Soin de la colostomie

**Public cible :** élèves infirmiers **Nombre de participants recommandé :** 1 à 2 apprenants

**Durée de la simulation :** 10 minutes **Durée du débriefing : 20 minutes**

# Informations sur le programme de formation

## Objectifs d’apprentissage

**Après avoir terminé les sessions de simulation et de débriefing, les participants pourront :**

* observer et évaluer un site de colostomie,
* expliquer les procédures au patient en s’appuyant sur une trame de communication appropriée,
* effectuer les soins de la colostomie, dont la vidange de la poche (et sa réapplication si nécessaire).

## Grandes lignes du scénario

Dans ce scénario, une patiente de 33 ans est dans le service de chirurgie, deux jours après une résection du côlon et du rectum suite à une colite ulcérative de longue durée. Une colostomie a été réalisée. Les apprenants doivent observer et évaluer le site de colostomie, expliquer les procédures à la patiente en s’appuyant sur une trame de communication appropriée, effectuer les soins de la colostomie, notamment la vidange de la poche (et sa réapplication si nécessaire).

## Débriefing

Une fois la simulation terminée, nous recommandons à l’animateur de procéder à un débriefing pour aborder des sujets en lien avec les objectifs d’apprentissage. Le journal des événements dans Session Viewer donne des exemples de questions pour le débriefing. Voici quelques points essentiels à évoquer pendant la discussion :

* Observation et évaluation d’un site de colostomie
* Soin de la colostomie
* Communication avec le patient

## Références suggérées

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

# Configuration et préparation

## Matériel

* Brassard à tension artérielle
* Site de colostomie pour le simulateur
* Équipement de colostomie (selon le protocole local)
* Chemise d'hôpital du patient
* Bracelet d’identification du patient indiquant son nom et sa date de naissance
* Moniteur patient
* Selles liquides artificielles de couleur marron, pour remplir environ 1/3 de la poche de stomie (150 à 200 mL)
* Sonde de SpO2
* Poste d’hygiène des mains
* Stéthoscope
* Équipement de précautions universelles

## Préparation avant la simulation

* Appliquez le site de colostomie sur le simulateur.
* Remplissez environ 1/3 de la poche de stomie avec les selles artificielles.
* Fixez la poche de stomie sur le simulateur.
* Habillez le simulateur avec une chemise d'hôpital et placez-le dans un lit d’hôpital en position de Fowler.
* Attachez le bracelet d’identification comportant le nom et la date de naissance au poignet de la patiente.
* Imprimez le dossier de la patiente à partir de la page 4 et distribuez-le aux apprenants après leur avoir lu la fiche de l’apprenant. Si vous utilisez un dossier de patient électronique, vous pouvez transférer les informations vers ce système.

## Fiche de l’apprenant

*La fiche de l’apprenant doit être lue à haute voix aux apprenants avant le début de la simulation.*

**Situation :** vous êtes infirmier/infirmière dans un service de chirurgie et il est actuellement 10 heures. Votre patiente s’appelle Jane Keys, elle a 33 ans, et a fait l’objet d’une résection du côlon et du rectum il y a deux jours. Un site de colostomie a été réalisé du côté droit.

**Contexte médical :** la patiente présentait une colite ulcérative depuis longtemps.

**Évaluation :** la patiente a été évaluée il y a 3 heures et tous les signes vitaux étaient normaux. Le niveau de douleur était de 3 et elle a reçu 500 mg de paracétamol. La convalescence de la patiente se passe bien.

**Recommandation :** prenez quelques minutes pour consulter son dossier (distribuez-le aux apprenants), puis allez voir la patiente et vérifiez si sa poche de stomie doit être vidée.

# Personnalisation du scénario

Ce scénario peut servir de base pour de nouveaux scénarios, avec des objectifs d’apprentissage différents ou supplémentaires. La modification d’un scénario existant nécessite d’évaluer soigneusement les interventions attendues de la part des apprenants, ainsi que les éléments à modifier en fonction des objectifs d’apprentissage, de la progression du scénario, de la programmation et des documents de référence. Toutefois, cela permet de développer votre ensemble de scénarios, car vous pouvez réutiliser une grande partie des informations des patients, ainsi que plusieurs éléments de la programmation du scénario et des documents de référence.

Pour vous aider, voici quelques idées de personnalisation de ce scénario :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouveaux objectifs d’apprentissage** | **Modifications du scénario** |
| Ajoutez des objectifs d’apprentissage en lien avec les compétences de communication et les connaissances cliniques. | Préparez la patiente en vue de sa sortie et élaborez des instructions à lui fournir lors de sa sortie.La patiente doit poser des questions sur les informations fournies par les apprenants. |
| Intégrez des objectifs d’apprentissage concernant la reconnaissance des infections, la prise en charge de la douleur et le respect de mesures de sécurité appropriées. | Ajoutez au scénario la douleur de la patiente et modelez le site de colostomie pour qu’il ait l’air infecté.La patiente doit se plaindre de douleurs et se sentir fiévreuse. Si les apprenants ne répondent pas de façon appropriée à la situation, la patiente peut demander à recevoir un traitement ou à voir un médecin. |
| Intégrez des objectifs d’apprentissage en lien avec la reconnaissance de sang dans les selles en utilisant des compétences de raisonnement clinique et en prenant des mesures de sécurité appropriées. | Colorez les selles de la poche de stomie en rouge pour indiquer un saignement du côlon.La patiente est inquiète des résultats et, si les apprenants ne réagissent pas de façon appropriée à la situation, elle peut poser des questions sur les causes du problème ou demander à voir un médecin. |

# Dossier de la patiente

|  |
| --- |
| **Nom de la patiente :** Jane Keys **Sexe :** féminin **Allergies :** aucune connue **Date de naissance :** 17/5-XXXX  |
| **Âge :** 33 ans **Taille :** 173 cm **Poids :** 66 kg **Numéro de dossier :** 57343330  |
| **Diagnostic :** colite ulcérative **Date d’admission :** il y a 3 jours |
| **Lieu :** service de chirurgie **Directives anticipées :** non  **Isolation préventive :** non |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Antécédents médicaux**Colite ulcérative depuis 11 ans, de plus en plus grave. Deux jours après une résection du côlon et du rectum. Un site de colostomie a été réalisé du côté droit. |

 |
|  |
| **Remarques** |
| **Date/Heure** |  |
| Aujourd’hui, 7 h | La patiente évalue sa douleur à 3/10 et reçoit 500 mg de paracétamol. Les signes vitaux sont mesurés. La poche de stomie est vidée par une infirmière diplômée d’État. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Prescription du médecin** |
| Activité : sortie du lit selon la tolérance |
| Régime : liquides clairs, progresser vers un régime normal selon la tolérance |
| Mesurer les signes vitaux toutes les 4 heures |
| Consigner les liquides administrés et les liquides éliminés |
| Paracétamol (500 g) en fonction des besoins pour la douleur, toutes les 6 heures |
| Effectuer les soins de la colostomie selon le protocole local |
|  |
|  |
| **Journal des médicaments administrés** |
| **Date/Heure** |  |
| Aujourd’hui, 7 h | Paracétamol (500 mg), voie orale |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Signes vitaux** |
| **Date/Heure** |  |
| Aujourd’hui, 7 h | **PA :** 121/76 mmHg **FC :** 81/min **FR :** 13/min **SpO2 :** 98 % **Temp. :** 37,0 °C |
|  | **PA :**  **FC :** **FR :** **SpO2 :** **Temp. :** |

# Liquides administrés et rejetés

|  |
| --- |
| **Nom de la patiente :** Jane Keys **Sexe :** féminin **Allergies :** aucune connue **Date de naissance :** 17/5-XXXX  |
| **Âge :** 33 ans **Taille :** 173 cm (68 po) **Poids :** 66 kg (146 lb) **Numéro de dossier :** 57343330  |
| **Diagnostic :** colite ulcérative **Date d’admission :** il y a 3 jours |
| **Lieu :** service de chirurgie **Directives anticipées :** non  **Isolation préventive :** non |
|  |
| **Remarques :** |
|  | **Liquides administrés** | **Liquides rejetés** |
| **Heure/Date** | **Oral**  | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **23-07** | 250 mL150 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Total sur la pério-de** | 400 mL |  |  |  |  | 200 mL |  |  |  |  |
| **Heure/Date** | **Oral**  | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **07-15** | 320 mL150 mL |  |  |  |  | 230 mL |  |  |  | 150 mL |
| **Total sur la pério-de** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Heure/Date** | **Oral**  | **Sonde naso-gas-trique** | **I.V.** | **Perfu-sion en Y** | **Autre** | **Urine** | **Vomis-se-ments** | **Sonde naso-gas-trique** | **Type de dé-charge** | **Autre** |
| **15-23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total sur la pério-de** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cette feuille de suivi doit rester dans la chambre de la patiente afin de suivre les liquides administrés et rejetés. Les valeurs totales seront ensuite enregistrées dans la feuille de suivi des fluides sur 24 heures. |
| **Mesure des fluides :** 1 cc = 1 mL • 1 once = 30 mL • 8 onces = 240 mL • 1 tasse = 8 onces = 240 mL• 4 tasses = 32 onces = 1 quart de litre ou 1 litre = 1 000 mL |