

# Trasladar la evidencia a la práctica clínica - un viaje a través del cambio

## RESUMEN

Impulsar cambios en la práctica clínica puede ser una tarea de enormes proporciones. Sin embargo, para que se produzca un cambio significativo, el uso de pruebas que respalden la decisión de cambio puede ser crucial para obtener el acuerdo de las partes interesadas. En este artículo se describe el recorrido realizado en una institución por un clínico que siguió el rastro de la evidencia que se ha desarrollado recientemente en relación con el uso de la convexidad con un anillo de barrera, en una fase más temprana del recorrido del paciente para crear impactos positivos en los resultados del paciente.

**Palabras clave** evidencia, práctica clínica, cambio, convexidad, barrera cutánea.

**Como referencia** Hill R. Translating the evidence into clinical practice – a journey through change. WCET® Journal Supplement. 2024;44(3)Sup:s11-14.

**DOI** <https://doi.org/10.33235/wcet.44.3.sup.s11-14>

## INTRODUCCIÓN

En un entorno sanitario tan cambiante como el actual, la innovación puede suponer un reto para las enfermeras de muchas maneras. Pasar de los termómetros de mercurio a los electrónicos puede considerarse un cambio fácil, ya que las ventajas son evidentes. A veces, sin embargo, los beneficios pueden no ser tan fáciles de reconocer al principio. Además, la aplicación de un cambio en la práctica puede producir ansiedad o miedo al fracaso, lo que conduce a la resistencia.<sup>1</sup> En la década de 1940 Kurt Lewin introdujo un modelo de cambio que consta de tres pasos: descongelación, cambio y recongelación.<sup>2</sup> (Figura 1) La *descongelación* se refiere al reconocimiento de la necesidad de cambio; el cambio aplica la transformación y demuestra sus beneficios, y la *recongelación* refuerza el cambio de comportamiento y ayuda a mantenerlo.<sup>2</sup> El objetivo es introducir cambios que tengan un impacto mínimo en las personas, pero que garanticen mejores resultados.<sup>2</sup> Utilizar la teoría de Lewin puede llevar a comprender mejor cómo puede afectar el cambio a una organización y a un individuo, ayudar a reconocer los obstáculos y las soluciones para una aplicación satisfactoria e identificar las fuerzas opuestas que actúan sobre el comportamiento humano durante el cambio.

Este artículo analiza el uso de pruebas recientes para introducir cambios en las prácticas clínicas de toda una organización. Este cambio consistía en pasar de las barreras cutáneas de ostomía planas a la utilización de productos convexos en una fase más temprana del tratamiento del paciente, con el objetivo principal de

mejorar sus resultados.

## DESCONGELACIÓN

Cualquier intervención quirúrgica puede generar cierto nivel de ansiedad en el futuro paciente quirúrgico. La cirugía de ostomía está especialmente plagada de retos, entre los que se incluyen problemas médicos, psicológicos y sociales,<sup>3</sup> así como depresión, que se da en casi el 50% de los pacientes ostomizados.<sup>4</sup> Esta experiencia puede empeorar con la aparición de fugas en primera instancia para la persona con una ostomía recién creada. Hemos observado en nuestro hospital que el lenguaje en torno a esta fuga puede tener un profundo impacto en la adaptación de la persona tras la cirugía. Por ejemplo, el paciente puede experimentar esta primera pérdida después de la cirugía en la cama del hospital y hacer que la enfermera que le atiende pronuncie lo que suponen que son referencias tranquilizadoras y pasajeras con respecto a la pérdida. Comentarios como "esto pasa a menudo" o "no te preocupes, ya te acostumbrarás" pueden crear involuntariamente



Figura 1. Modelo de cambio de Lewin

Fuente: [https://www.change-management-coach.com/kurt\\_lewin.html](https://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html)

## Rosemary Hill

RN BScN NSWOC WOCC(C)

Hospital Lions Gate

Vancouver Coastal Health, Canadá

Correo electrónico [rosemary.hill@vch.ca](mailto:rosemary.hill@vch.ca)

expectativas negativas en torno al manejo de la ostomía. Si bien los médicos pueden estar acostumbrados a la experiencia, hay que reconocer que el nuevo paciente no lo está. Una respuesta más adecuada, por ejemplo, podría ser "bueno, eso no debería estar pasando, y podemos solucionarlo."

En mi práctica me he dado cuenta recientemente de que en el periodo postoperatorio de 24-48 horas, se producían con frecuencia fugas de efluente bajo las barreras cutáneas de ostomía plana aplicadas recientemente en el postoperatorio (Figura 2). Además, hablando con colegas en varias conferencias, me enteré de que habían observado sucesos similares e informaron de que estaban empezando a utilizar barreras cutáneas convexas blandas en el periodo postoperatorio inicial como mecanismo de prevención para reducir las fugas en el momento del alta del paciente. Este mensaje para mí se agravó cuando se describieron algunas publicaciones recientes en torno al uso de la convexidad al principio del viaje en diferentes eventos educativos, así como en conferencias profesionales. Cabe destacar que dos de las publicaciones más recientes, cada una resultante de declaraciones de consenso, aportaron pruebas de apoyo en torno al uso postoperatorio precoz de la convexidad. Un artículo describe las características de la convexidad que recomienda el uso de una barrera cutánea convexa más compresible en el postoperatorio inmediato<sup>5</sup> y el segundo informa sobre la posibilidad de utilizar barreras cutáneas convexas en cualquier punto del recorrido del paciente.<sup>6</sup> Una de las principales objeciones en el pasado con respecto al uso de la convexidad en el postoperatorio era el riesgo de separación mucocutánea.<sup>6</sup> Sin embargo, la evidencia en la literatura no apoya esto como un riesgo<sup>7</sup> y algunos estudios han demostrado que la convexidad se puede utilizar en el postoperatorio.<sup>6,8</sup> Me sentí cómodo con la evidencia que me apoyaba para cambiar mi práctica.

La situación actual de nuestra organización suscita varias preocupaciones entre nuestros pacientes. Las ostomías suelen crearse cerca de un punto de incisión basado en el proceso de marcado de la zona del estoma, que suele ser la línea media. Esto significa que el efluente de la fuga podría entrar en contacto con la incisión quirúrgica recién creada. Se presumía que, en consecuencia, habría un mayor riesgo de infección del sitio quirúrgico.

La fuga de efluente estomal también es un factor de riesgo



Figura 2. Barrera cutánea plana menos de 24 horas después de la operación

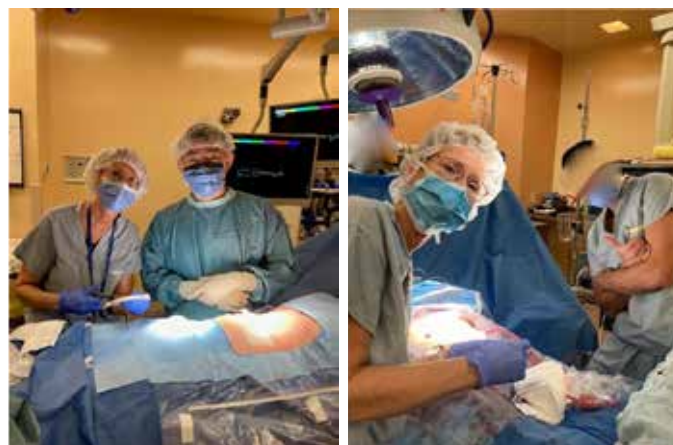
importante en el desarrollo de complicaciones cutáneas periestomales (PSCs), como el daño cutáneo periestomal asociado a la humedad (PMASD).<sup>8</sup> Las PSCs se producen en hasta el 80% de los pacientes con una ostomía<sup>6</sup> y se asocian a alteraciones de la función física, múltiples componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, falta de adaptación y mayores costes. Como se ha descrito anteriormente, la fuga también puede tener consecuencias nefastas para la confianza del paciente recién ostomizado.<sup>6</sup>

Durante mis reflexiones, cuestioné el uso de una barrera cutánea plana durante el periodo postoperatorio. ¿Por qué no me plantearía cambiar la barrera cutánea plana que se utiliza en el quirófano por una barrera cutánea convexa suave, dadas estas nuevas pruebas y los resultados? Por lo que respecta a la descongelación, se reconoció que existía una oportunidad de cambio y que, si éste se producía, podía reportar beneficios reales a los pacientes.

## HACER EL CAMBIO

La práctica estándar en nuestra organización incluía la aplicación de barreras cutáneas de ostomía planas intraoperatoriamente para pacientes sometidos a cirugía de ileostomía, colostomía y urostomía. Además, se utilizaron barreras cutáneas de ostomía plana para tratar a los pacientes en las salas quirúrgicas durante el postoperatorio. Realicé una revisión retrospectiva de mis pacientes con este método de tratamiento y descubrí que muchos experimentaban pérdidas una vez dados de alta con este tipo de productos. En algunos casos, el historial del paciente describía que "en el futuro se requerirá el uso probable de la convexidad". Esto me proporcionó más información sobre la necesidad de un cambio proactivo.

Inicialmente, se seleccionó una serie de casos de siete pacientes (dos urostomías, cuatro ileostomías y una colostomía) para obtener datos orientativos sobre el éxito (o fracaso) del cambio propuesto. Se identificó a un cirujano, y una enfermera educativa de quirófano (OR) proporcionó apoyo y orientación para ayudar a facilitar el proceso (Figuras 3 y 4). Las edades de los pacientes oscilaban entre los 55 y los 85 años, con distintas etiologías, como Crohn, enfermedad diverticular, cáncer de recto, cáncer de vejiga y cáncer de páncreas. El personal de quirófano también reconoció el papel de los anillos de barrera y sugirió que podrían aplicarlos también a los pacientes en OR, ya que comprendían el riesgo de fuga y los posibles retos asociados. Bajo mi supervisión, a todos los pacientes



Figuras 3 y 4. En el quirófano de nuestro hospital con los cirujanos colorrectales

se les aplicó una barrera cutánea convexa blanda de dos piezas y un anillo de barrera plano (delgado) en su estoma recién creado en el OR mientras estaban en la mesa de operaciones (Figuras 5, 6 y 7).

Todos los pacientes de esta serie tuvieron éxito en la aplicación de la bolsa utilizando los nuevos productos y ninguno experimentó fugas, incluyendo un paciente con un estoma de alta salida (Figuras 8 y 9). Esto me proporcionó más pruebas que me permitieron continuar con el cambio. Como suele decirse, "la prueba está en el pudín"

## Recongelación

Mantener y afianzar el cambio implicaba comprometerse con todo el personal de OR y los cirujanos para transmitir todas las pruebas y su finalidad. Además, el personal de planta recibió formación sobre los nuevos productos para tratar a los pacientes en el postoperatorio. Por último, colaborar con Compras para garantizar el suministro de los productos adecuados en cada zona. Esto también supuso la retirada activa de todos los productos planos actuales para garantizar que todos estos pacientes recibieran los nuevos productos convexos, más compresibles, y los anillos de



Figura 5. Barrera cutánea convexa blanda de dos piezas cortada al tamaño de la colostomía



Figura 6. Aplicación del anillo de barrera cutánea



Figura 7. Aplicación de la barrera cutánea al estoma (obsérvese el apósito de la línea media aplicado sobre los bordes de la barrera cutánea).



Figuras 8 y 9. Ileostomía de asa de salida alta (obsérvese la piel plana en decúbito supino), aspecto de la barrera cutánea tras 24 horas (obsérvese la topografía cutánea en semitumbado)

barrera. La formación de todo el personal era continua. El trastorno fue mínimo y el cambio reportó beneficios reales a los pacientes, lo que facilitó su aceptación por parte de todos. Ahora es una práctica habitual en nuestra organización.

## RESULTADO

Si bien la serie de casos y las pruebas que los respaldan me ayudaron a demostrar mis argumentos a favor del cambio, es importante supervisar continuamente dicho cambio, sobre todo después de que se haya alterado un proceso mantenido durante mucho tiempo. Para garantizar el éxito continuado de nuestros pacientes, se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas. Uno de los mayores temores expresados por muchos clínicos era el mayor potencial de la convexidad para contribuir a la separación mucocutánea. Este concepto se siguió específicamente en 21 pacientes durante esta revisión retrospectiva. Sólo uno experimentó una separación mucocutánea. Sin embargo, este paciente presentaba factores de riesgo, como un BMI (índice de masa corporal) elevado y una construcción del estoma complicada, que se encontraba bajo tensión con una altura del estoma baja. Se ha demostrado que estos factores predisponen a los pacientes al desarrollo de complicaciones cutáneas periestomales, incluida la separación mucocutánea.<sup>9,10</sup> Todas las indicaciones son favorables hasta el momento, sobre la base de esta revisión, y se está



preparando otra publicación con todos los datos para ilustrar los resultados en los pacientes.

## Conclusión

El cambio para algunos nunca es fácil. Sin embargo, es posible lograr un cambio real e impactante cuando existen pruebas sólidas y la voluntad de abordar el cambio con una mentalidad abierta. Saber que nuestros pacientes experimentarán mejores resultados en su viaje gracias a este cambio, es testimonio de nuestra creencia de que merecen mejores resultados. Sabemos que nuestros pacientes se enfrentan a retos importantes en su camino. Si podemos reducir algunos de sus factores estresantes introduciendo cambios que den mejores resultados, podemos darles una cosa menos de qué preocuparse y su adaptación general y calidad de vida después de la cirugía pueden mejorar.

Hemos comprobado que la suave barrera cutánea convexa con un fino anillo proporciona un sellado cutáneo personalizado y seguro contra las fugas. Las características de una barrera cutánea compresible y flexible proporcionan la tensión justa para abordar las topografías periestomales y los retos estomales. Insto a los médicos a que examinen las pruebas y vean en qué aspectos el cambio puede suponer una diferencia positiva para los pacientes de sus consultas.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## FINANCIACIÓN

El autor no recibió fondos para este artículo.

## REFERENCIAS

1. Lock, D, 2023. The psychology of fear of change: Unpacking

organizational resistance. Daniel Lock Consulting. Accessed January 2024. <https://daniellock.com/fear-of-change-organization>

2. Raza, M. Lewin's 3 stage model of change explained. BMC Software Inc. 2019. Accessed January 2024. <https://www.bmc.com/blogs/lewin-three-stage-model-change/>
3. Sceats LA, Dehghan MS, Rumer KK, et al. Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: a retrospective cohort analysis of privately insured patients. *Colorectal Dis.* 2020;22(5):544–553.
4. Tang WSW, Chiang LLC, Kwang KW, Zhang MWB. Prevalence of depression and its potential contributing factors in patients with enterostomy: A meta-analytical review. *Front. Psychiatry.* 2022; 13:1001232.
5. McNichol L, Cobb T, Depaifve Y, et al. Characteristics of convex skin barriers and clinical application: Results of an international consensus panel. *JWOCN.* 2021;48(6):524–532.
6. Colwell J, Stoia Davis, J, Emodi, K. et al. Use of a convex pouching system in the post operative period. A national consensus. *JWOCN.* 2022;49(3):240–246.
7. Hoeflok J, Kittscha J, Purnell P. Use of convexity in pouching – A comprehensive review. *JWOCN.* 2013;40(5):506–512.
8. Hoeflok J, Salvadalena S, Pridham S. et al. Use of convexity in ostomy care – Results of an international consensus meeting. *JWOCN.* 2017;44(1):55–62.
9. Braumann C, Muller V, Knies M, et al. Complications after ostomy surgery: Emergencies and obese patients are at risk. *World J Surgery.* 2018;43(3):751–757.
10. Shiraishi T, Ogawa H, Naomi S, et al. Surgical techniques and stoma-related complications associated with emergency stoma creation. *Anticancer Res.* 2023;43(9):4189–4195.