Cuidados com a colostomia

**Grupo-alvo:** estudantes de enfermagem **Número de participantes recomendado:** 1 a 2 alunos

**Tempo de simulação:** 10 minutos **Tempo de debriefing: 20 minutos**

# Informações curriculares:

## Objetivos de aprendizagem

**Após a conclusão da simulação e da sessão de debriefing, os alunos poderão:**

* Analisar e avaliar o local de colostomia
* Explicar os procedimentos para a paciente usando uma estrutura de comunicação apropriada
* Prestar cuidados com a colostomia, incluindo esvaziamento da bolsa (e recolocação, se necessário)

## Resumo do cenário

Neste cenário, uma mulher de 33 anos está na unidade cirúrgica, dois dias após a remoção do cólon e do reto devido a um longo histórico de colite ulcerativa. Foi realizada uma colostomia. Espera-se que os alunos analisem e avaliem o local da colostomia, expliquem os procedimentos para a paciente usando uma estrutura de comunicação apropriada e prestem os cuidados com a colostomia, incluindo o esvaziamento da bolsa (e recolocação, se necessário).

## Debriefing

Quando a simulação terminar, recomenda-se que seja feito um debriefing conduzido por um instrutor, para discutir tópicos relacionados aos objetivos de aprendizagem. O Registro de evento no Session Viewer apresenta sugestões de perguntas de debriefing. Os pontos centrais de discussão podem ser:

* Análise e avaliação do local de colostomia
* Manejo de cuidados com a colostomia
* Comunicação com a paciente

## Referências sugeridas

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

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

# Configuração e preparação

## Equipamento

* Manguito de pressão arterial
* Local de colostomia para o simulador
* Equipamento de colostomia (de acordo com o protocolo local)
* Avental da paciente
* Pulseira de identificação da paciente, com nome e data de nascimento
* Monitor de paciente
* Fezes fluidas marrons simuladas, para preencher cerca de 1/3 da bolsa de ostomia (150 a 200 mL)
* Sensor de SpO2
* Estação de lavagem das mãos
* Estetoscópio
* Equipamentos de precauções universais

## Preparação antes da simulação

* Ponha o local da colostomia no simulador.
* Preencha cerca de 1/3 da bolsa de ostomia com as fezes simuladas.
* Ponha a bolsa de ostomia no simulador.
* Vista o avental da paciente no simulador e coloque-o em um leito de hospital em posição de Fowler.
* Prenda a pulseira de identificação da paciente, com nome e data de nascimento.
* Imprima o prontuário da paciente a partir da página 4 e entregue-o aos alunos depois de ler as instruções iniciais para eles. Se você usar um prontuário eletrônico, poderá transferir as informações para esse sistema.

## Instruções iniciais do aluno

*As instruções iniciais devem ser lidas em voz alta para os alunos antes de iniciar a simulação.*

**Situação:** você é um enfermeiro em uma unidade cirúrgica e agora são 10 horas. Você está cuidando de Jane Keys, uma mulher de 33 anos, que fez, há dois dias, uma cirurgia de remoção do cólon e do reto. Foi realizada uma colostomia no lado direito.

**Contexto:** a paciente tem um longo histórico de colite ulcerativa.

**Avaliação:** a paciente foi avaliada há 3 horas e todos os sinais vitais estavam dentro dos parâmetros normais. A dor foi classificada como 3 e foram administrados 500 mg de paracetamol. A paciente parece estar se recuperando bem.

**Recomendação:** dedique alguns minutos para ler o prontuário (entregue o prontuário aos alunos) e vá até a paciente e verifique se a bolsa de estoma precisa ser esvaziada.

# Personalização do cenário

O cenário pode servir de base para a criação de novos cenários com objetivos de aprendizagem adicionais ou diferentes. Fazer alterações em um cenário existente requer uma análise cuidadosa das intervenções que você espera que os alunos demonstrem e de quais mudanças você precisará fazer nos objetivos de aprendizagem, na progressão do cenário, na programação e no material de apoio. No entanto, é uma maneira rápida de aumentar a gama de cenários, pois você pode reutilizar grande parte das informações da paciente e vários elementos da programação de cenário e do material de suporte.

Como inspiração, aqui estão algumas sugestões sobre como esse cenário pode ser personalizado:

|  |  |
| --- | --- |
| **Novos objetivos de aprendizagem** | **Alterações no cenário** |
| Inclua objetivos de aprendizagem sobre o uso de habilidades de comunicação e conhecimento clínico. | Faça com que a paciente esteja pronta para a alta e crie as ordens médicas para o treinamento da alta.A paciente deve fazer perguntas sobre as informações fornecidas pelos alunos. |
| Inclua objetivos de aprendizagem sobre o reconhecimento de infecções, o controle da dor e a adoção de medidas de segurança apropriadas. | Faça com que a paciente sinta dor e prepare o local da colostomia para que pareça infeccionado.A paciente deve estar reclamando de dor e se sentindo febril. Se os alunos não reagirem adequadamente à situação, a paciente pode perguntar sobre o tratamento ou pedir para ver um médico. |
| Inclua objetivos de aprendizagem sobre o reconhecimento de sangue nas fezes, usando habilidades de raciocínio clínico e tomando as medidas de segurança apropriadas. | Faça com que as fezes da bolsa de colostomia estejam coloridas de vermelho, para indicar sangramento no cólon.A paciente ficará preocupada e, se os alunos não reagirem adequadamente à situação, ela poderá fazer perguntas sobre as causas ou pedir para ver o médico. |

# Prontuário da paciente

|  |
| --- |
| **Nome da paciente:** Jane Keys **Gênero:** Feminino **Alergias:** Nenhuma alergia conhecida **Data de nascimento:** 17/5-XXXX  |
| **Idade:** 33 anos **Altura:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Número do prontuário:** 57343330  |
| **Diagnóstico:** colite ulcerativa **Data de admissão:** há 3 dias |
| **Instalação:** unidade cirúrgica **Diretiva antecipada:** não  **Precauções de isolamento:** nenhuma |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Histórico médico anterior**Histórico de 11 anos de colite ulcerativa com aumento de gravidade. Dois dias após a cirurgia de remoção do cólon e do reto. Foi realizada uma colostomia no lado direito. |

 |
|  |
| **Notas** |
| **Data/hora** |  |
| Hoje às 7 horas | A paciente classifica a dor como 3 em uma escala de 1 a10, foram administrados 500 mg de paracetamol. Sinais vitais verificados. Bolsa de colostomia esvaziada. /Registrado no prontuário |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Prescrição Médica** |
| Atividade: fora do leito, conforme tolerado |
| Dieta: líquidos, avançar para dieta normal, conforme tolerado |
| Sinais vitais a cada 4 horas |
| Registre a ingestão e a eliminação |
| 500 mg de paracetamol por via oral, quando necessário, para dor, a cada 6 horas |
| Preste cuidados de colostomia de acordo com o protocolo local |
|  |
|  |
| **Registro de administração médica** |
| **Data/hora** |  |
| Hoje às 7 horas | 500 mg de paracetamol, por via oral |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Sinais vitais** |
| **Data/hora** |  |
| Hoje às 7 horas | **PA:** 121/76 mmHg **FC:** 81/min **FR:** 13/min **SpO2:** 98% **Temp.:** 37,0oC |
|  | **PA:**  **FC:** **FR:** **SpO2:** **Temp.:** |

# Ingestão e eliminação

|  |
| --- |
| **Nome da paciente:** Jane Keys **Gênero:** Feminino **Alergias:** Nenhuma alergia conhecida **Data de nascimento:** 17/5-XXXX  |
| **Idade:** 33 anos **Altura:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Número do prontuário:** 57343330  |
| **Diagnóstico:** colite ulcerativa **Data de admissão:** há 3 dias |
| **Instalação:** unidade cirúrgica **Diretriz antecipada:** não  **Precauções de isolamento:** nenhuma |
|  |
| **Notas:** |
|  | **Ingestão** | **Eliminação** |
| **Hora/data** | **Oral**  | **NG** | **EV** | **EV por piggyback** | **Outro** | **Urina** | **Vômitos** | **NG** | **Drenos****tipo** | **Outro** |
| **23-07** | 250 mL150 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Total no turno** | 400 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Hora/data** | **Oral**  | **NG** | **EV** | **EV por piggyback** | **Outro** | **Urina** | **Vômitos** | **NG** | **Drenos****tipo** | **Outro** |
| **07-15** | 320 mL150 mL |  |  |  |  | 230 mL |  |  |  | 150 mL |
| **Total no turno** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hora/data** | **Oral**  | **NG** | **EV** | **EV por piggyback** | **Outro** | **Urina** | **Vômitos** | **NG** | **Drenos****tipo** | **Outro** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total no turno** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Esta é uma planilha a ser usada no leito, para acompanhar cada ingestão e eliminação. Os totais serão então registrados no Balanço de fluido por 24 horas. |
| **Medições de fluido:** 1 cc = 1 mL • 1 onça = 30 mL • 8 onças = 240 mL • 1 xícara = 8 onças = 240 mL• 4 xícaras = 32 onças = 1 quarto de galão ou 1 litro = 1.000 mL |