

Traduzir as provas para a prática clínica - uma viagem através da mudança

SUMÁRIO

Introduzir alterações na prática clínica pode ser uma tarefa difícil. No entanto, se se pretende uma alteração significativa, a utilização de evidências para apoiar a decisão de mudança pode ser crucial para obter o acordo das partes interessadas. Este artigo descreve o percurso efetuado numa instituição por um clínico que seguiu o rasto de evidências recentemente desenvolvidas relativamente à utilização da convexidade com um anel de barreira, no início do percurso do paciente, de forma a criar impactos positivos nos resultados dos pacientes.

Palavras-chave evidência, prática clínica, mudança, convexidade, barreira cutânea.

Como referência 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>

INTRODUÇÃO

No atual ambiente de cuidados de saúde em rápida mutação, a inovação pode, de muitas formas, desafiar os enfermeiros. Mudar de termómetros de mercúrio para eletrónicos pode ser considerado uma mudança fácil, pois os benefícios são claramente visíveis. No entanto, por vezes, à partida os benefícios podem não ser tão facilmente reconhecidos. Além disso, a implementação na prática de uma mudança pode produzir ansiedade ou medo de falhar, conduzindo à resistência.¹ Na década de 1940, Kurt Lewin introduziu um modelo de mudança que envolve três passos: descongelamento, mudança e recongelamento.² (Figura 1) O *descongelamento* está relacionado como reconhecimento da necessidade de mudança; a *mudança* implementa a transformação e demonstra os seus benefícios e o *recongelamento* reforça a mudança de comportamento e ajuda a mantê-la.² O objetivo é o de realizar mudanças que tenham um impacto mínimo nas pessoas, mas que consigam garantir melhores resultados.² A utilização da teoria de Lewin pode conduzir a uma maior compreensão da forma como a mudança pode afetar uma organização e um indivíduo, ajudar a reconhecer as barreiras e as soluções para uma implementação bem sucedida, assim como identificar forças opostas que atuam no comportamento humano durante a mudança.

Este documento discute a utilização de evidências recentes para a implementação de mudanças nas práticas clínicas em toda uma organização. Esta mudança consistiu em passar das barreiras cutâneas de ostomia planas para uma utilização de produtos de convexidade numa fase mais precoce do percurso do paciente, com o objetivo principal de melhorar os seus resultados.

Rosemary Hill

RN BScN NSWOC WOCC(C)
Hospital Lions Gate
Vancouver Coastal Health, Canadá
Email rosemary.hill@vch.ca

DESCONGELAÇÃO

Qualquer cirurgia pode criar um nível de ansiedade no potencial paciente cirúrgico. A cirurgia de ostomia é particularmente cheia de desafios, incluindo questões médicas, psicológicas e sociais³, assim como a depressão, que ocorre em quase 50% dos pacientes com ostomia.⁴ Em primeiro lugar, para a pessoa com uma ostomia recém-feita, esta experiência pode ser agravada com o aparecimento de perdas. No nosso hospital observámos que a linguagem em torno desta fuga pode ter um impacto profundo na adaptação da pessoa após a cirurgia. Por exemplo, o paciente pode ter a primeira fuga após a cirurgia na cama do hospital e o enfermeiro que o acompanha pronuncia o que supõe serem referências tranquilizadoras e passageiras relativamente à fuga. Comentários como "*isto acontece muitas vezes*" ou "*não te preocupes, vais habituar-te*" podem involuntariamente originar expectativas negativas em relação à gestão da ostomia. Embora os médicos possam estar habituados a esta experiência, deve reconhecer-se que o novo paciente não está. Uma resposta mais adequada, por exemplo, poderia ser "*bem, isto não devia estar a acontecer e podemos resolver o problema.*"



Figura 1. Modelo de Mudança de Lewin

Fonte: https://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html

Na minha prática clínica, recentemente apercebi-me de que, no período pós-operatório de 24-48 horas, era frequente ocorrerem fugas de efluentes sob as barreiras cutâneas de ostomia plana recentemente aplicadas no pós-operatório (Figura 2). Além disso, ao conversar com colegas em várias conferências, ouvi dizer que tinham reparado em ocorrências semelhantes e que estavam a começar a utilizar barreiras cutâneas convexas moles no período pós-operatório inicial, como mecanismo de prevenção para reduzir as fugas no momento da alta do paciente. Esta mensagem foi-me transmitida quando algumas publicações recentes sobre a utilização da convexidade no início do percurso foram descritas em diferentes eventos educativos, assim como em conferências profissionais. É de salientar que duas das publicações mais recentes, cada uma delas resultante de declarações de consenso, proporcionaram evidências de apoio relativamente à utilização precoce da convexidade no pós-operatório. Um destes artigos descreve as características da convexidade, recomendando a utilização de uma barreira cutânea convexa mais compressível no período pós-operatório imediato⁵ e o segundo refere a possibilidade da utilização de barreiras cutâneas convexas em qualquer ponto do percurso do paciente.⁶ No passado, uma das principais objeções relativamente à utilização da convexidade no pós-operatório era o risco de separação mucocutânea.⁶ No entanto, a evidência na literatura não apoia este risco⁷ e alguns estudos demonstraram que a convexidade pode ser utilizada no período pós-operatório.^{6,8} Senti-me confortável com a evidência que me apoiava na mudança da minha prática.

A situação atual da nossa organização suscitou várias preocupações nos nossos pacientes. As ostomias são frequentemente criadas perto de um ponto de incisão com base no processo de marcação do local do estoma e este é em geral a linha média. Isto implica que os efluentes das fugas podem entrar em contacto com a incisão cirúrgica recém-criada. Presumiu-se que, em consequência, haveria um risco acrescido de infeção do local da cirurgia.

As fugas de efluentes do estoma são também um fator de risco significativo no desenvolvimento de complicações cutâneas periestomais (PSCs), tais como lesões cutâneas associadas à humidade periestomal (PMASD).⁸ As PSCs ocorrem em até 80% dos pacientes com ostomia⁶ e estão associadas a deficiências na função física, a múltiplos componentes da qualidade de vida relacionada com a saúde, à incapacidade de adaptação e a custos



Figura 2. Barreira cutânea plana com menos de 24 horas de pós-operatório

mais elevados.⁶ Tal como descrito anteriormente, as fugas também podem ter consequências terríveis para a autoconfiança do paciente recém-ostomizado.⁶

Durante o meu processo de reflexão, questionei a utilização de uma barreira cutânea plana durante o período pós-operatório. Tendo em conta estas novas evidências e os resultados, porque é que eu não consideraria mudar a barreira cutânea convexa plana utilizada no bloco operatório para uma barreira cutânea mole e convexa? Em termos de descongelamento, houve um grande reconhecimento de que era evidente uma oportunidade de mudança e que essa mudança, se fosse bem sucedida, tinha o potencial de proporcionar benefícios reais aos pacientes.

FAZER A MUDANÇA

A prática habitual na nossa organização incluía a aplicação de barreiras cutâneas de ostomia plana no intraoperatório em pacientes submetidos a cirurgia de ileostomia, colostomia e urostomia. Adicionalmente, no pós-operatório, foram utilizadas barreiras cutâneas para ostomia plana para gerir os pacientes nas enfermarias de cirurgia. Efetuei uma análise retrospectiva dos meus pacientes com este método de tratamento e constatei que muitos apresentavam fugas depois de receberem alta com este tipo de produtos. Nalguns casos, o registo do paciente descrevia que "no futuro uma provável utilização de convexidade será necessária". Isto deu-me mais informações sobre a necessidade de uma mudança proactiva.

Inicialmente, foi selecionada uma série de casos de sete pacientes (duas urostomias, quatro ileostomias e uma colostomia) para fornecer dados orientadores sobre o sucesso (ou o insucesso) da mudança proposta. Foram identificados um cirurgião e um enfermeiro responsável pela formação no bloco operatório (OR) que forneceu apoio e orientação para ajudar a facilitar o processo (Figuras 3 e 4). As idades dos pacientes variavam entre os 55 e os 85 anos, com etiologias variadas, incluindo doença de Crohn, doença diverticular, cancro do reto, cancro da bexiga e cancro do pâncreas. O pessoal do bloco operatório também reconheceu o papel dos anéis de barreira e sugeriu que também os poderia aplicar aos pacientes no bloco operatório, uma vez que compreendiam o risco de fugas e os potenciais desafios associados. Sob a minha supervisão, no bloco operatório e enquanto estavam na mesa de operações, todos os pacientes foram submetidos à aplicação de uma barreira cutânea convexa mole de duas peças e de um anel de barreira plano (fino) no seu estoma recém-criado (Figuras 5, 6 e 7).



Figuras 3 e 4. No bloco operatório do nosso hospital com os cirurgiões colorretais

Todos os pacientes desta série tiveram uma aplicação de bolsa bem sucedida utilizando os novos produtos e nenhum teve fugas, incluindo um paciente com um estoma de alto débito (Figuras 8 e 9). Isto proporcionou mais evidências que me permitiram continuar com a mudança. Como se costuma dizer, "a prova está no pudim"

RECONGELAÇÃO

Manter e consolidar a mudança implicou o envolvimento de todo o pessoal do bloco operatório, assim como dos cirurgiões, para transmitir todas as evidências e o seu objetivo. Adicionalmente, o pessoal da enfermaria recebeu formação sobre os novos produtos para gerir os pacientes no pós-operatório. Por último, colaborar com o aprovisionamento para garantir o fornecimento dos produtos corretos a cada área. Isto também significou a remoção ativa de todos os produtos planos atuais, de forma a garantir que todos estes pacientes recebessem os novos produtos convexos e os anéis de barreira, mais compressíveis. Está em curso a formação de todo o pessoal. A perturbação foi mínima e esta mudança trouxe benefícios reais para os pacientes, o que facilitou a sua aceitação por todos. Atualmente, esta é uma prática corrente na nossa organização.



Figura 5. Barreira cutânea convexa mole de duas peças cortada à medida da colostomia



Figura 6. Aplicação do anel de barreira cutânea



Figura 7. Aplicação da barreira cutânea ao estoma (observar o penso da linha média aplicado sobre os bordos da barreira cutânea).



Figuras 8 e 9. Ileostomia de laço de alto débito (observar a pele plana em posição supina), aspecto da barreira cutânea após 24 horas (observar a topografia da pele em posição semi-reclinada)

RESULTADOS

Embora a série de casos e as evidências de apoio tenham ajudado a provar o meu argumento a favor da mudança, é importante monitorizar continuamente essa mudança, especialmente depois de um processo de longa data ter sido alterado. de forma a garantir o sucesso contínuo dos nossos pacientes, foi efetuada uma análise retrospectiva dos processos. Um dos maiores receios expressos por muitos médicos residiu no aumento do potencial da convexidade poder contribuir para a separação mucocutânea. Durante esta análise retrospectiva este conceito foi monitorizado especificamente em 21 pacientes. Apenas um apresentou alguma separação mucocutânea. No entanto, este paciente tinha fatores de risco que incluíam um IMC (índice de massa corporal) elevado e uma construção de estoma difícil, o qual estava sob tensão com uma altura de estoma baixa. Foi demonstrado que estes fatores predispoem os pacientes para o desenvolvimento de complicações cutâneas periestomais, incluindo a separação mucocutânea.^{9, 10} com base nesta revisão e até ao momento, todas as indicações são favoráveis, estando em curso outra publicação com todos os dados para ilustrar os resultados dos pacientes.

CONCLUSÃO

Para alguns, a mudança nunca é fácil. No entanto, é possível efetuar mudanças reais e com impacto quando existem evidências sólidas e uma vontade de abordar a mudança com uma mente

aberta. O facto de sabermos que os nossos pacientes terão melhores resultados no seu percurso devido a esta mudança é prova da nossa convicção de que merecem melhores resultados. Reconhecemos que os nossos pacientes enfrentam desafios significativos no seu percurso. Se, através de mudanças que proporcionem melhores resultados, conseguirmos reduzir alguns dos seus fatores de stress, podemos dar-lhes menos uma coisa com que se preocupar e a sua adaptação geral e qualidade de vida após a cirurgia podem ser melhoradas.

Descobrimos que a barreira cutânea convexa mole com um anel fino proporciona uma vedação cutânea personalizada e segura contra fugas. As características de uma barreira cutânea compressível e flexível proporcionam a quantidade certa de tensão para responder às topografias periestomais e aos desafios do estoma. Exorto os colegas médicos a analisarem as evidências e a identificarem onde é que a mudança pode fazer uma diferença positiva para os pacientes nas suas práticas.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não haver conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O autor não recebeu qualquer financiamento para este artigo.

REFERÊNCIAS

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.