Cure per colostomia

**Pubblico:** studenti infermieri **Numero di partecipanti consigliato:** 1-2 allievi

**Durata simulazione:** 10 minuti **Durata debriefing: 20 minuti**

# Informazioni curricolari

## Obiettivi di apprendimento

**Una volta completate le sessioni di simulazione e di debriefing, gli allievi saranno in grado di:**

* esaminare e valutare la sede di apertura di una colostomia
* spiegare al paziente le procedure in modo adeguato
* fornire l’assistenza richiesta in seguito a una colostomia, tra cui lo svuotamento della sacca e l’eventuale reinserimento

## Profilo scenario

In questo scenario una donna di 33 anni è ricoverata nel reparto chirurgia, dopo aver subito due giorni prima un intervento chirurgico di rimozione del colon e del retto, in seguito a un lungo periodo di colite ulcerosa. È stata creata una sede di apertura per la colostomia. Gli allievi devono eseguire un esame e una valutazione della sede di apertura della colostomia, spiegare le procedure alla paziente entro un contesto adeguato e fornire l’assistenza richiesta in seguito a una colostomia, tra cui lo svuotamento della sacca (e l’eventuale reinserimento, se necessario).

## Debriefing

Una volta terminata la simulazione, si raccomanda al facilitatore di condurre un debriefing per discutere gli obiettivi di apprendimento. Nel Registro degli eventi in Session Viewer sono suggerite possibili domande da rivolgere durante il debriefing. I principali argomenti di discussione possono essere:

* esame e valutazione della sede di apertura di una colostomia
* somministrazione delle cure per la colostomia
* comunicazione con il/la paziente

## Riferimenti consigliati

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Estratto dal sito <http://www.colostomyuk.org/information/managing-your-colostomy/>

Macleod E, Johnstone N, Robertson I e altri *Clinical nurse specialists Stoma care*; Royal College of Nursing, 2009. Estratto dal sito <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Configurazione e preparazione

## Apparecchiature

* Bracciale per la misurazione della pressione sanguigna
* Sede di apertura della colostomia per il simulatore
* Apparecchiature per la colostomia (secondo il protocollo locale)
* Camice paziente
* Braccialetto di identificazione del paziente con nome e data di nascita
* Monitor paziente
* Liquido fecale marrone simulato, con cui riempire 1/3 della sacca per stomia (150-200 mL)
* Sonda SpO2
* Stazione di lavaggio delle mani
* Stetoscopio
* Apparecchiatura per precauzioni universali

## Preparazione prima della simulazione

* Applicare il punto di apertura della colostomia sul simulatore.
* Riempire 1/3 della sacca per stomia con le feci simulate.
* Fissare la sacca per stomia al simulatore.
* Vestire il simulatore con un camice per paziente e posizionarlo in un letto di ospedale in posizione di Fowler.
* Mettere il braccialetto di identificazione alla paziente con nome e data di nascita.
* Stampare la cartella della paziente da pagina 4 e consegnarla a ogni allievo, dopo aver letto il riepilogo per l'allievo. Se si utilizzano cartelle dei pazienti in formato elettronico, è possibile trasferire le informazioni al sistema.

## Riepilogo per l'allievo

*Leggere il riepilogo per l'allievo a voce alta prima di iniziare la simulazione.*

**Situazione:** siete un infermiere/un’infermiera in un reparto di chirurgia e sono le 10:00. State assistendo Gianna Lamberti, una donna di 33 che due giorni prima ha subito un intervento chirurgico per rimuovere il colon e il retto. È stata creata una sede di apertura per la colostomia sul lato destro.

**Informazioni di contesto:** la paziente ha sofferto per un lungo periodo di colite ulcerosa.

**Valutazione:** i segni vitali della paziente sono stati valutati 3 ore fa ed erano tutti nella norma. Il dolore è stato classificato al livello 3 e sono stati somministrati 500 mg di acetaminofene. Sembra che la paziente si stia riprendendo bene.

**Raccomandazione:** consegnare la cartella agli allievi indicando di dedicare alcuni minuti ad esaminarla, per poi andare a visitare la paziente e controllare se la sacca dello stoma deve essere svuotata.

# Personalizzazione dello scenario

Lo scenario può costituire la base per la creazione di nuovi scenari con diversi o ulteriori obiettivi di apprendimento. Prima di apportare modifiche a uno scenario esistente, è necessario esaminare attentamente quali capacità di intervento ci si aspetta che gli allievi dimostrino e come occorre modificare gli obiettivi di apprendimento, l’avanzamento dello scenario, la programmazione e il materiale di supporto. È tuttavia un modo rapido per espandere la gamma di scenari, perché consente di riutilizzare gran parte delle informazioni sul paziente e diversi elementi nella programmazione dello scenario e del materiale di supporto.

Di seguito sono offerti alcuni suggerimenti su possibili personalizzazioni dello scenario:

|  |  |
| --- | --- |
| **nuovi obiettivi di apprendimento** | **modifiche da apportare allo scenario** |
| Includere obiettivi di apprendimento che richiedono di applicare capacità di comunicazione e conoscenza clinica. | Stilare le disposizioni del fornitore di assistenza sanitaria con le informazioni da comunicare alla paziente che è pronta per essere dimessa.La paziente dovrà fare domande sulle informazioni fornite dagli allievi. |
| Includere obiettivi di apprendimento che richiedono di riconoscere i sintomi di infezione, fornire terapia del dolore e adottare misure di sicurezza appropriate. | Applicare moulage alla sede della colostomia in modo che sembri infetta e che la paziente sembri sentire dolore.La paziente deve lamentarsi per il dolore e sentirsi febbricitante. Se gli allievi non reagiscono in modo appropriato alla situazione, la paziente potrebbe richiedere di ricevere trattamenti o di vedere un medico. |
| Includere obiettivi di apprendimento che richiedono di riconoscere la presenza di sangue nelle feci, utilizzare di capacità di ragionamento clinico e adottare misure di sicurezza appropriate. | Applicare una colorazione rossastra alle feci nella sacca per colostomia, a indicare un’uscita emoraggica dal colon.La paziente mostrerà di essere preoccupata per i risultati e, se gli allievi non reagiscono in modo appropriato alla situazione, potrebbe fare domande sulle possibili cause o richiedere di vedere un medico. |

# Cartella del paziente

|  |
| --- |
| **Nome della paziente:** Gianna Lamberti, **Sesso:** femmina **Allergie:** nessuna allergia conosciuta **Data di nascita:** 17-5-XXXX  |
| **Età:** 33 anni **Altezza:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Num. cartella:** 57343330  |
| **Diagnosi:** colite ulcerosa **Data ammissione:** 3 giorni fa |
| **Struttura:** reparto chirurgia **Direttiva anticipata:** nessuna  **Precauzioni d’isolamento:** nessuna |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Anamnesi precedente**11 anni di colite ulcerosa con gravità in aumento. Due giorni prima ha subito un intervento chirurgico per rimuovere il colon e il retto. È stata creata una sede di apertura per la colostomia sul lato destro. |

 |
|  |
| **Note** |
| **Data/Ora** |  |
| Oggi, 07:00 | La paziente ha indicato un livello di dolore pari a 3, su una scala da 1 a 10, 500 mg di acetaminofene somministrati. Registrazione dei segni vitali. Svuotamento della sacca per colostomia. /Infermiere di turno |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Disposizioni del fornitore di assistenza sanitaria** |
| Attività: fuori dal letto nella misura tollerata |
| Dieta: liquidi chiari, fino a una dieta normale nella misura tollerata |
| Segni vitali ogni 4 ore |
| Registrare i volumi dei fluidi in entrata e in uscita |
| Acetaminofene 500 mg per via orale, quando necessario per il dolore, ogni 6 ore |
| Somministrare le cure per colostomia secondo il protocollo locale |
|  |
|  |
| **MAR (registro amministrativo medico)** |
| **Data/Ora** |  |
| Oggi, 07:00 | Acetaminofene 500 mg per via orale |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Segni vitali** |
| **Data/Ora** |  |
| Oggi, 07:00 | **Pressione sanguigna:** 121/76 mmHg **Frequenza cardiaca:** 81/min **Frequenza respiratoria:** 13/min **SpO2:** 98% **Temp:** 37,0 oC  |
|  | **Pressione sanguigna:**  **Frequenza cardiaca:** **Frequenza respiratoria:** **SpO2:** **Temp:** |

# Fluidi in entrata e in uscita

|  |
| --- |
| **Nome della paziente:** Gianna Lamberti, **Sesso:** femmina **Allergie:** nessuna allergia conosciuta **Data di nascita:** 17-5-XXXX  |
| **Età:** 33 anni **Altezza:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Num. cartella:** 57343330  |
| **Diagnosi:** colite ulcerosa **Data di ricovero:** 3 giorni fa |
| **Struttura:** reparto di chirurgia **Direttiva anticipata:** nessuna  **Precauzioni d’isolamento:** nessuna |
|  |
| **Note:** |
|  | **Fluidi in entrata** | **Uscita** |
| **Ora/Data** | **Orale**  | **Nasogastrico** | **EV** | **EV piggyback** | **Altro** | **Urina** | **Emesi** | **Nasogastrico** | **Tipo****drenaggio** | **Altro** |
| **23-07** | 250 mL150 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Variazione totale** | 400 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Ora/Data** | **Orale**  | **Nasogastrico** | **EV** | **EV piggyback** | **Altro** | **Urina** | **Emesi** | **Nasogastrico** | **Tipo****drenaggio** | **Altro** |
| **07-15** | 320 mL150 mL |  |  |  |  | 230 mL |  |  |  | 150 mL |
| **Variazione totale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ora/Data** | **Orale**  | **Nasogastrico** | **EV** | **EV piggyback** | **Altro** | **Urina** | **Emesi** | **Nasogastrico** | **Tipo****drenaggio** | **Altro** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Variazione totale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Questa tabella deve essere utilizzata presso il letto della paziente per annotare ogni volume di fluido in entrata e in uscita. I valori totali saranno quindi riportati nel foglio del bilancio idrico giornaliero. |
| **Misurazione dei fluidi:** 1 cc = 1 mL • 1 oncia = 30 mL • 8 once = 240 mL • 1 tazza = 8 once = 240 mL• 4 tazze = 32 once = 1 quarto o 1 litro = 1000 mL |