REVISTA CONAMED

Artículo Original
Vol. 30, Núm. 2, 2025. pp. 66-77
Folio: 013-2025-RC

Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México

Design of an Integrated Care Pathway for hospital-based delivery in Mexico

Saturno-Hernández PJ[1], Brenes-Monge GA[2], Yáñez-Álvarez I[3], Santiago-Angelino TM[4], Poblano-Verástegui O[5], Díaz-Moreno LA[6]

[1] AXA Chair Professor. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
[2] Jefe de departamento en área médica. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[3] Investigadora en Ciencias Médicas C. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[4] Investigadora en Ciencias Médicas por honorarios. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[5] Directora de área. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.
[6] Médico adscrito. Unidad de Control para el Embarazo de Alto Riesgo. Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa. Servicios Públicos de Salud IMSS-Bienestar. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

RESUMEN

Introducción.
Objetivo. Describir el proceso de construcción y documentos operativos de una Vía de Atención Integrada (VAI), para la atención hospitalaria durante el parto y puerperio inmediato. **Metodología.** Estudio de desarrollo de intervenciones. La VAI se construyó siguiendo una metodología participativa estructurada. El grupo de trabajo delimitó el proceso de atención, definió el flujograma básico, y consensuó las decisiones clínicas y organizacionales, traducidas luego en la VAI que define responsabilidades y mejores prácticas en secuencia coordinada de actividades. Tras el piloto se produjo la versión definitiva y estrategia de implementación. **Resultados.** Se diseñó la VAI y sus documentos operativos (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información al paciente, encuesta sobre la atención recibida, indicadores para evaluación). El piloto reveló adopción heterogénea según turnos y profesiones y algunas dificultades para aplicar los documentos operativos. Estos resultados fundamentaron la versión definitiva y la estrategia de implementación, con comunicación personalizada al personal e incorporando los documentos operativos al expediente clínico como documentos oficiales, incrementándose la adopción de la VAI. **Conclusiones.** La construcción y adopción de una VAI participativa para organizar de forma coordinada las actividades orientadas a mejorar la calidad, fue factible en el contexto seleccionado. Las lecciones aprendidas y los documentos generados pueden servir de referencia para otros hospitales.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, mejoramiento de la calidad, parto obstétrico, prestación integrada de atención de salud, vías clínicas.

Autor(a) de Correspondencia:
Greivin Alexander Brenes Monge
Jefe de departamento en área médica. Dirección de Calidad de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México. correo electrónico: alexander.brenes@insp.mx

Citar como:
Saturno-Hernández PJ, Brenes-Monge GA, Yañez-Álvarez I, Santiago-Angelino TM, Poblano-Verástegui O, Díaz-Moreno LA. Diseño de una Vía de Atención Integrada para la atención al parto hospitalario en México. *Rev CONAMED*. 2025;30(2): 66-77.

Fecha de recepción:
06 de mayo de 2025
Fecha de aceptación:
30 de mayo de 2025

ABSTRACT

Introduction.
Objective. To describe the construction process and operational documents of an Integrated Care Pathway (ICP) for hospital care during childbirth and immediate puerperium. **Material and methods.** Intervention development study. The ICP was constructed following a structured participatory methodology. The working group defined the care process, defined the basic flowchart, and agreed on clinical and organizational decisions, which were then translated into the ICP that defines responsibilities and best practices in a coordinated sequence of activities. After the pilot, the final version and implementation strategy were produced. **Results.** The ICP and its operational documents (time matrix, variations sheet, patient information sheet, survey on the care received, indicators for evaluation) were designed. The pilot revealed heterogeneous adoption according to shifts and professions and some difficulties in applying operational documents. These results supported the final version and the implementation strategy, with personalized communication to staff and incorporating the operational documents into the clinical record as official documents, increasing the adoption of the ICP. **Conclusion.** The construction and adoption of a participatory ICP to coordinate activities aimed at improving quality was feasible within the selected context. The lessons learned and the documents generated can serve as a reference for other hospitals.

Keywords: quality of health care, quality improvement, integrated, obstetric delivery, delivery of health care, clinical pathways.

INTRODUCCIÓN

La morbi-mortalidad materna y perinatal representa un problema de salud pública mundial, en países de ingresos medios y bajos, donde diariamente mueren aproximadamente 810 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.[1,2] A nivel global, en 2020 se reportó una tasa de mortalidad perinatal de 18 por 1000 nacidos vivos.[1]

En México, la mortalidad materna en 2022 fue de 30.4 defunciones por 100 mil nacimientos,[3] y la mortalidad perinatal de 8 por 1000 nacidos vivos, con 23,000 muertes fetales registradas.[1,4] Aunque las cifras globales de mortalidad materna y perinatal han disminuido en comparación con el año 2019 (34.2 defunciones por 100 mil nacimientos), persisten desigualdades al interior del país, afectando a Estados como Chiapas, donde existen problemas de acceso a servicios de salud de calidad debido a factores socioeconómicos y barreras geográficas y culturales.[5,6] En 2018, Chiapas registró la tasa de mortalidad materna más alta en el país, 62.3 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.[7] Para abordar esta problemática, se necesita implementar estrategias integrales para el acceso a servicios de atención obstétrica y perinatal de calidad, ya que se ha estimado que la mala calidad se asocia al 61% de las muertes neonatales y la mitad de las muertes maternas.[1]

Una de las estrategias para mejorar la calidad con una visión integral y centrada en el paciente, son las Vías de Atención Integrada (VAI), definidas como: "una herramienta de planificación de la calidad que organiza y determina la secuencia y duración de las intervenciones de todo tipo y la coordinación de los departamentos implicados, para un particular tipo de caso o paciente, diseñada para minimizar retrasos y utilización de recursos y maximizar la calidad de la atención en un contexto específico".[8] Las VAI aplican recomendaciones respaldadas por evidencia científica, como las contenidas en las Guías de Práctica Clínica (GPC), teniendo en cuenta las características estructurales del entorno en que se han de aplicar, definiendo cómo organizarse y utilizar los recursos existentes.[9]

En el marco para la mejora continua de calidad, las VAI son útiles para planificar la provisión de los servicios de salud con los estándares esenciales que aumenten la probabilidad de obtener los resultados deseados, considerando las dimensiones de la calidad en la atención: centrada en las personas, efectiva, segura, oportuna, equitativa, integrada, y eficiente.[10,11]

El uso de las VAI, supone un cambio de paradigma al enfocarse a diseñar los mejores procesos posibles, con la participación de los profesionales implicados, que identifican oportunidades de mejora en la práctica clínica y en la forma de actuar de forma coordinada.[8] El enfoque se centra en el paciente y requiere el apoyo explícito de los directivos al implicar generalmente cambios en las prácticas y en las relaciones entre profesionales y

departamentos. Los mejores resultados se obtienen, definiendo las prácticas clínicas y organizacionales necesarias de manera conjunta y contextual.[12]

Las VAI han demostrado su efectividad en diversos países con diferentes niveles de ingresos y sistemas de salud,[13–16] integrándose incluso en las políticas de calidad de sistemas de salud públicos como en Colombia, Reino Unido, Canadá y España.[8] Sin embargo, en México, como en la mayoría de los países Latinoamericanos, es una experiencia innovadora, el conocimiento que existe sobre su construcción y utilización es limitado. Ante esa brecha, el objetivo de este trabajo es mostrar de forma crítica, la experiencia de construcción participativa y estrategia de implementación de una VAI para mejorar la calidad de la atención del parto (vaginal y cesárea), en un Hospital Regional mexicano.

MÉTODOS

Estudio de desarrollo de intervenciones, que permitió registrar de forma sistemática y estructurada el diseño de la intervención y sus componentes, el sustento teórico, la participación de las partes interesadas y los métodos de evaluación.[17,18] El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México, la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, la Jurisdicción Sanitaria N° 1 de Tuxtla Gutiérrez y el Hospital General Regional "Rafael Pascacio Gamboa" desarrollaron en conjunto una VAI para la atención del parto vaginal y cesárea; en el marco del proyecto "Diseño e implementación de un modelo de atención y vigilancia epidemiológica para la mejora de los servicios de atención materna y perinatal" (proyecto S0008-2015-3-262075 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT).[19] Este hospital tiene 124 años de servicio, y atiende anualmente más de 11,000 partos, siendo el hospital materno-infantil más grande del Estado.

La construcción de la VAI se realizó de forma estructurada, siguiendo los pasos descritos en la tabla 1, según el modelo contemplado en el manual metodológico de referencia.[8]

1. Elección del proceso a diseñar con la Vía.
2. Conformación del equipo responsable de la elaboración de la Vía.
3. Definición de las características y especificaciones que deberá cumplir la atención al tipo de pacientes atendidos con el proceso seleccionado.
    - Mapeo básico del proceso,
    - Preguntas clave clínicas y organizacionales.
    - Consulta a pacientes (por ejemplo, mediante grupos focales)
4. Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo de los pacientes seleccionados.
5. Diseño consensuado del primer borrador de la Vía de atención integrada que será sometida a discusión. Incluyendo formatos y documentos principales (matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente, encuesta a pacientes).
6. Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada la Vía.
    - Formatos descriptivos (fichas técnicas) y formatos para la obtención de datos.
    - Piloto de los indicadores (valorar factibilidad de medición, fiabilidad y utilidad)
    - Estudio basal.
7. Realización del estudio piloto para probar la Vía elaborada.
8. Ajuste de la Vía según los resultados de la prueba piloto.
9. Diseño de estrategia de implementación de la Vía.
10. Implementación.
11. Evaluación continua.
12. Mantenimiento.

Tabla 1. Doce pasos a seguir en la construcción e implementación de Vías de Atención Integrada.
Adaptado de: Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. 2da ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021.

Como primer paso se identificó y delimitó (definición del principio y final) el proceso a diseñar; en este caso la atención del parto (vaginal y cesárea), que comienza con la llegada de la mujer en trabajo de parto al hospital y termina con su egreso. A continuación, se formó el Grupo Elaborador de la VAI (GE-VAI), con representación de los departamentos y profesionales implicados en el proceso de atención especificado, para tomar decisiones, coordinar tareas y monitorear avances. La primera tarea del GE-VAI fue definir las especificaciones generales del proceso, comenzando por el tipo de pacientes atendidos con el proceso seleccionado, y el mapeo o flujograma básico del mismo, definiendo las fases o bloques sucesivos de atención por los que pasaría la mujer. Luego, se siguieron los pasos que conducen al diseño consensuado del primer borrador de la VAI, especificando la secuencia y responsabilidades de las actividades a realizar, los documentos operativos para su implementación, y los indicadores para su evaluación, tanto de la implementación como de su efectividad.

Para probar la comprensión y aplicabilidad de la VAI se realizó un piloto durante 15 días, previa capacitación del personal. Tras el piloto se ajustaron los documentos operativos para crear la versión definitiva de la VAI y se diseñó la estrategia de implementación, atendiendo a los problemas detectados en el piloto. La adopción de la VAI se cuantificó durante el piloto y en dos evaluaciones posteriores con el porcentaje de expedientes que incluyeron los documentos operativos completados. Además, se identificaron las barreras que pudieron afectar el diseño, los productos y el piloto.

A continuación, se describen las características y logros de cada uno de los pasos en la construcción de la VAI. Los dos últimos pasos presentados en la *Tabla 1* (Evaluación continua y Mantenimiento de la VAI), quedan fuera del alcance de este artículo.

RESULTADOS

Elección del proceso a diseñar y mejorar con la VAI.

El objetivo fue mejorar la calidad y estandarizar el proceso de atención al parto (vaginal y cesárea). Se excluyen partos complicados y neonatos patológicos que requieren hospitalización.

Equipo responsable de la elaboración de la VAI.

El GE-VAI integró la participación de todos los servicios involucrados en la atención (Gineco-obstetricia, neonatología, anestesiología, enfermería, trabajo social, administración y estadística y representantes de la Jurisdicción y Secretaría de Salud). El subdirector médico y jefe de ginecobstetricia coordinó al GE-VAI, con el apoyo de la jefa de enfermeras y la supervisora de enfermería como coordinadoras adjuntas. Se contó con el respaldo de la Dirección del hospital. El equipo del INSP ofreció asesoría con visitas mensuales y comunicaciones intermedias.

Límites y mapeo básico del proceso a diseñar.

La VAI inicia con el ingreso de la mujer en trabajo de parto al hospital y finaliza cuando la mujer egresa con su recién nacido (a).

El mapeo básico del proceso de atención se divide en 5 bloques secuenciales, por las que transita la mujer en el hospital (Figura 1). El GE-VAI discutió en cada bloque las decisiones clínicas y organizacionales necesarias para una atención de calidad.

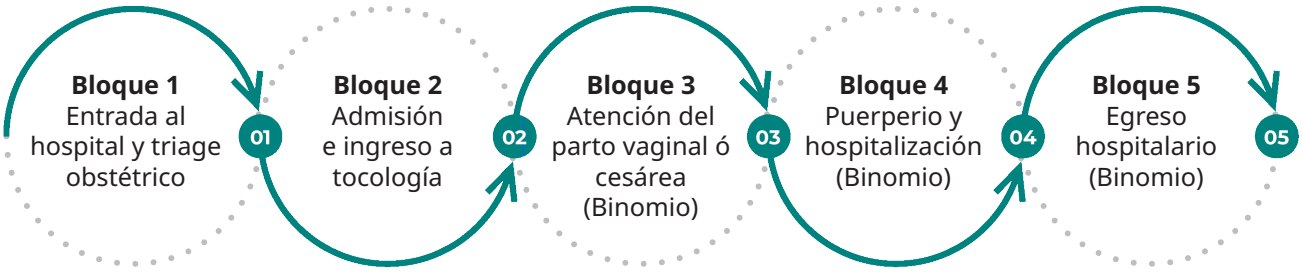


Figura 1. Mapeo básico del proceso de atención del parto vaginal o cesárea.

Preguntas clave clínicas y organizacionales.

Para cada bloque se determinaron las actividades por realizar y la manera de ejecutarlas en coordinación y sin demoras innecesarias. Esta etapa es fundamental en la construcción de la VAI y la que más tiempo tomó. En ella se determinan cuáles son las mejores prácticas, basadas en evidencia, y cuál es la forma concreta de aterrizarlas en el contexto particular del hospital. Para una discusión estructurada, se utilizó una matriz que obliga a indagar en cada bloque del proceso "qué" hay que hacer, "cómo" se hace, "quién" debe hacerlo y "dónde" se hace. La *tabla 2* contiene un ejemplo de matriz de preguntas clínicas y organizacionales, referida al bloque 1 (set completo disponible previa solicitud al autor de correspondencia).

¿Qué debe hacerse?	¿Cuándo debe hacerse?	¿Cómo debe hacerse?	¿Quién debe hacerlo?	¿Dónde debe hacerse?	¿Cuál es la mejora?
Registrar a todas las pacientes que acuden al hospital para parto. Acceder a Triage Obstétrico y registrar su condición de acceso (iniciativa propia o referencia)	En el momento que solicite atención en el área de Triage Obstétrico	A través de la captura en registro manual y electrónico en formato establecido.	Personal de Trabajo Social de los diferentes turnos	Área de Trabajo Social de Triage Obstétrico	Conocer el porcentaje de mujeres que tienen referencia
Solicitar documentación oficial	Al momento del registro	Solicitar y verificar los documentos	Personal de Trabajo Social de los diferentes turnos	Área de Trabajo Social de Triage Obstétrico	
Registro de cifras tensionales y frecuencia cardiaca materna	Al momento de llegar a valoración en urgencias	Tomar y registrar frecuencia cardiaca y cifras tensionales maternas	Personal de Enfermería	Urgencias	
Realizar Triage Obstétrico	Al momento de llegar a valoración en urgencias	Aplicación de formato de Triage Obstétrico	Personal de enfermería	Área de Triage	
Activación del Código Mater	Ante una emergencia Obstétrica	Activación de Timbre (chicharra) y perifoneo	Enfermera de triage identifica Código y notifica a vigilante para activar el timbre. Enfermera administrativa activa perifoneo	Urgencias	
Solicitudes de laboratorio	Al ingreso de la paciente o solicitud adicional	Cumplimentación correcta de la solicitud (todos los rubros)	Elabora: Componente del equipo médico; Autoriza y firma: Médico Adscrito	Área de Urgencias	Porcentaje de solicitudes correctamente requisitadas.
Toma de muestras de laboratorio y rotulación	Inmediatamente tras solicitud de los estudios	Toma de muestras y rotulación correctas	Personal de Enfermería	Urgencias y Tocología	Porcentaje de muestras rechazadas (incorrecta rotulación o manejo)

Traslado de muestras de laboratorio en tiempo	Tras toma y rotulación	Envío en rejilla. Registro en libreta de estudios de laboratorio. Llegada a laboratorio en <60 min.	Médico Interno de Pregrado	Área de urgencias y tocología	Porcentaje de muestras que llegan a laboratorio antes de una hora.
Evaluación Médica en Triage Obstétrico	Tras identificación de cédula de Triage Obstétrico por personal de enfermería.	Dar seguimiento al código establecido por enfermería.	Personal Médico del área de Urgencias (Triage Obstétrico)	Área de Triage Obstétrico	Porcentaje de tiempo de atención según código

Tabla 2. Matriz de preguntas clínicas y organizacionales. Bloque 1: Entrada al hospital y triage obstétrico*
*Set completo disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

Revisión de la experiencia local e internacional y revisión bibliográfica de la evidencia en cuanto al manejo clínico de los pacientes.

Para responder a las preguntas clínicas, fue imperativo revisar la literatura científica, incluyendo artículos, GPC, recomendaciones de organizaciones internacionales, así como las Normas Mexicanas. Esto se requirió para resolver discrepancias, respaldar nuevas prácticas y justificar la suspensión de prácticas no respaldadas por evidencia. En definitiva, en respuesta a las preguntas clínicas y organizacionales se acordaron mejoras innovadoras para el hospital respaldadas por evidencia científica. Algunos ejemplos incluyen el uso profiláctico de antibióticos en cesárea, el manejo de componentes sanguíneos, o el contacto piel con piel después del nacimiento, sea vaginal o cesárea. *La tabla 3* describe las principales innovaciones con relación a la práctica habitual del hospital, introducidas por la construcción de la VAI.

Optimización de prácticas correctas, pero mal ejecutadas.	• Profilaxis antibiótica pre-cesárea. • Disminución de la sedación con midazolam en mujeres sometidas a cesárea. • Realización de pruebas pre-transfusionales rápidas para disminuir tiempos de espera en cesáreas.
Implementación de prácticas que eran omitidas o realizadas parcialmente.	• Pinzamiento tardío del cordón umbilical. • Inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora post-parto. • Contacto inmediato piel con piel. • Valoración del niño sano previo egreso hospitalario.
Optimización o eliminación de prácticas más perjudiciales que benéficas.	• Episiotomía realizada sólo con justificación clínica clara. • Eliminación de la maniobra de Kristeller rutinaria.
Optimización en la implementación de prácticas correctas pero desorganizadas.	• Triage al ingreso. • Utilización y llenado adecuado del partograma.

Tabla 3. Principales innovaciones introducidas por la Vía de Atención Integrada.

Diseño consensuado del primer borrador de la vía de atención integrada y sus documentos operativos.

El primer borrador de la VAI y sus documentos operativos: matriz temporal, hoja de variaciones, hoja de información para el paciente y encuesta sobre la experiencia de las usuarias (disponibles previa solicitud al autor de correspondencia), se logró después de un proceso colaborativo de 110 horas de trabajo y 22 reuniones enfocadas en la discusión y el consenso entre los miembros del GE-VAI. Las características de los documentos operativos se describen a continuación.

Matriz temporal (MT):

Formato similar a una lista de verificación que detalla responsabilidades, secuencia temporal y coordinación de las actividades a realizar en el proceso de atención al parto. Se divide en una sección para parto vaginal y otra para cesárea. Esta MT contiene casillas de verificación que se marcan cuando las actividades del proceso se han realizado. En otras VAI se consideran las listas de verificación como documentos aparte (8). La MT es una guía que puede integrarse al expediente clínico de la mujer, pero no debe sustituir el juicio médico. *La Figura 2* contiene como ejemplo una parte de la matriz temporal, correspondiente al Bloque 1.

Instrucciones de utilización: **-Esta hoja deberá ser incorporada al expediente clínico** **-Llenar únicamente aquellas actividades que correspondan a su área de responsabilidad** **Llenar la matriz temporal colocando dentro de los paréntesis únicamente lo siguiente:** **"X": aquellas actividades que fueron realizadas** **"V": cuando exista una variación** **Cesáreas: a partir del momento en que se decide realizar une cesárea, deberá continuar el llenado en el reverso de esta hoja** **Código Rojo o Mater: en este caso marque con una "X" la casilla de código rojo.**	**Nombre de la paciente:**		**Expediente:**
	Fecha: **Hora:** **Turno:**		
	Responsable	**1. Entrada al hospital y triage obstétrico**	
		Triage	**Urgencias**
	Trabajo social	( ) Registra y caracteriza paciente	( ) Trámites administrativos de ingreso
	Administrativos		( ) Busca o apertura número de expediente
	Enfermería	( ) Entrega hoja de infornación a la mujer ( ) Valora y clasifica ( ) Activa código rojo o mater (en su caso) ( ) Registra el riesgo ( ) Toma de muestras y entrega a urgencias ( ) Sin ingreso, da signos de alarma a la mujer	( ) Verifica integración de expediente clínico ( ) Toma de signos vitales y somatometría ( ) Toma de muestras ( ) Preparación para ingreso ( ) Se oferta opción de apeo
	Ginecología y obstetricia	( ) Atiende según código de triage ( ) Valoración clínica ( ) Reclasificación del riesgo (en su caso) ( ) Solicita laboratorios casos necesarios ( ) Clasificación de Robson	( ) Confirma criterios de ingreso ( ) Integra expediente clínico ( ) Apertura partograma ( ) Solicita laboratorios ( ) Integra el E.R.I.O. (en caso necesario
	Neonatología		

Este documento corresponde a un instrumento de apoyo para los profesionales de la salud, el cual no sustituye el criterio médico.
*Matriz Temporal completa disponible previa solicitud al autor de correspondencia.

Figura 2. Matriz Temporal de la Vía Clínica para la atención del parto vaginal. Bloque 1: Entrada al hospital y triage obstétrico.*

Hoja de variaciones:

Registra desviaciones del plan de atención establecido en la VAI. El personal que ha incurrido en la variación anota en qué fase del proceso ocurrió, acciones alternas realizadas y causas de la variación. Las causas están predefinidas y agrupadas para su análisis según cambios en la condición clínica de la paciente, decisiones de la paciente/familiares, acciones del personal o problemas institucionales. El análisis de las variaciones es un elemento fundamental de la evaluación continua de la VAI.

Hoja de información a la mujer y familiares:

Este documento se considera una versión de la MT diseñada para la paciente. Informa gráficamente las actividades secuenciales esperadas, desde su ingreso al hospital hasta el egreso con su recién nacido (a). Cuando se emplea correctamente fomenta la participación de las pacientes.

Encuesta sobre la experiencia con la atención recibida:

Es otro instrumento para la evaluación continua de la VAI. Indaga la calidad percibida e informa de las acciones realizadas por el personal según la perspectiva de la mujer y sus familiares. La elaboración y pilotaje cognitivo de la encuesta, así como algunos aspectos organizacionales de la VAI se basaron en grupos focales con mujeres en puerperio mediato.

Elaboración de indicadores mediante los cuales será evaluada, incluyendo los formatos y documentos para registro y obtención de datos. Piloto de los indicadores y estudio basal.

El GE-VAI propuso inicialmente 17 indicadores, fundamentalmente referidos a actividades innovadoras o problemáticas, que deben ser prácticas estandarizadas con base a la evidencia científica. Se construyeron las fichas técnicas y se pilotaron para comprobar fiabilidad, utilidad y factibilidad de medición. Tras el piloto, se descartaron cuatro: uno por referirse a un problema organizacional solucionado, dos referidos a uso de la clasificación Robson que se fundieron en uno, y otros dos por la poca factibilidad de su medición. La información de indicadores y sus fichas técnicas pueden solicitarse al autor de correspondencia.

Realización del estudio piloto de la VAI.

Previo al piloto, se capacitó a 187 trabajadores del hospital durante cinco días, basándose en los documentos operativos de la VAI. El piloto duró 15 días entre febrero y marzo de 2019. Se distribuyeron documentos operativos y carteles con una matriz temporal de actividades en áreas de atención del hospital por donde la mujer transita, asegurando su visibilidad para todo el personal involucrado. El piloto mostró que hubo diferencias de adopción según turnos, variabilidad en el llenado de los documentos, debido a falta de instrucciones claras, y diferencia también según profesiones (más utilizado por enfermería).

Revisión de la VAI a partir de los resultados de la prueba piloto.

Considerando lo evidenciado en la prueba piloto, se agregaron instrucciones detalladas para estandarizar el uso de los documentos operativos. La versión definitiva de la VAI se relanzó reforzando la comunicación (mediante oficios personalizados) con los profesionales.

Diseño de estrategia de implementación de la VAI y evaluación de su adopción.

Una vez aprobados los ajustes a la VAI se presentó oficialmente la versión definitiva al personal del hospital y a las autoridades de la Secretaría de Salud. Se difundió su importancia, objetivos y alcance para promover su adopción y facilitar su implementación. Como parte central de la estrategia, además del refuerzo en la comunicación y la capacitación ya realizada, los documentos operativos fueron declarados oficiales y se incorporaron al expediente clínico. Adicionalmente, se programó la monitorización del uso de los documentos. En este sentido, se programaron evaluaciones con los mismos indicadores y se analizaron los datos de manera similar al piloto para permitir comparaciones. La primera evaluación (15 julio-15 agosto 2019), incluyó 614 atenciones por parto (402 vaginales y 212 cesáreas); 191 (31%) expedientes contenían documentos operativos de la VAI. Ninguno en el turno nocturno A y jornada acumulada. En el turno matutino hubo más evidencia de implementación (resultados similares al piloto); el uso de la MT en cesárea mejoró y tuvo porcentaje de uso mayor que en parto vaginal. Sin embargo, se consideró que los porcentajes de utilización aún fueron bajos. Para la segunda evaluación (01 septiembre-31 de

octubre 2019), fueron seleccionados aleatoriamente 240 expedientes clínicos de mujeres atendidas por parto vaginal (120) y cesárea (120). En 228 (95%) se utilizaron documentos operativos. El personal de ginecología y obstetricia incrementó la utilización y llenado de la MT, observándose mayor participación del área de enfermería. Durante este periodo cambió la directiva del hospital (noviembre 2019), se presentaron estos resultados, confirmándose el compromiso de seguir con la implementación de la VAI.

Principales innovaciones introducidas por la VAI.

En respuesta a las preguntas clínicas y organizacionales se acordaron innovaciones para el hospital a lo largo del proceso de la VAI, respaldadas por evidencia científica, resumidas en la *Tabla 3*. Se agruparon en cuatro apartados: 1. Optimización de prácticas correctas, pero mal ejecutadas (por ejemplo, la profilaxis antibiótica pre-cesárea, inadecuadamente prolongada con siete días de antibiótico tras el egreso). 2. Implementación de prácticas que eran omitidas o realizadas parcialmente (por ejemplo, pinzamiento tardío del cordón umbilical, o el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora post-parto). 3. Optimización o eliminación de prácticas más perjudiciales que benéficas (por ejemplo, episiotomía realizada rutinariamente y que sólo debería realizarse con justificación clínica clara, y eliminación de la maniobra de Kristeller. 4. Optimización de la implementación de prácticas correctas pero desorganizadas, como el triage al ingreso y la utilización y llenado adecuado del partograma.

DISCUSIÓN

Las VAI son planes multidisciplinarios estandarizados acordados a nivel local, aunque pueden basarse en VAI directoras diseñadas a nivel estatal o nacional, que hacen operativas las GPC y mejoran la coordinación entre profesionales y departamentos.[20] Su aplicación reduce la variabilidad en la práctica clínica, aumenta la eficiencia y mejora los resultados en salud, a través de la mejora de la calidad de atención.[21] La implementación de VAI en diversos países y contextos ha mostrado resultados satisfactorios. Estandarizan procesos basados en GPC y evidencia científica, optimizan la estancia hospitalaria, disminuyen las complicaciones y costos de atención, mientras resultan también una experiencia de atención satisfactoria para las/los pacientes.[22–25]

Este artículo describe el proceso de construcción e implementación de una VAI en un hospital de Chiapas (México). La metodología utilizada integra de forma explícita y práctica las consideraciones para tener en cuenta de forma secuencial para construir una VAI (8), en este caso para estandarizar y mejorar la atención a la mujer y recién nacido en el trascurso de un ingreso hospitalario por atención al parto, abarcando todo el proceso paso a paso en secuencia cronológica. Es una experiencia innovadora y la primera de este tipo en México.

La VAI se traduce en documentos operativos que guían su implementación y que, aunque desarrollados localmente, pueden servir de ejemplo a otras instituciones de salud, públicas o privadas. Estos documentos detallan acciones, pruebas, tratamientos, responsabilidades y la información a proporcionar a la paciente en cada etapa.

La elaboración participativa, en consenso con representantes de los servicios involucrados, favorece su aceptación por el personal del hospital y facilita su implementación.[9,26] Sin embargo, el contexto del sistema de salud mexicano en general y del Hospital Regional en específico, resultó particularmente adverso a innovaciones. Los cambios frecuentes en el personal y directivos ponen en riesgo la continuidad de iniciativas innovadoras. Además, una actitud generalizada de reticencia al cambio fue evidente. Para abordar este problema, se requiere una capacitación constante en la VAI, especialmente para nuevos empleados, junto con una formalización burocrática. Ambas cosas se incluyeron en la estrategia de implementación. Si bien la capacitación fue una sola vez, la oficialización de los documentos contribuyó a incrementar su utilización.

Los resultados del piloto e implementación inicial de la VAI fueron poco satisfactorios. Las causas se atribuyen al desconocimiento sobre el inicio de la implementación de la VAI y de la VAI en sí misma, y dificultades para el manejo de los documentos operativos, sobre la base quizás de un fuerte componente actitudinal. Una solución planteada para el supuesto desconocimiento fue enviar oficios para informar al personal sobre la VAI y su implementación. Previamente se dio también el importante paso de hacer oficiales los documentos operativos y que formaran parte del expediente clínico. La literatura revisada sugiere que la baja utilización de la VAI está vinculada al escepticismo y resistencia del personal (médico, administrativo y

jefaturas) hacia los cambios en la práctica clínica, la escasa cultura de trabajo en equipo y la percepción de que mejorar la calidad es responsabilidad de unos cuantos.[25–27] Toda esta problemática justifica que la VAI sea considerada una herramienta viva, con una dinámica de implementación siempre atenta a los cambios e intervenciones necesarias que revele su evaluación continua.[8,28]

CONCLUSIONES

La construcción e implementación de una VAI para la mejora del proceso de atención al parto no complicado desde el ingreso al hospital hasta el egreso del binomio, creada siguiendo una metodología participativa estructurada, fue un proyecto factible y enriquecedor en el entorno del Hospital Regional de Chiapas.

Tanto el proceso de construcción como los documentos operativos creados podrían servir de ejemplo para su adaptación en otros contextos del sistema de salud mexicano.

Aparte de la necesaria discusión para lograr acuerdos sobre la mejores prácticas clínicas y organizacionales, las principales dificultades se dieron en el proceso de implementación, influido por la ubicua resistencia al cambio, poco interés en la mejora continua de la calidad en salud y también por la peculiar cultura organizacional del sistema de salud mexicano. Para garantizar el éxito de la VAI se necesita una atención continua a las barreras y dificultades de la implementación.

A pesar de dificultades encontradas en el desarrollo de la VAI, fue posible obtener los documentos de la VAI, los métodos de evaluación, y la planificación de la implementación y monitorización. Esta actividad fomentó en el personal una actitud propositiva y crítica de aquellos procesos con áreas de mejora. El enfoque participativo utilizado fue indispensable para los resultados obtenidos, y debe ser considerado en futuras experiencias en el desarrollo de VAI. El apoyo e involucramiento de las autoridades estatales y locales en todo el proceso, también facilitó el desarrollo de la intervención. Es necesario incorporar desde el planteamiento inicial de este tipo de intervenciones a la comunidad con una orientación en la co-creación de salud.

Los resultados de este estudio contribuyen con evidencia para la implementación del Modelo de atención a la salud para el Bienestar, que plantea la definición de Rutas de atención médica continua (RAMC), como elemento central para el flujo de pacientes en las Redes integrales de servicios de salud y que son consistentes con las Vías de atención integrada.[29] Es así como el estudio sobre el desarrollo de intervenciones como las VAI en México adquiere mayor relevancia, por su potencial utilidad en el marco de la actual política pública en salud.

LIMITACIONES

Eventos recientes en el panorama de salud y de estructura del sistema de salud mexicano, así como posibles cambios en el contexto local donde se llevó a cabo el diseño de la VAI, pueden afectar las barreras identificadas.

REFERENCIAS

1. WHO. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva; 2023 [cited 2023 Jul 23]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759

2. WHO/UNICEF. Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 23]. Available from: https://www.unfpa.org/publications/ending-preventable-newborn-deaths-and-stillbirths-2030

3. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2022 [cited 2023 Aug 7]. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561674/MM_2020_SE27.pdf

4. INEGI. Defunciones fetales registradas en México durante 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 7]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDF/EDF2021.pdf

5. Freyermuth Enciso MG. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. LiminaR [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 7];12(2):30–45. Available from: https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.340

6. Herrera Torres MC, Cruz Burguete JL, Robledo Hernández GP MGG. La economía del grupo doméstico: Determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2006 [cited 2023 Aug 7];19(2):69–78. Available from: https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000200001

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Mujeres y hombres en México 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 7]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463900009.pdf

8. Saturno-Hernández PJ. Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria: Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas. 2da ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021

9. 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 [Internet]. 2001;16:199–207. Available from: https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77405-2

10. Saturno-Hernández P. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud [Internet]. Primera ed. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015 [cited 2019 Jun 14]. 220 p. Available from: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/160506_Metodos_Herramientas_SS.pdf

11. ODCE. Delivering quality health services. World Health Organization, World Bank Group, OECD. 2018;(July):1–100

12. Lawal AK, Groot G, Goodridge D, Scott S, Kinsman L. Development of a program theory for clinical pathways in hospitals: Protocol for a realist review. Syst Rev [Internet]. 2019;8(1):1–7. Available from: https://doi.org/10.1186/s13643-019-1046-0

13. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010;(3):CD006632. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2

14. Allen D, Gillen E, Rixson L. The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. JBI Libr Syst Rev [Internet]. 2009;7(3):80–129. Available from: https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-182

15. Daniels L, Barker S, Chang YS, Chikovani T, DunnGalvin A, Gerdts JD, et al. Harmonizing allergy care–integrated care pathways and multidisciplinary approaches. World Allergy Organ J [Internet]. 2021;14(10). Available from: https://doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100584

16. Van Der Werf L, Evers S, Prieto-Pinto L, Samacá-Samacá D, Paulus A. Integrated Maternal Care Strategies in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Int J Integr Care [Internet]. 2022;22(2):1–14. Available from: https://doi.org/10.5334/ijic.6254

17. Duncan E, O'Cathain A, Rousseau N, Croot L, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): An evidence-based consensus study. BMJ Open [Internet]. 2020 Apr 8 [cited 2025 May 25];10(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273313/

18. Hoddinott P. A new era for intervention development studies. Pilot Feasibility Stud [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2025 May 25];1(1):1–4. Available from: https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-015-0032-0

19. Saturno Hernández PJ, Brenes Monge A, Fernández Elorriaga M, Flores Hernández S, Ortega Altamirano DV, Poblano Verástegui O, et al. Modelo integral para la mejora de la calidad de la atención materna y perinatal. Componentes y resultados de su implementación en Chiapas y Puebla. Primera Ed. Saturno Hernández PJ, editor. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2023

20. Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, et al. What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Med [Internet]. 2016;14(1):1–5. Available from: https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z

21. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. BMC Med [Internet]. 2010;8:8–10. Available from: https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-31

22. Ban A, Ismail A, Harun R, Abdul Rahman A, Sulung S, Syed Mohamed A. Impact of clinical pathway on clinical outcomes in the management of COPD exacerbation. BMC Pulm Med [Internet]. 2012;12. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2466-12-27

23. Nielsen AS, Nielsen B. Implementation of a clinical pathway may improve alcohol treatment outcome. Addict Sci Clin Pract [Internet]. 2015;10(1):1–7. Available from: https://doi.org/10.1186/s13722-015-0031-8

24. Mangin D, Lamarche L, Agarwal G, Ali A, Cassels A, Colwill K, et al. Team approach to polypharmacy evaluation and reduction: feasibility randomized trial of a structured clinical pathway to reduce polypharmacy. Pilot Feasibility Stud [Internet]. 2023;9:84. Available from: https://doi.org/10.1186/s40814-023-01315-0

25. Villaverde V, Carmona L, López Robledillo JC, Serrano S, Gobbo M. Factores motivadores y barreras para implantar una vía clínica de atención precoz de espondiloartritis: Estudio cualitativo con médicos de atención primaria. Reumatol Clin [Internet]. 2013;9(2):85–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.06.003

26. Chávez Barrientos P, Menajovsky Haas C ABL. Implementación de vías clínicas multidisciplinarias en una institución de salud de alta complejidad. Rev Med Chile [Internet]. 2020;148:1331–8. Available from: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901331

27. Bick DE, Rycroft-Malone J, Fontenla M. A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth in one English birth centre: Anticipated benefits and unintended consequences. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2009;9:47. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-47

28. Zander K. Integrated care pathways: Eleven international trends. Int J Care Pathw [Internet]. 2002;6(3):101–7. Available from: https://doi.org/10.1177/147322970200600302

29. Salud S de. ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 30]. p. 140. Available from: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Saturno-Hernández PJ: ORCID 0000-0002-4991-5805
Brenes-Monge GA: ORCID 0000-0002-1312-2918
Yáñez-Álvarez I: ORCID 0000-0002-7642-9036
Santiago-Angelino TM: ORCID 0000-0003-0423-8799
Poblano-Verástegui O: ORCID 0000-0001-8879-5861
Díaz-Moreno LA: ORCID 0009-0008-9449-6292

Conflicto de intereses:
"Los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Proyecto S0008-2015-3-262075 del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (SS/IMSS/ISSSTE-CONACYT).

CC BY
OPEN ACCESS