usando palabras claves "critical o clinical, path o pathway"
- ✓ Equipo o grupo formado médicos y enfermeras de los servicios clínicos implicados en la atención del enfermo con un diagnóstico clínico, junto con el coordinador de calidad y representante de la Dirección de la institución.
- ✓ Realización del diseño de la vía clínica por escrito. El método de cortar y pegar de modelos de otras instituciones ayuda al diseño y a estimular la discusión entre profesionales implicados en la vía clínica. La forma de llevar a cabo el desarrollo de la vía clínica es propiciar el consenso, consiguiendo el respaldo de los profesionales claves.
- ✓ Realizar ensayo piloto y análisis preliminar de los resultados en cuanto efectividad, eficiencia, seguridad y satisfacción de enfermos y profesionales, para ello se han de utilizar los indicadores especificados previamente (unidades de medida).
- ✓ Ajuste y revisión de la vía clínica, previa evaluación de la misma, utilizando los indicadores ya establecidos.
- ✓ Implantación definitiva, que requiere un tiempo de 6 meses desde el inicio²³

La automatización de la vía clínica es una fase importante para lograr la simplificación administrativa, para ello los profesionales deben haber comprendido plenamente los objetivos de las vías clínicas, y este proceso se puede llevar a cabo siguiendo distintas opciones²³.

En la experiencia de nuestro grupo del Hospital La Paz seguimos el siguiente esquema, en el que se especifican las tareas a llevar a cabo en cada una de las reuniones. vease figura.

Reunión primera del Servicio clínico: personal médico y de enfermería, en la que se decide sobre:

- 1.- Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio
- 2.- Elección de proceso clínico a desarrollar por vía clínica.
- 3.- Elección de profesionales encargados del diseño del borrador de la vía clínica.

Reuniones del grupo de trabajo para la elaboración de la matriz, que generalmente suelen ser tres, en la que se consigue realizar las tareas siguientes:

- 4.- Presentación de vías clínicas de otros hospitales o instituciones.
- 5.- Análisis de la bibliografía relativa a la vía clínica a diseñar.
- 6.- Diseño de la matriz de la vía clínica

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería, en conjunto o por separado, en la que se discute el diseño de la vía clínica elaborado por el grupo de trabajo y se analizan las aportaciones in situ o diferidas de los demás profesionales.

- 7.- Exponer el borrador por el grupo de trabajo. Especificar objetivos de cada día.
- 8.- Recepción de las sugerencias del conjunto de profesionales y corrección/ modificación de la matriz por el grupo de trabajo; en este sentido se establece un plazo de tiempo para la revisión y aportación de sugerencias por todos los profesionales individualmente que es de una semana, comprometiéndose el grupo de trabajo en la elaboración del borrador revisado y resto de documentos en un plazo de dos semanas.

Reunión del grupo de trabajo para ensamblar todas las sugerencias(medicina basada en la evidencia)de los profesionales

- 9.- Elaboración de los documentos, matriz definitiva, dibujos, hoja de verificación, hoja de variaciones, encuesta de satisfacción, esquema de evaluación con indicadores y estándares y hoja de tratamiento estándar.

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería en conjunto o por separado, para establecer la logística de implantación de la vía clínica, requiriendo las siguientes tareas.

- 10.- Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica.
- 11.- Presentación de los documentos de la vía clínica a los profesionales del Servicio, para su discusión, modificación y aceptación, especialmente la hoja de verificación y de variaciones.
- 12.- Determinación del coordinador de la vía clínica, el cual debe preparar la documentación y comprobar la comprensión de los documentos por parte de todos los profesionales.
- 13.- Determinar tiempos y responsabilidades para la implantación.

Durante la implantación:

- 14.- Hasta implantación total de la vía reunión semanal para evaluar el proceso.
- 15.- Al mes, o al llevar 30 enfermos análisis de los resultados, especialmente de las variaciones, siguiendo el esquema de la figura 3

Reunión del Servicio clínico: personal médico y de enfermería en conjunto o por separado, para exponer el impacto que ha conllevado la vía clínica.

- 16.- Exposición al Servicio de la primera evaluación y adaptar vía clínica según resultados.

5) **Beneficios**²⁵⁻³⁵

Reducen la diversidad no deseada en la asistencia de los enfermos, pues cada día tiene establecido lo que se le va a hacer al enfermo, evitando ineficiencias, información redundante y decisiones retrasadas o prematuras.

Al identificar la participación de cada profesional en la atención del enfermo, se evitan roces en responsabilidades mal definidas y se mejora el ambiente laboral, se mejora el trabajo en equipo

Permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo ya con cierta precisión el momento del alta.

Proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, como cualquier otro acto de protocolización.

Son una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación. Dan una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y especialmente del proceso de toma de decisiones, anticipando los puntos en que estas deberán ser tomadas, a la luz de la información disponible hasta el momento.

Son una valiosa forma de informar al paciente y sus familiares. Les informa de lo que pueden esperar día a día y establece un compromiso de la institución con su atención y cuidado. Reduce la ansiedad ante los ingresos, por falta de información. Se puede aumentar la implicación del enfermo en la atención

Los documentos de la vía forman parte de la historia clínica del paciente y son fuente de datos para las revisiones clínicas y para la evaluación de la atención prestada, utilizando los indicadores que previamente se han establecido. Se fomenta la evaluación continua de la asistencia sanitaria.

Permiten igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, proporcionando un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas, haciendo comparables las situaciones de diferentes centros.

Reducen la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación, al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se le realiza al enfermo.

Reducen los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

Se implica a la organización, servicio clínico, en los procesos de mejora continua de la calidad

Es un ejemplo concreto de la implicación de los profesionales en el proceso de Garantía de calidad.

En la relación de los estudios referenciados en los resultados se puede observar los beneficios concretos más destacables en cada vía clínica concreta

6) Inconvenientes y/o dificultades:

- ✓ Falta de cultura de trabajo en equipo y mejora continua.
- ✓ Dificultad en el desarrollo de la vía clínica, por falta de experiencia, por la innovación que conlleva
- ✓ Resistencia al cambio de los profesionales, no acostumbrados a evaluación continua, por lo que se requiere un periodo de implantación
- ✓ Dificultad de indicación en un determinado enfermo a adscribirle a la vía clínica
- ✓ Dificultad en la elección adecuada del coordinador de la vía clínica, profesional comprometido en la implantación y desarrollo adecuado de la misma

7) Problemas

En la atención de los enfermos siguiendo las vías clínicas, uno de los problemas que pueden aparecer son las variaciones, diferencia entre lo realizado y lo proyectado o esperado; por lo tanto es todo aquello que se realiza y no consta en la matriz de la vía, lo que está especificado en la vía y no se realiza y los sucesos adversos que ocurrieran.

Las causas²² pueden ser debidas a:

- ✓ El paciente, su comorbilidad, complicaciones esperadas, no consentimiento informado a la realización de una instrumentación o intervención.
- ✓ La familia, rechazo de una instrumentación y/o prueba, retrasos en el alta por problemas familiares.
- ✓ El personal clínico: Reconsideración del caso tras nuevos datos clínicos. Posible mala indicación de la vía clínica, interpretación de situación clínica del enfermo.
- ✓ La organización de la institución: averías (scanner), no disponibilidad de recursos (cama de UVI, pruebas diagnósticas), retrasos al alta por no disponer de recursos para tratamiento ambulatorio.
- ✓ Suceso impredecible ejemplo, parada cardíaca

Las variaciones deben ser detectadas precozmente por el denominado *coordinador de la atención*, han de reflejarse en la hoja de evaluación de la vía. Esta figura, que suele ser un médico o una enfermera, es la responsable de verificar que al enfermo se le realiza lo establecido en cada día, quedando plasmada esta actividad en una hoja de verificación.

Las funciones del coordinador de la vía clínica deben ser:

- ◆ Enseñar al resto de los profesionales, el uso de los documentos de la vía clínica
- ◆ Revisar diariamente a los enfermos introducidos en vía clínica
- ◆ Explicar la vía clínica a enfermos y familiares
- ◆ Analizar las variaciones y comunicar al equipo de profesionales
- ◆ Llevar a cabo la mejora continua de la atención clínica mediante la modificación de la vía clínica

Es fundamental el análisis de las variaciones, que conlleva los cometidos siguientes:

- ◆ Determinar y reflejar en la documentación la variación que impida el objetivo: salud y satisfacción del enfermo y familiar y satisfacción de los profesionales
- ◆ Determinar la causa de la variación
- ◆ Encontrar la/s solución/es a la variación
- ◆ Analizar e investigar las variaciones que aparecen en el conjunto de enfermos atendidos durante el periodo de implantación
- ◆ Redefinir la vía clínica, teniendo en cuenta la experiencia acumulada

Las variaciones se han de clasificar en: Evitables, no evitables y mixtas. Asimismo se han de agrupar en dependientes de la condición del enfermo, de la familia, del personal sanitario, de la institución u organización sanitaria; a continuación se detallan algunas de las variaciones.

Relación de variaciones que se pueden recoger, clasificándolas según su relación con el enfermo, personal sanitario, o institución ²⁵⁻²⁶

a).- *Condición del enfermo*

- | | |
|--|--|
| 1.- Fiebre | 12.- Infección urinaria |
| 2.- Hemorragia o sangrado por herida | 13.- Retención urinaria |
| 3.- Infección de herida quirúrgica superficial | 14.- Permanencia del catéter intravenoso |
| 4.- Infección de herida quirúrgica profunda | 15.- No tolerancia oral |
| 5.- Infección de órgano | 16.- Hipertensión arterial |
| 6.- Náuseas, vómitos | 17.- Niveles bajos de hemoglobina |
| 7.- Dolor no controlado | 18.- Estupor |
| 8.- Trombosis venosa profunda o Embolismo pulmonar | 19.- Incontinencia |
| 9.- Neumonía | 20.- Efectos adversos de la medicación |
| 10.- Bacteriemia asociada a catéter IV | 21.- Exitus |
| 11.- Estreñimiento | 22.- Otras. Especificar |

b).- *Dependiendo del personal sanitario y de las personas*

- | | |
|---|-----------------------------|
| 23.- Decisión del médico, petición de pruebas no planificadas en la vía clínica | 26.- Decisión de la familia |
| 24.- Decisión de enfermera | 27.- Decisión del enfermo |
| 25.- Decisión de otro profesional sanitario | 28.- Otras. Especificar |

c).- *Dependiente de la institución*

- | | |
|--|---|
| 29.- Retraso en el laboratorio | 36.- No disponibilidad de quirófano |
| 30.- Retraso en Radiología | 37.- No disponibilidad de camas en planta |
| 31.- Retraso en Farmacia | 38.- Rechazo por Anestesia |
| 32.- Retraso en Nutrición | 39.- No disponibilidad de equipo, instrumental médico |
| 33.- Retraso en Rehabilitación | 40.- No disponibilidad de atención extrahospitalaria |
| 34.- No disponibilidad de camas en planta | 41.- Otras. Especificar |
| 35.- No disponibilidad de camas en Reanimación o UVI | |

Los datos necesarios para el análisis adecuado de las variaciones son: Datos demográficos del enfermo, los diagnósticos secundarios o comorbilidades que pueden influir en la evolución, las causas de cada variación y los resultados clínicos, complicaciones y readmisiones que se verifiquen

Un ejemplo de la verificación y análisis de las variaciones ocurridas en la atención sanitaria de Cirugía cardíaca infantil ²³ en el hospital de Westmead (Australia) desde 1994 a 1995, es la que se expone a continuación. De 422 niños atendidos que se distribuían según edad en: 57,8% =< 1 año, 32,4% de 2 a 7 años y el 9,8% >7 años se registraron 533 variaciones, que se detallan en la tabla III

La mayoría de las variaciones ocurrieron en el día 4º de la vía, explicable por la atención quirúrgica (70 en relación con enfermo). La repercusión de las variaciones sobre la estancia fue: Un 17,7% anticiparon el alta, un 60,6% la retrasaron y un 21,5% no tuvieron efecto sobre la estancia. Dentro de las complicaciones surgidas un 30,7% no tuvieron efecto sobre la estancia mientras que el 68,1% sí.

En la vía clínica de asma infantil²¹ detectaron 1,3 variaciones por episodio atendido. La mayoría de las variaciones se relacionaban con el enfermo, en un 20,5% la evolución de los enfermos fue más rápida que la especificada en la vía y en un 49,7% más lenta. Un 27,5% de las variaciones fueron debidas a ordenes médicas. La estancia media en el hospital fue de 2 días

8) Evaluación.

Se lleva a cabo mediante indicadores^{27,35} de grado de cumplimiento de la duración de la estancia, de la efectividad medida por la aparición de los efectos adversos, del grado de satisfacción y del cumplimiento económico, además de la valoración de las variaciones, como se expone en la figura 3.

A continuación se expone un ejemplo de indicadores de evaluación de una vía clínica (laminectomía por hernia de disco lumbar)

Indicador de grado de cumplimiento

Número de enfermos que tienen hernia de disco lumbar, siguen la vía clínica y son dados de alta a los 4 días de estancia hospitalaria

----- x 100

Número de enfermos que tienen Hernia de disco y siguen la vía clínica

Estándar: >90%

Indicador de efectos adversos (infección nosocomial, flebitis, hemorragia, reintervención, reingresos)

Número de enfermos que tienen Hernia de disco lumbar, siguen la vía clínica y presentan alguno de los efectos adversos (infección nosocomial, flebitis, hemorragia, reintervención, reingreso etc.)

-----x 100

Número de enfermos que tienen Hernia de disco y siguen la vía clínica

Estándar: ≤ 5%

Indicador de satisfacción

Número de enfermos que tienen Hernia de disco lumbar, siguen la vía clínica y contestan 8 o más en la pregunta de la atención recibida en la encuesta

----- x 100

Número de enfermos que tienen Hernia de disco, siguen la vía clínica y que contestan la encuesta de satisfacción

Estándar: ≥98%

Indicador de evaluación económica

Número de enfermos que tienen Hernia de disco lumbar y siguen la vía clínica y siguen la vía con costos adecuados

----- x 100

Número de enfermos que tienen Hernia de disco y siguen la vía clínica

Estándar: >90%

Exponemos las vías clínicas desarrolladas en nuestro Hospital:

- | | |
|---|---|
| 1. Resección transuretral de próstata | 12. Insuficiencia cardiaca |
| 2. Resección transuretral de neoformación vesical | 13. By-pas aorto-coronario |
| 3. Adenomectomía retropúbica prostática | 14. Neumonía comunitaria con ingreso hospitalario |
| 4. Prostatectomía radical | 15. Neumonía simple en el niño |
| 5. Nefrectomía | 16. Laminectomía |
| 6. Nefroureterectomía | 17. Traumatismo craneoencefálico leve |
| 7. Corrección de incontinencia urinaria por vía abdominal | 18. Atención del parto con anestesia epidural |
| 8. Nefrolitotomía percutánea | 19. Resección de colon |
| 9. Ureterorenoscopia | 20. Apendicitis aguda |
| 10. Cistectomía radical | 21. Colecistitis aguda |
| 11. Prótesis de cadera | |

- | | |
|---|--|
| 22. Diverticulitis | 31. Resección de glándulas salivares |
| 23. Perforación gastroduodenal | 32. Fractura del tercio medio facial |
| 24. Dehiscencia de sutura en cirugía digestiva | 33. Fractura de mandíbula |
| 25. Hemorragia digestiva alta aguda de causa hipertensión portal | 34. Tratamiento de las deformidades dentofaciales |
| 26. Hemorragia digestiva alta aguda de causa no hipertensión portal | 35. Tumores cervicofaciales. Cirugía limpia |
| 27. Aneurisma de aorta, endoprótesis | 36. Tumores cervicofaciales. Cirugía limpia –contaminada |
| 28. Safenectomía | 37. Tiroidectomía |
| 29. Trasplante renal | 38. Hemitiroidectomía |
| 30. Septorrinoplastia | 39. Estapedectomía |
| | 40. Cáncer de mama |

9) Resultados.

En la tabla IV se exponen los resultados obtenidos en diversos procedimientos, especificando autores, cita bibliográfica, procedimiento y resultados.

Los resultados más destacados recaen en:

- 1.- Reducción de la duración de la estancia hospitalaria.
- 2.- Reducción de los costes, por adecuación de la instrumentación, disminución de los efectos adversos asociados a la misma y/o reducción de la estancia.
- 3.- Aumento por lo tanto de la eficiencia, y mejora de la comunicación, que conlleva la mejora en la satisfacción de los enfermos y de los profesionales

10) Bibliografía

1. Bernstein S, Koseoff J, Gray D, Hamton JR, Brook RH. The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. British versus US perspectives. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1993;9:3-10
2. Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L, McNeil BJ: Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *JAMA* 1991;266:73-79
3. Foradada CM^a: Variabilidad en la práctica de las cesáreas. Congreso de gestión clínica Barcelona 1997
4. Goldzweig CL, Mittman BS, Carter GM, Donyo T, Brook RH, Lee P, Mangione CM: Variations in cataract extraction rates in Medicare prepaid and fee for service settings. *Jama* 1997;277:1765-1768
5. Moreno Juara Angel: Estudio de la variabilidad de la amigdalectomía en España. Tesis doctoral 1998 Universidad Complutense
6. Wennberg JE. "Variations in Medical Practice". In: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. pag 47-63.
7. Berrino F: Survival of cancer patients in Europe. *Lyon IARC Sci Publ* 132, 1995
8. Delgado R. "La variabilidad de la práctica clínica". *Revista de Calidad Asistencial*, 1996;11:177-183.
9. Gordon McVie J: Cancer care disparate. *Helix* 1998;7:10-17
10. McArdle CS: Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991;302
11. Campbell H, Hotchkiss R and Bradshaw N: Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316:133-137

12. Schriefer J. The Joint Commission. "The synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one". *Journal of Quality Improvement*, 1994; 20(4).
13. Coffey RJ et al. "An introduction to critical paths". In: O'Graham N. "Quality in Health Care". Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg 1995. pag 139-156.
14. Ellis BW and Johnson S: A clinical view of pathways of care in disease management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997; 10:61-66
15. Johnson S: Introduction to Pathways of care. In: pathways of care. Ed Johnson Sue. Blackwell Science 1997 pag 3-14
16. Grimshaw J Freemantle N Wallace S Russell I Hurwitz B Watt I Long A Sheldon T: Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health care* 1995; 4:55-64
17. Gibson PG and Wilson AJ: The use of continuous quality improvement methods to implement practice guidelines in asthma. *J.Qual.Clin Practice* 1996;16:87-102
18. Bohmer R: Critical pathways at Massachusetts General Hospital. *J.Vasc Surg* 1998 28:373-7
19. Jovell AJ Navarro-Rubio MD: Evaluación de la evidencia científica. *Medicina Clínica* 1995;105:740-743
20. Hofmann PA: Critical Path Method: An important tool for coordinating clinical care. *Journal of Quality Improvement*, 1993;19:235-246.
21. Kwan-Gett TS Lozano P Mullin K and Marcuse EK: Once –year experience with an inpatient asthma clinical pathway. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151:684-689
22. Plsek P.E.: Tutorial: Quality improvement project models. In: Quality in health care. Graham N.O. 1995 pag 92-113
23. Lau C Cartmill T Leveaux V : Managing and understanding variances in clinical path methodology : A case study. *J.Qual Clin Practice* 1996;16:109-117
24. Favor G and Ricks R: Automation of Pathways. In Pathways of Care. Ed Johnson Sue .Blackwell Oxford 1997 pag 236-254
25. Walker K: Pathways in Ortopaedics. In Pathways of Care. Ed Johnson Sue .Blackwell Oxford 1997 pag 68-90
26. Kitchiner D and Harper A: Pathways in Paediatrics. In Pathways of Care. Ed Johnson Sue .Blackwell Oxford 1997 pag 91-119
27. Ogilvie-Harris DJ Bosford DJ and Hawker W: Elderly patients with hip fractures :Improved outcome with the use of care maps with high quality medical and nursing protocols. *J Orthop Trauma* 1993; 7:428-437
28. Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Chen JI, Kuo HH, Chuang YC, Chang CH: Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes. *J Urol* 1997; 157:177-83
29. Kirolos MM Length of postoperative hospital stay after transurethral resection of the prostate. *Ann R Coll Surg Engl* 1997;79:284-288
30. Koch MO, Smith JA Jr: Clinical outcomes associated with the implementation of a cost-efficient programme for radical retropubic prostatectomy. *Br J Urol* 1995;76:28-33
31. Koch MO, Smith JA Jr, Hodge EM, Brandell RA: Prospective development of a cost-efficient program for radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1994;44:311-318

32. Palmer JS; Worwag EM; Conrad WG; Blitz BF; Chodak GW :Same day surgery for radical retropubic prostatectomy: is it an attainable goal? Urology 1996;47:23-8
33. Litwin MS, Smith RB, Thind A, Reccius N, Blanco-Yarosh M, deKernion JB: Cost-efficient radical prostatectomy with a clinical care path.J Urol 1996;155:989-993
34. Litwin MS; Shpall AI; Dorey F :Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy. Urology, 1997;49:898-905
35. Gregor C, Pope S. Werry D. Dodek P. Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty.Journal on Quality Improvement 1996; 22:617-627

Tabla I. Procesos y objetivos de las vías clínicas

Objetivos	Procesos
Disminuir la variabilidad clínica	Establecer la secuencia de las actividades. (Matriz)
Proporcionar seguridad legal a los profesionales y asegurar la efectividad	Basar la atención sanitaria en la mejor evidencia disponible (Hoja de tratamiento y variaciones)
Mejorar la indefinición de responsabilidad	Expresar la coordinación del equipo asistencial
Mejorar la satisfacción del paciente y familiares, disminuir ansiedad y angustia	Proporcionar al enfermo y/o familiar la información de la asistencia sanitaria.(Gráficos)
Promover la formación global y actualizada de los profesionales	Exponer una visión global del plan de atención y cuidados.
Mejorar los registros de información y evaluar sin sesgos de información	Sistematizar la recogida de la información.(Hojas de verificación, variaciones y encuesta de satisfacción)
Fomentar la mejora continua de la asistencia	Verificar de los resultados obtenidos y comparación con estándares de calidad.(Indicadores y estándares)
Fomentar la investigación clínica	Igualar las condiciones de atención sanitaria
Mejorar la calidad asistencial, al disminuir los efectos adversos y complicaciones que derivan de la hospitalización	Adecuar la estancia, instrumentación o duración de la asistencia sanitaria, siguiendo lo correcto, en la forma correcta y justo a tiempo.
Conseguir la eficiencia y adecuar la utilización de recursos a las necesidades.	Verificar los costes asociados a la hospitalización o utilización de recursos diagnósticos o terapéuticos.

Tabla II Modelo FOCUS-PDCA

Proceso de mejora continua de un proceso asistencial	
1	Identificar un proceso para mejorarlo
2	Organizar equipo de personas implicadas en el proceso asistencial
3	Clarificar y simplificar el proceso asistencial
4	Proponer y planificar mejoras
5	Implantar el plan
6	Monitorizar o evaluar los resultados
7	Mantener los beneficios o identificar estrategias alternativas en relación con variaciones observadas
8	Comunicar los resultados

Tabla III Distribución de las 533 variaciones según causa.Hospital de Westmeal. Lau C 1996

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Enfermo	441	82,7
Institución	66	12,4
Personal clínico	13	2,4
Suceso impredecible	8	1,5
Familia	5	0,9

Tabla IV Resultados obtenidos en la atención sanitaria mediante vías clínicas

AUTORES Y CITA BIBLIOGRÁFICA	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS
Anonimo (Richland Memorial Hospital in Columbia) Hosp Case Manag, 1998 , 6:3, 43-6	TRANSPLANTE MÉDULA OSEA	- Reducción de estancia en 8,6 días - Costes reducción de 100000\$ por caso
Archer SB y col Surgery, 1997 , 122:4, 699-703; discussion 703-5	COLECTOMIA Y ANASTOMOSIS ILEAL ANAL	- Estancia de 10.3 a 7.5 días - \$21,650 a 17,958 por enfermo
Arriaga MA; Gorum M; Kennedy A: Laryngoscope, 1997, 107:5, 602-6	NEURINOMA ACUSTICO	- Descenso en la estancia hospitalaria - Disminucion de ingresos en UCI
Back MR; Harward TR; Huber TS; Carlton LM; Flynn TC; Seeger JM. J Vasc Surg, 1997, 26:3, 456-62	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA	- Reducción en el uso de arteriografía (74% a 13%), anestesia general (100% a 24%), ingreso en ICU (98% a 30%) - Disminucioón de estancia (5.8 a 2.0 días). - Reducción del 41% en los costes (\$9652 a \$5699)
Bailey R, Weingarten S, Lewis M, Mohsenifar Z Chest 1998 ;113(1):28-33	ASMA BRONQUIAL	No diferencia en la estancia hospitalaria (4.4+/-3.3 vs 3.2+/-2.3 días; p > 0.05 Aumento significativo de los inhaladores respecto a los nebulizadores manuales Ahorro de \$288,000/año.
Becker BN; Breiterman White R; Nylander W; Van Buren D; Fotiadis C; Richie RE; Schulman G Am J Kidney Dis, 1997 , 30:4, 525-31	HEMODIALISIS	- Reducción de estancia hospitalaria y de los costes
Blegen MA y col Obstet Gynecol, 1995 , 86:5, 809-14	CESAREA	- Estancia reducción en el 13.5% (0.7 días) Coste medio reducción del 13.1% (\$518). -Aumento en la satisfacción de las enfermas
Brothers TE Robison JG Elliot BM Am Surg 1997 63:213-220	ENDARTERECTOMIA	-Reduccion del coste por enfermo de 13900 a 7700\$ -Reduccion de estancia de 5,7 a 2,2 días
Calligaro KD Dougherty MJ Raviola CA Musser DJ DeLaurentis DA J Vasc Surg 1995 22:649-60	CIRUGÍA VASCULAR: ENDARTERECTOMÍA BYPASS AORTICO BYPASS PERIFÉRICO	-Disminución de la estancia de 8,8 a 3,8 días -No cambios en mortalidad 2,1 a 2,3% -Complicaciones cardiacas 3,4 a 4% -Complicaciones pulmonares 4,1 a 1,7% -Complicaciones neurológicas 1,4 a 0% -Reingresos de 11,3% a 9,2% - Ahorro de 5510\$ en cirugía extracraneal a 11496\$ en cirugía aórtica por enfermo

Courtney Ly col Diabetes Educ, 1997 , 23:6, 664-71	DIABETES DEL ADULTO	- Mejora en la satisfacción y educación del enfermo - Mejora en la nutrición
Christensen CR J Vasc Nurs, 1997 , 15:1, 1-7	ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA	- Reducción estancia, y costes - Manteniendo excelentes resultados clínicos
Chang PL y col J Urol, 1997 , 157:1, 177-83	PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL	- Estancia de 5.9 a 5.0 días p < 0.01 - Sonda Foley 3.13 a 2.84 días (p < 0.01). - Costes, reducción en 17% (p < 0.01).
Dardik A; Williams GM; Minken SL; Perler BA J Vasc Surg, 1997 , 26:2, 186-92	ENDARTERECTOMÍA	- No diferencias morbilidad y mortalidad entre grupo control y grupo con vía clínica - Vía clínica de tres días postoperatorios
Farquhar D; Morreale M; MacKenzie T: Abstr Book Assoc Health Serv Res, 1997, 14:, 104-5	NEUMONIA COMUNITARIA	- Disminución de la estancia hospitalaria y de la mortalidad
Gibson PG y col J Qual Clin Pract, 1996 , 16:2, 87-102	ASMA	- Control del asma - Reducción en readmisiones
Golden TM y col J Wound Ostomy Continence Nurs, 1997 , 24:2, 72-8	CISTECTOMÍA RADICAL Y RECONSTRUCTIVA	- Beneficios probados para el enfermo, enfermeras médicos y el hospital
Goldberg R; Chan L; Haley P; Harmata Booth J; Bass G Ann Emerg Med, 1998, 31:5, 562-7	ASMA	- Descenso en el uso de O ₂ en un 19% (P = .001) - Descenso en el uso de nebulizadores manuales en un 33% (P = .001) - Disminución el el uso de esteroides iv en un 13% (P = .034). - Aumento de inhaladores en un 64% (P = .001) y de esteroides orales en un 18% (P = .027)
Gottlieb LD y col Best Pract Benchmarking Healthc, 1996, 1:5, 262-5	NEUMONÍA	DRG 89 - Reducción de 1.45 días (5.84 vs 7.29 días) - Gastos \$1,453 (\$9,511 vs. \$10,964). DRG 90 - Reducción de 1.83 días (3.45 vs. 5.28 d) - Gastos \$1319 (\$5450 vs. \$6769).
Gregor C y col Jt Comm J Qual Improv, 1996, 22:9, 617-28	ARTROPLASTIA DE CADERA	- Reducción i(12 a 9 días; p < 0.001) R- Reducción de profilaxis antimicrobiana inadecuada R- Reducción en tests de laboratorio - No cambio en complicaciones postoperatorias o reingresos
Halm MA Prog Cardiovasc Nurs 1997; 12(2):15-23	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	- Extubación el mismo día - Reducción de analítica hematológica y bioquímica - No diferencias en mortalidad o complicaciones sangrado postoperatorio, disrritmias e infección - Reducción de estancia de (ICU) y global

Hofmann PA Comm J Qual Improv 1993;19(7):235-246	BYPASS CORONARIO	- Reducción de complicaciones 5% vs 16.6% - Reducción de estancia
Holtzman J; Bjerke T; Kane R. Med Care, 1998, 36:6, 826-34	TRANSPLANTE RENAL DE CADAVER	- Reducción de estancia de 17,5 días a 11,8 días - Menos complicaciones e infecciones del 57.1% al 18.5%
Katz SG J Vasc Surg 1996; 24(2):235-9	RECONSTRUCCION ARTERIAL NO- AÓRTICA	- Mortalidad a los 30 días 1.4%.
Lindstrom CC y col J Semin Nurse Manag 1995;3(3):133-6	PROTESIS TOTAL DE CADERA	- Reducción de 3.92 días - Reducción de \$667 per enfermo (costes directos) - No reingresos por complicaciones en 2 años
Litwin MS J Urol, 1996, 155:3, 989-93	PROSTATECTOMÍA RADICAL	- Costes hospitalarios reducción en un 20% (\$17,005 vs \$13,524) - Estancia reducción en un 28% (5 vs 3.6 días).
Mabrey JD y col Clin Orthop, 1997, :345, 125-33	ARTROPLASTIA DE RODILLA	- Reducción de estancia en un 57% de 10.9 +/- 5.4 días a 4.7 +/- 1.4 días C - Costes hospitalarios reducción 11% de 13,328 +/- \$3905 a \$11,862 +/- \$4763
McFadden ER Jr; y col Am J Med, 1995, 99:6, 651-61	ASMA	- Resolución de síntomas en el 77% de los enfermos dentro de 1:47 +/- 0.02 horas de la llegada a Urgencias - Un 2% de reingresos en las 24 horas - Reducción de ingresos hospitalarios y de UCI en un 27% y 41%
Morris M y col Obstet Gynecol, 1997, 89:4, 485-92	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL Y OOFORECTOMÍA CANCER ENDOMETRIAL	- Estancia de 6 a 4 días - Costes de analítica reducción en un 74% - Costes de medicación en un 35% - Coste total en un 20% - No reingresos por complicaciones - Aumento en la satisfacción de los enfermos
Musser DJ; Calligaro KD; Dougherty MJ; Raviola CA; DeLaurentis DA Ann Vasc Surg, 1996, 10:2, 143-6	ENDARTERECTOMIA	- No diferencias entre los dos grupos (control = 68 vs intervención = 40) en mortalidad (1.5% [1 de 68] vs. 2.5% [1 de 40]), accidentes cardiacos (2.9% [2 de 68] vs. 2.5% [1 de 40]), accidentes neurologicos (2.9% [2 de 68] vs. 2.5% [1 de 40]), readmisiones (1.5% [1 de 68] vs. 0% [0 de 40]). - Diferencias de estancia 5.1 vs 1.3 días p < 0.0001) a favor grupo intervención - Disminucion del coste por enfermo en \$5510.
Noedel NR y col J Transpl Coord 1996; 6(1):14-9	TRANSPLANTE CARDIACO	- Días en UCI y estancia hospitalaria menores - No compromiso de la calidad y seguridad

Nuñez Mora C y col Archivo de Urología en prensa Hospital La Paz	PROSTATECTOMIA RADICAL	-Disminución de la estancia hospitalaria de 10,2±4,9 se pasa a 6,0 ±1,1 días Índice de satisfacción superior al 90% No reingresos
Oberer D, Auckerman L Best Pract Benchmarking Healthc 1996;1(1):43-50	PARTO, CESAREA	-Disminucion de la estancia hospitalaria parto de 2.02 a 1.67 días
Palmer JS; Worwag EM; Conrad WG; Blitz BF; Chodak GW. Urology, 1996, 47:1, 23-8	PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA	- Disminucion en tiempo quirurgico(3.7± 0.4 versus 4.9± 1.2 horas), hemorragia estimada (1204 ± 527 versus 1948 ±740 cc), estancia (1.7± 0.6 versus 4.6± 1.5 días. - Costes se reducen en un 35%, - 37% de los enfermos eran dados de alta tras una noche versus 0% en el grupo control. 41% de los enfermos del grupo intervención no se transfundieron ni donaron sangre. - Satisfacción del 96%.
Patton MD; Schaerf R Cancer Pract, 1995, 3:5, 286-94	TORACOTOMÍA	- Reducción en la estancia hospitalaria, morbilidad y costes.
Patterson RB y col Semin Vasc Surg 1997; 10(2):113-8	CIRUGÍA VASCULAR	- Reducción de la estancia en un 40%
Pestian JP, Derkay CS, Ritter C: Am J Otolaryngol 1998;19(1):45-49	AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA	- Reducción en la estancia hospitalaria
Podilla PV, Ben-Menachem T Batra SK Oruganti N Posa P and Fogel R. Am.J.Gastroenterol 2001 96:208-19	HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA (NO VARICES)	-Nº de ingresos en enfermos de >65 años disminuyo,p<0,002 -Estancia 3,5(3,1-3,9) de 5,3(4,9-5,7) -No diferencias en recurrencias, mortalidad y reingresos en los 30 días siguientes.
Sobkowski DA y col Pract Benchmarking Healthc,1996, 1:4, 198-202	CEFALEAS	- Mejora en beneficios para el enfermo y utilización de recursos.
Tallis G y col Aust J Public Health 1995; 19(2):155-9	FRACTURA DE FEMUR	- Estancia de 19.3 días a 11.0 días - No diferencias en frecuencia de infección
Turley KM y col Prog Cardiovasc Nurs 1995; 10(1):22-6	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	- Reducción en la estancia(286 pacientes)
Uzark K; Frederick C; Lamberti JJ; Worthen HM; Ogino MT; Mainwaring RD; Moore JW Am J Crit Care, 1998, 7:2, 101-5	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	- Reducción de estancia (1 a 2 días por admision), - Reducción en duración de ventilación mecánica (28% para reparacion de defecto septal ventricular al 63% para reparación de Tetralogía de Fallot. - Reduccion de analitica sanguinea en un 20% al 30%. - Reducción de costes del 16% al 29%.

<p>Velasco FT; Ko W; Rosengart T; Altorki N; Lang S; Gold JP; Krieger KH; Isom OW</p> <p>Best Pract Benchmarking Healthc, 1996, 1:1, 21-8</p>	<p>BYPASS CORONARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de estancia (7.7 +/- 2.3 vs 11.1 +/- 6 días p < 0.0001) - Dias en UCI (1.5 +/- 0.9 vs 2.0 +/- 2.8 días p < 0.0001). - Costes directos reduccion de \$1181 por enfermo - Mortalidad postoperatoria y reingresos similares.
<p>Wentworth DA y col Stroke 1996, 27:6, 1040-3</p>	<p>ACVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estancia de 7.0 a 4.6 días - Costes total hospitalario de \$14,076 a \$10,740 por enfermo. -Ahorro de \$1,621,296 \$453,000 por año. - La mortalidad 4.6% - El 46.5% de las altas a su casa, el 16.9% a rehabilitación y el 32.6% a residencias.
<p>Wright CD y col Ann Thorac Surg 1997; 64(2):299-302</p>	<p>LOBECTOMÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estancia media 10.6 días a 7.5 días - Coste medio \$16,063 a \$14,792 - Reingresos y mortalidad no diferencias - 88 de los 130 enfermos (68%) alta el día 7 versus 76 de 147 enfermos (52%) antes. - La causa más destacada de retraso en el alta, el control del dolor

FIGURA 1. REPRESENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

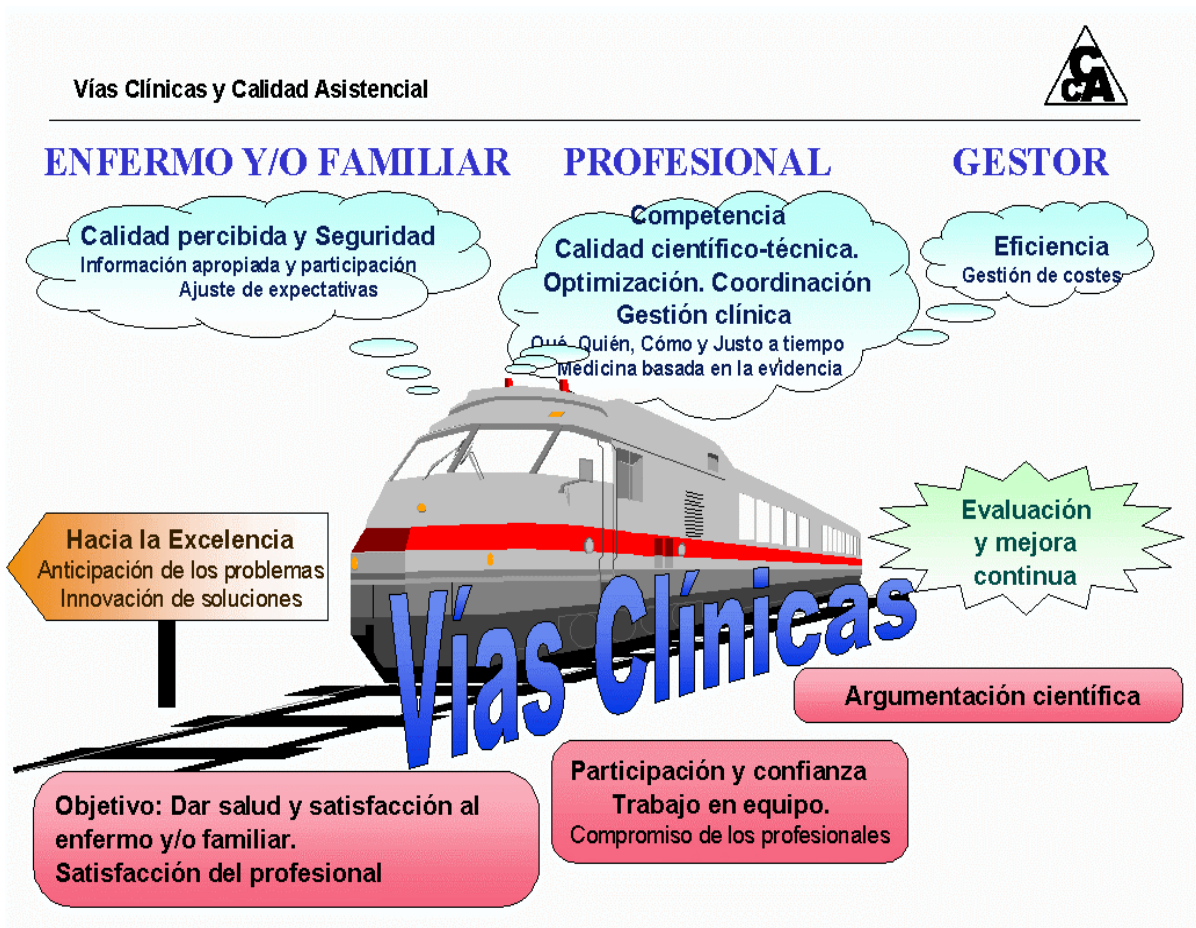


Figura 2. Representación gráfica del sistema de Calidad en la gestión clínica

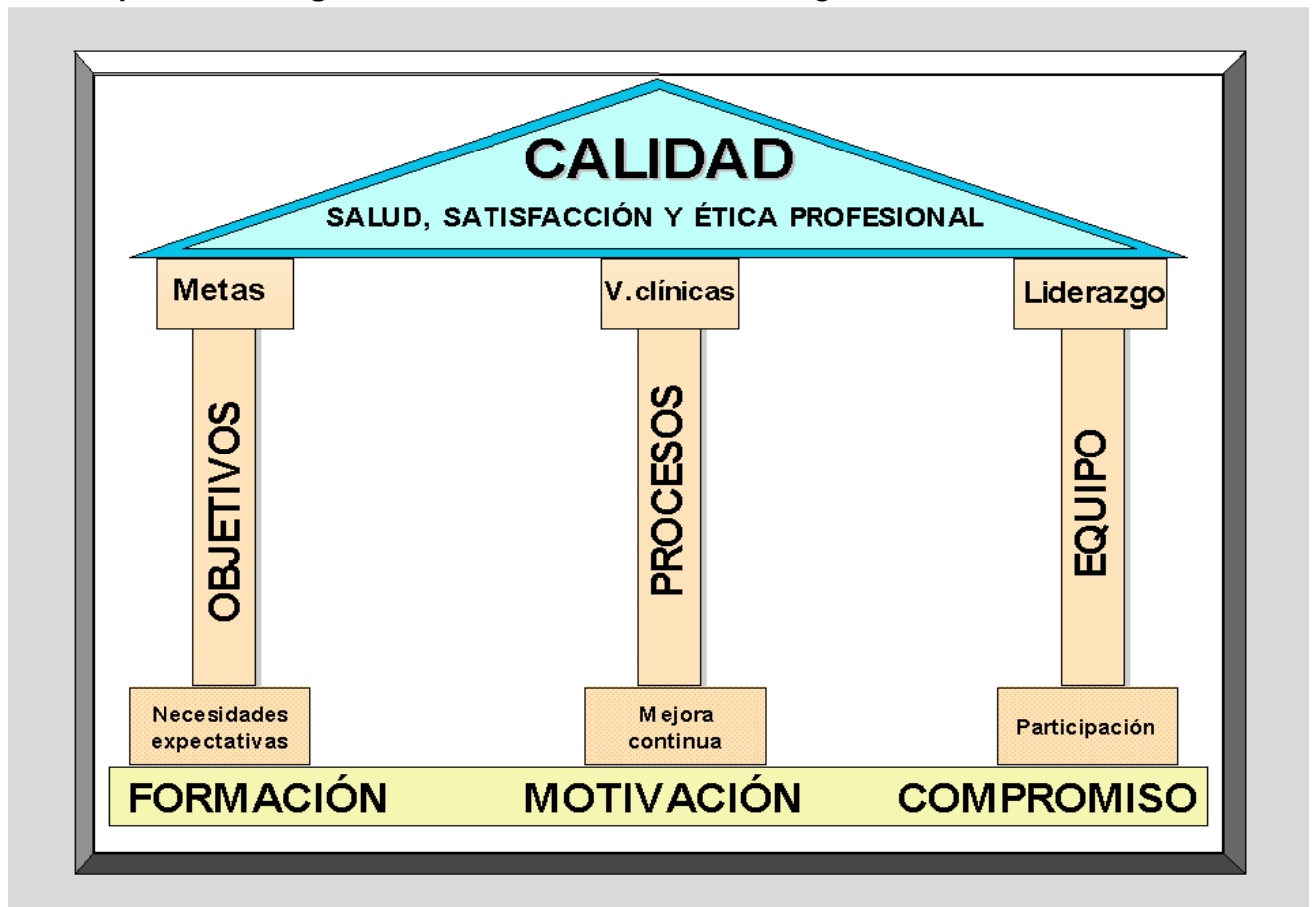
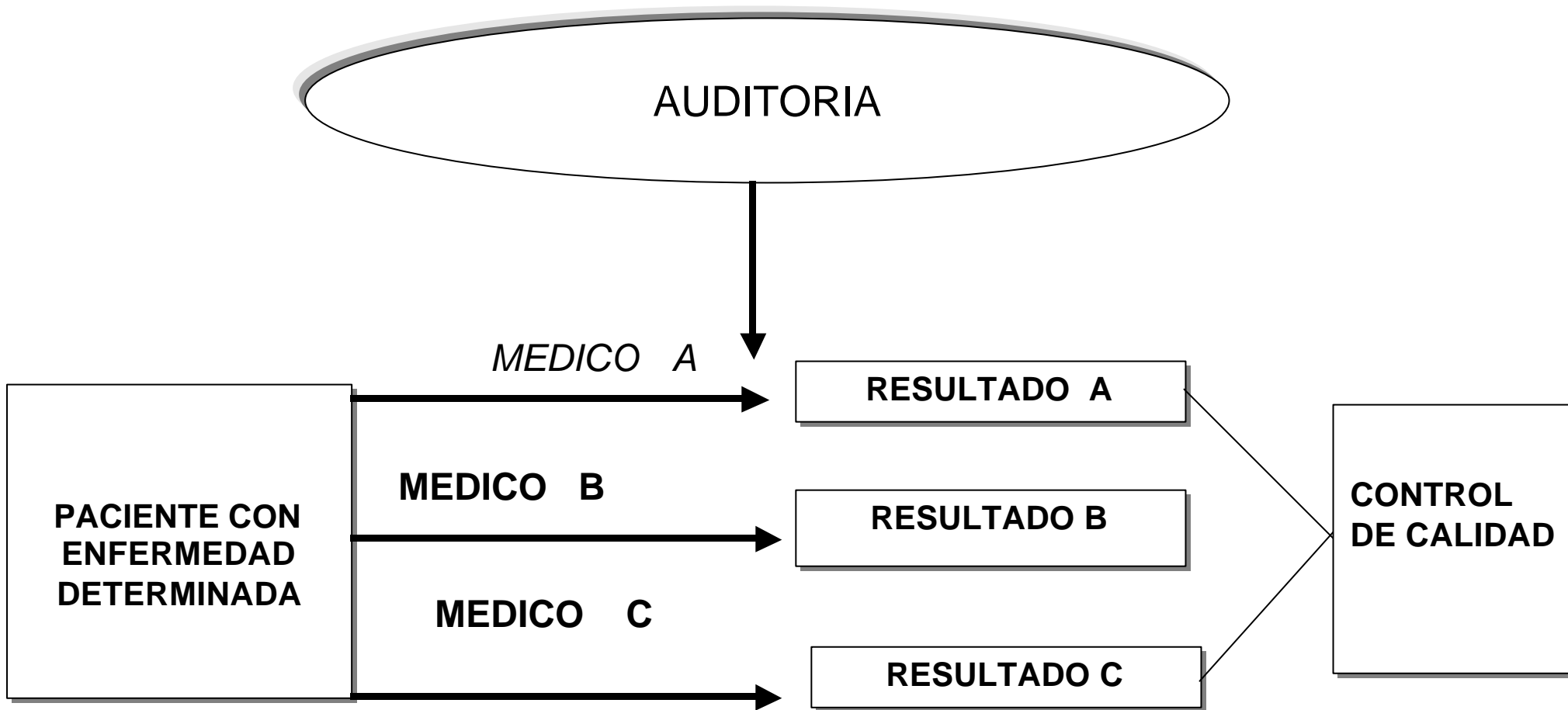
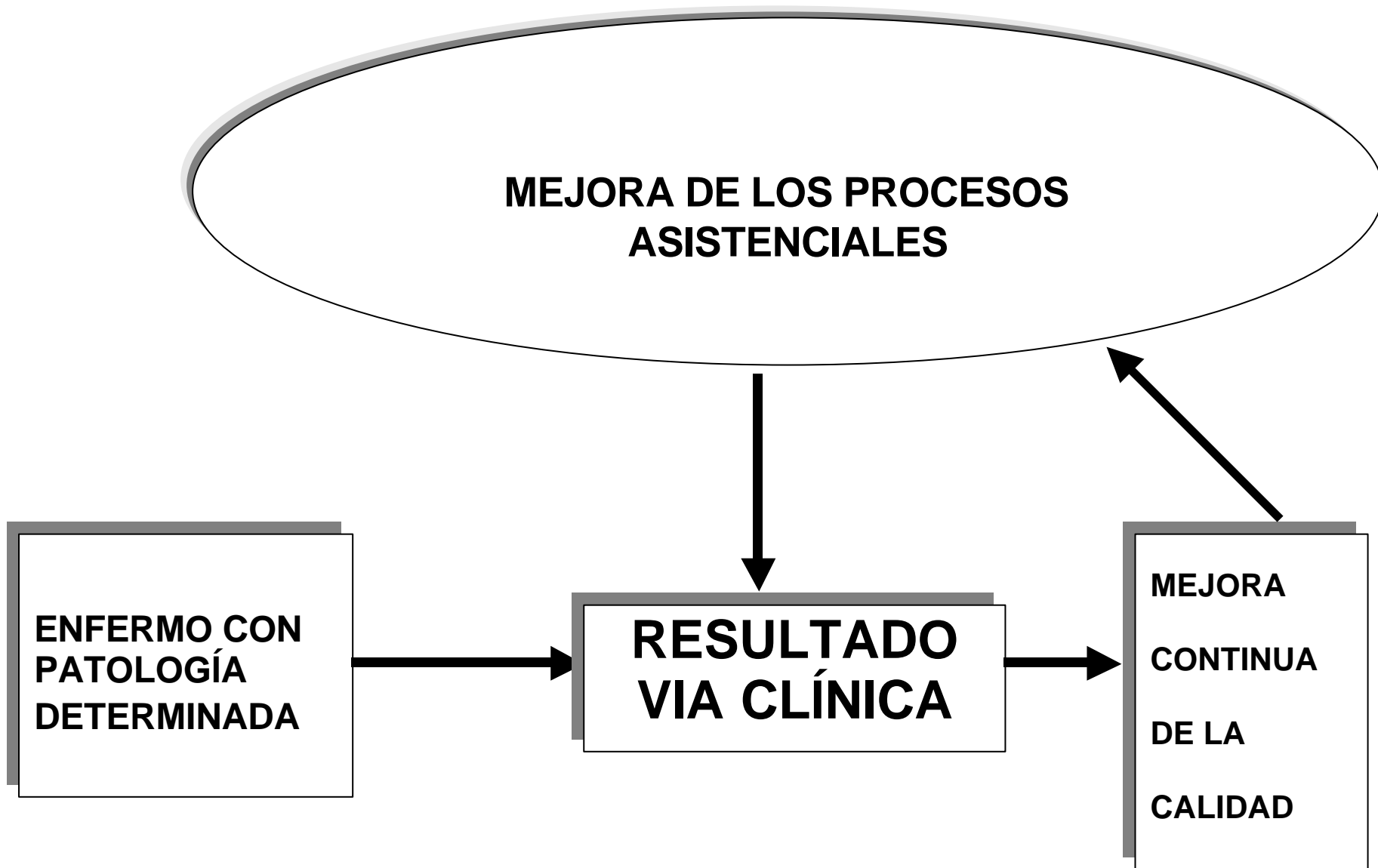


FIGURA 3. MATRIZ DE VÍA CLÍNICA

DÍAS	① INGRESO PLANTA	② REANIMACIÓN PLANTA	③ ④ ⑤ PLANTA	⑥ ALTA PLANTA
EVALUACIONES Y ASISTENCIAS				
DETERMINACIONES O TEST				
TRATAMIENTOS MEDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA				
MEDICACION				
ACTIVIDAD				
DIETA				
INFORMACION				
CRITERIO DE ALTA O DE INSTRUMENTACIÓN				





1ª REUNIÓN DEL SERVICIO

1. COMPROMISO DE DESARROLLAR VIA
2. ELECCION DEL PROCESO CLÍNICO
3. ELECCION DEL EQUIPO

EQUIPO

- PRESENTACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS DE OTROS HOSPITALES O INSTITUCIONES.
- ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA RELATIVA A LA VÍA CLÍNICA A DISEÑAR (CLINICAL, CRITICAL, PATH, PATWAY)
- DISEÑO DE LA MATRIZ DE LA VÍA CLÍNICA.

2ª REUNIÓN DEL SERVICIO

1. EXPONER EL BORRADOR POR EL GRUPO DE TRABAJO.
2. ESPECIFICAR OBJETIVOS DE CADA DÍA.
3. RECEPCIÓN DE LAS SUGERENCIAS

EQUIPO

- RECEPCIÓN DE LAS SUGERENCIAS, CORRECCIÓN/ MODIFICACIÓN DE LA MATRIZ.
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS, DIBUJOS, HOJA DE VERIFICACIÓN, DE VARIACIONES, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, EVALUACIÓN (INDICADORES Y ESTÁNDARES) Y HOJA DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR.

3ª REUNIÓN DEL SERVICIO

1. PRESENTACIÓN DE LA MATRIZ DEFINITIVA DE LA VÍA CLÍNICA.
2. PRESENTACIÓN DE LOS DEMAS DOCUMENTOS DE LA VÍA CLÍNICA (DISCUSIÓN, MODIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN).
3. DETERMINACIÓN DEL COORDINADOR DE LA VÍA CLÍNICA.DETERMINAR TIEMPOS Y RESPONSABILIDADES PARA LA IMPLANTACIÓN.

FIGURA 4. EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA VIA CLÍNICA

