Atención de colostomía

**Grupo objetivo:** Estudiantes de enfermería **Número recomendado de participantes:** 1-2 alumnos

**Tiempo para la simulación:** 10 minutos **Tiempo para el debriefing: 20 minutos**

# Información curricular

## Objetivos de aprendizaje

**Tras finalizar la simulación y la sesión de debriefing, los alumnos podrán:**

* Evaluar y valorar el sitio de una colostomía
* Explicar al paciente los procedimientos utilizando un marco de comunicación adecuado
* Proporcionar atención de colostomía, incluido el vaciado de la bolsa (y volver a colocarla si es preciso)

## Resumen del escenario

En este escenario, una mujer de 33 años se encuentra en la unidad de cirugía, dos días después de una operación de extirpación del colon y el recto a causa de un largo historial de colitis ulcerosa. Se ha creado una colostomía. Se espera que los alumnos evalúen y valoren el sitio de la colostomía, expliquen a la paciente los procedimientos utilizando un marco de comunicación adecuado y proporcionen atención de colostomía, incluido el vaciado de la bolsa (y volver a colocarla si es preciso).

## Debriefing

Una vez finalizada la simulación, se recomienda llevar a cabo una sesión de debriefing dirigida por el instructor para comentar los temas relacionados con los objetivos de aprendizaje. El registro de eventos de Session Viewer sugiere varias preguntas para el debriefing. Los puntos centrales del debate pueden ser:

* Evaluación y valoración del sitio de una colostomía
* Gestión de la atención de colostomía
* Comunicación con el paciente

## Referencias sugeridas

Colostomy UK. *Managing your colostomy*, 2018. Recuperado 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. Recuperado de <https://matrix.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/272854/003520.pdf>

# Configuración y preparación

## Equipo

* Manguito del esfigmomanómetro
* Sitio de colostomía para el simulador
* Equipo de colostomía (según el protocolo local)
* Bata de paciente
* Pulsera de identificación de paciente con nombre y fecha de nacimiento
* Monitor de paciente
* Heces líquidas marrones simuladas, para llenar aproximadamente un tercio de la bolsa de colostomía (150-200 ml)
* Sonda de SpO2
* Estación de higiene para las manos
* Estetoscopio
* Equipo de precauciones universales

## Preparación antes de la simulación

* Aplique el sitio de la colostomía al simulador.
* Rellene aproximadamente un tercio de la bolsa de colostomía con las heces simuladas.
* Acople la bolsa de colostomía al simulador.
* Vista el simulador con la bata de paciente y colóquelo en una cama de hospital en la posición de Fowler.
* Coloque la pulsera de identificación de la paciente con el nombre y la fecha de nacimiento.
* Imprima la historia clínica de la paciente a partir de la página 4 y entréguela a los alumnos después de leerles el resumen para el alumno. Si utiliza una historia clínica electrónica, puede transferir la información a este sistema.

## Resumen para el alumno

*Antes de que comience la simulación, se debe leer en voz alta el resumen para el alumno.*

**Situación:** Trabaja como enfermero en una unidad de cirugía y actualmente son las 10:00. Está al cuidado de Jane Keys, una mujer de 33 años a la que se operó hace dos días para extirparle el colon y el recto. Se ha creado un sitio de colostomía en su costado derecho.

**Antecedentes:** La paciente tenía un largo historial de colitis ulcerosa.

**Evaluación:** Se evaluó a la paciente hace 3 horas y todas las constantes vitales tenían valores normales. El dolor se calificó como 3 y se administraron 500 mg de paracetamol. La paciente parece estar recuperándose correctamente.

**Recomendación:** Dedique unos minutos a revisar su historia clínica (entregarla a los alumnos) y luego vaya a visitar a la paciente y compruebe si es necesario vaciar la bolsa de su estoma.

# Personalización del escenario

Este escenario puede servir como base para crear nuevos escenarios con objetivos de aprendizaje diferentes o adicionales. Antes de aplicar cambios a un escenario existente, es preciso valorar cuidadosamente las intervenciones que espera que lleven a cabo los alumnos y los cambios que deberá hacer en los objetivos de aprendizaje, la progresión del escenario, la programación y el material auxiliar. No obstante, es una manera rápida de aumentar la gama de escenarios disponibles, ya que puede reutilizar gran parte de la información sobre el paciente y diversos elementos de la programación y el material auxiliar del escenario.

A modo de sugerencias, a continuación se indican varias ideas para personalizar este escenario:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nuevos objetivos de aprendizaje** | **Cambios al escenario** |
| Incluir objetivos de aprendizaje relativos al uso de destrezas de comunicación y conocimientos clínicos. | Preparar a la paciente para el alta y crear órdenes para el cuidador con la formación sobre el alta.La paciente debe plantear preguntas sobre la información que le indiquen los alumnos. |
| Incluir objetivos de aprendizaje sobre la detección de infecciones, la gestión del dolor y las medidas de seguridad adecuadas que deben tomarse. | Hacer que la paciente sienta dolor y moldear el sitio de la colostomía para que parezca infectado.La paciente debe quejarse del dolor y notarse fiebre. Si los alumnos no responden correctamente a la situación, la paciente puede solicitar que se la trate o pedir que la vea un profesional sanitario. |
| Incluir objetivos de aprendizaje relativos a la detección de sangre en las heces, utilizando destrezas de razonamiento clínico y tomando las medidas de seguridad adecuadas. | Colorear de rojo las heces de la bolsa de colostomía, para indicar una hemorragia procedente del colon.A la paciente le preocuparán los hallazgos y, si los alumnos no responden adecuadamente a la situación, la paciente podría plantear preguntas sobre las causas o pedir que la vea un profesional sanitario. |

# Historia clínica de la paciente

|  |
| --- |
| **Nombre de la paciente:** Jane Keys **Sexo:** femenino **Alergias:** ninguna conocida **Fecha de nacimiento:** 17/5-XXXX  |
| **Edad:** 33 años **Estatura:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Número de registro médico:** 57343330  |
| **Diagnóstico:** colitis ulcerosa **Fecha de ingreso:** hace 3 días |
| **Centro:** unidad de cirugía **Voluntades anticipadas:** no  **Precauciones de aislamiento:** ninguna |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Antecedentes médicos**Historial de 11 años de colitis ulcerosa con una gravedad cada vez mayor. Dos días después de una operación para extirparle el colon y el recto. Se ha creado un sitio de colostomía en su costado derecho. |

 |
|  |
| **Notas** |
| **Fecha y hora** |  |
| Hoy 07:00 | La paciente califica el dolor que siente como 3 en una escala del 1 al 10; se le administran 500 mg de paracetamol. Constantes vitales obtenidas. Bolsa de colostomía vaciada. /RN |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Órdenes del profesional sanitario** |
| Actividad: fuera de la cama según se tolere |
| Dieta: líquidos transparentes, avanzar a dieta normal según se tolere |
| Constantes vitales cada 4 horas |
| Registrar balance hídrico |
| 500 mg de paracetamol por vía oral, a demanda según el dolor, cada 6 horas |
| Ofrecer atención de colostomía según el protocolo local |
|  |
|  |
| **Registro de administración médica** |
| **Fecha y hora** |  |
| Hoy, 07:00 | 500 mg de paracetamol, por vía oral |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Constantes vitales** |
| **Fecha y hora** |  |
| Hoy, 07:00 | **PA:** 121/76 mmHg **FC:** 81/min **FR:** 13/min **SpO2:** 98% **Temp:** 37,0 oC  |
|  | **PA:**  **FC:** **FR:** **SpO2:** **Temp:** |

# Balance hídrico

|  |
| --- |
| **Nombre de la paciente:** Jane Keys **Sexo:** femenino **Alergias:** ninguna conocida **Fecha de nacimiento:** 17/5-XXXX  |
| **Edad:** 33 años **Estatura:** 173 cm **Peso:** 66 kg **Número de registro médico:** 57343330  |
| **Diagnóstico:** colitis ulcerosa **Fecha de ingreso:** hace 3 días |
| **Centro:** unidad de cirugía **Voluntades anticipadas:** No  **Precauciones de aislamiento:** ninguna |
|  |
| **Notas:** |
|  | **Entrada** | **Salida** |
| **Fecha y hora** | **Oral**  | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Otros** | **Orina** | **Vómitos** | **NG** | **Tipo de****drenajes** | **Otros** |
| **23-07** | 250 ml150 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Cambio total** | 400 ml |  |  |  |  | 200 ml |  |  |  |  |
| **Fecha y hora** | **Oral**  | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Otros** | **Orina** | **Vómitos** | **NG** | **Tipo de****drenajes** | **Otros** |
| **07-15** | 320 ml150 ml |  |  |  |  | 230 ml |  |  |  | 150 ml |
| **Cambio total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fecha y hora** | **Oral**  | **NG** | **IV** | **IVPB** | **Otros** | **Orina** | **Vómitos** | **NG** | **Tipo de****drenajes** | **Otros** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cambio total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Esta es una hoja que debe utilizarse junto a la paciente para realizar un seguimiento de cada entrada y salida. Los totales se registrarán en la hoja de balance hídrico de 24 horas |
| **Medidas de líquidos:** 1 cc = 1 ml • 1 onza = 30 ml • 8 onzas = 240 ml • 1 taza = 8 onzas = 240 ml• 4 tazas = 32 onzas = 1 cuarto de galón o 1 litro = 1000 ml |