



La gestione della tracheotomia

TECNICHE DI ASSISTENZA RESPIRATORIA

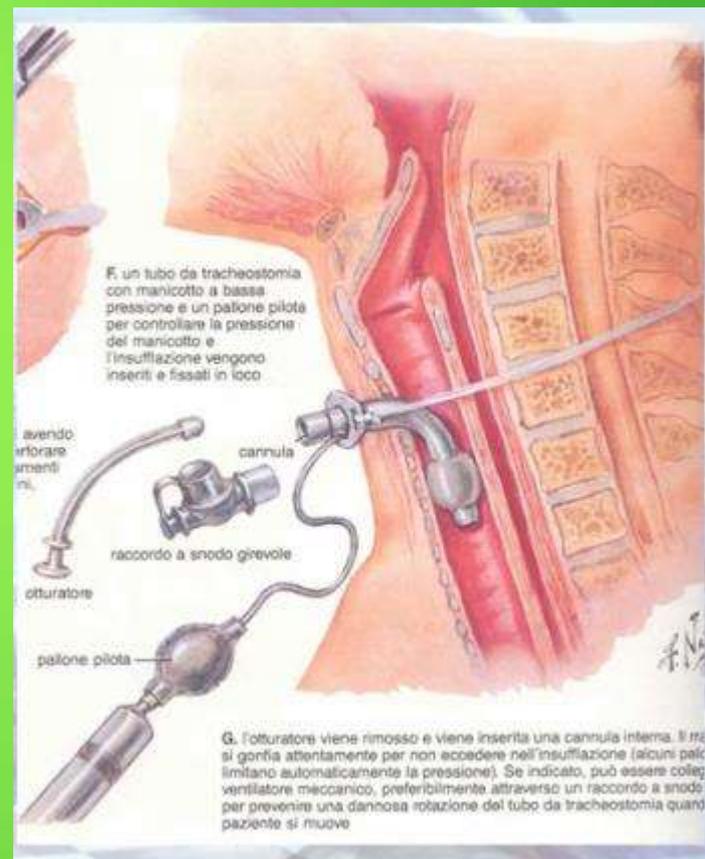
TRACHEOTOMIA TRACHEOSTOMIA CANNULE

Relatore

Bruno Robustelli Test

SC PNEUMOLOGIA

SONDALO







DEFINIZIONE

- TRACHEOTOMIA : apertura temporanea della parete tracheale e della cute, con conseguente comunicazione tra la trachea cervicale e l'ambiente esterno, che consenta un passaggio di aria atto a garantire una efficace respirazione ottenuta chirurgicamente o in alternativa con l'utilizzo di set predisposti e di uso estremamente semplificato.
Il fine è quello di posizionare una cannula, generalmente di materiale plastico, per garantire pervietà immediata delle vie aeree superiori.



DEFINIZIONE

➤ **TRACHEOSTOMIA** posizionamento di una via aerea definitiva (cannula tracheostomica) tramite uno stoma creato a livello dei primi anelli tracheali. Si tratta di un procedimento elettivo eseguito per posizionare in trachea una cannula da lasciare per un certo periodo di tempo o definitivamente.

Ormai le tracheostomie possono essere anche temporanee dall'entrata in uso delle dilatative

GLI OBIETTIVI DELLA TRACHEOSTOMIA



- Realizzare una via di comunicazione diretta tra l'ambiente e le vie aeree inferiori, **superando** eventuali ostacoli presenti nel cavo orale o a livello di faringe o laringe;
- Rendere possibile un collegamento corretto e sicuro al respiratore automatico per la ventilazione artificiale;
- Ridurre lo spazio morto anatomico da 150 a 50 ml per migliorare la ventilazione;
- Consentire un'accurata pervietà delle vie aeree permettendo una valida pulizia tracheo-bronchiale e un miglior rendimento della fisiochinesiterapia;
- Diminuire le resistenze al flusso dei gas respiratori, riducendo i gradienti pressori intratoracici inspiratori ed espiratori;
- Facilitare nei pazienti coscienti la ripresa di una normale alimentazione per bocca prevenendo l'inalazione di materiale alimentare;
- Consentire interventi di otorinolaringoiatria come per esempio una laringectomia;
- Consentire la fonazione nei pazienti che hanno bisogno di sostegno ventilatorio a intervalli.

CONSIDERAZIONI



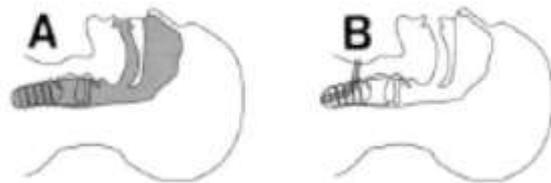
- Con la tracheostomia si ha la perdita delle capacità di umidificazione, riscaldamento dell'aria inspirata e della capacità di trattenere il particolato; secrezioni più dense
- La presenza della cannula favorisce le secrezioni, nel contempo vi è una riduzione dell'attività delle ciglia vibratili
- Riduzione di efficacia della tosse

SECREZIONI

- Deterioramento motilità intrinseca laringea (se abolizione flusso aereo transglottico)
- Ostacolo alla elevazione laringea
- Disfagia da compressione esofagea (cuffia)
- Protezione delle vie aeree non sempre adeguata
- Aspirazione "silente" possibile

DISFAGIA

Anatomia: modificazioni



N.B. UMIDIFICAZIONE E RISCALDAMENTO

INDICAZIONI CLINICHE



IN URGENZA (Trachetomia / Cricotirodectomia)

- presenza di ostacoli in faringe, nel laringe o nel cavo orale a causa di traumi (frattura mandibolare bicondiloidea, tumori, ustioni, epiglottiti, edema glottide, stenosi sottoglottidea)
- anomalie congenite delle vie aeree superiori
- intubazione fallita o ritenuta impossibile
- in previsione della fissazione chirurgica della mascella
- presenza di lesioni cervicali che possono provocare difficoltà o impossibilità respiratoria

INDICAZIONI CLINICHE



PROTEZIONE VIE AEREE

-Ictus Cerebrale, Stati di coma (situazioni in cui i riflessi glottici e della tosse sono assenti o insufficienti)

ASSISTENZA MECCANICA VENTILATORIA

(INSUFFICIENZA RESPIRATORIA)

-BPCO, Stato di male asmatico, Malattie Neuromuscolari o Neuropatie Gravi (S. di Guillain Barrè), Obesità Grave, Traumi/Interventi(Toracici- Cerebrali- Cervicali alti).

(situazioni in cui la malattia di base non consenta una ripresa autonoma della ventilazione)

INDICAZIONI CLINICHE



Quando si prevede una ventilazione Meccanica Invasiva Tramite tubo Oro-Tracheale prolungata (in genere 7-10 giorni)

I vantaggi delle *cannule tracheostomiche* rispetto *ai tubi endotracheali* sono dati dal maggior comfort del paziente e da una più efficace rimozione delle secrezioni, riduzione dello spazio morto e riduzione del lavoro respiratorio; riduzione dei rischi da Polmonite Associate a Ventilatori; miglior igiene del cavo orale; facilitazione della comunicazione e dell'alimentazione; riduzione dell'utilizzo di sedativi; favorisce lo svezzamento dal ventilatore (weaning): permette la dimissione a domicilio di pazienti Ventilatori- Dipendenti



TECNICHE DI TRACHEOSTOMIA

(ANESTESIA GENERALE)



CHIRURGICA

(Classica)

PERCUTANEA

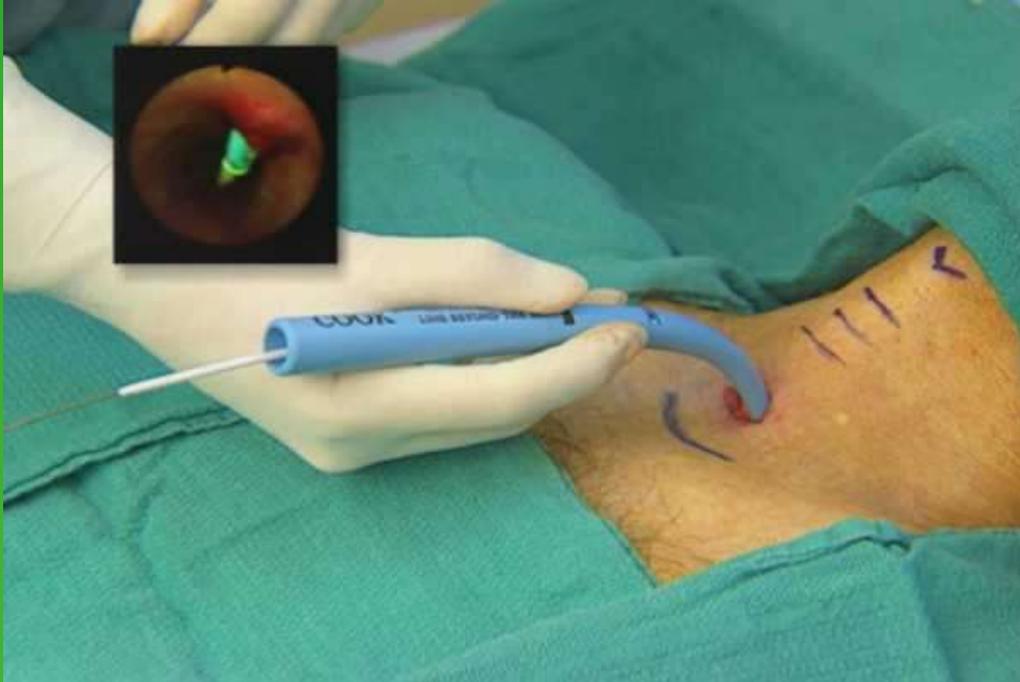
- La tecnica di **Fantoni** o tracheostomia percutanea translaringea;
- La tecnica di **Ciaglia** o tracheostomia percutanea dilatativa;
- La tecnica di **Griggs**;
- La tecnica di **Frova** o *Percu-twist*;
- La minitracheostomia o cricotiroidectomia percutanea (anestesia locale)



PERCUTANEA

La tecnica percutanea ha un minore rischio di complicanze post operatorie rispetto alla tecnica chirurgica aperta (7% rispetto al 10%), è più rapida (15 minuti rispetto ai 20 minuti) ed è meno invasiva. E' meno costosa. Sono più frequenti (10% rispetto al 3%) le complicanze immediate minori come modesto sanguinamento, falsa strada senza sequele, inserimento difficoltoso della cannula, enfisema sottocutaneo. **Lo stoma tende a richiudersi velocemente**





COMPLICANZE TRACHEOSTOMIA



Complicanze intra – operatorie (immediate) :

- Emorragia
- perforazione pars membranacea (posteriore) della trachea, rottura anello cartilagineo
- Malposizionamento della cannula
- Lesioni alle strutture anatomiche contigue (esofago, trachea, nervo ricorrente, cupola pleurica),
- Turbe del ritmo, arresto cardiorespiratorio, decesso

Complicanze post - operatorie precoci (24-48 h) :

- Emorragia,
- Pneumotorace, pneumomediastino,
- Ostruzione della cannula,
- Dislocazione della cannula,
- Enfisema sottocutaneo,
- Disfagia e inalazione. Mediastinite
- Infezione dello stoma

Complicanze post - operatorie tardive (>48h):

- Emorragia (più gravi)
- Stenosi tracheale (anche anni), Tracheomalacia
- Fistola tracheo - esofagea,
- Ostruzione della cannula,
- Dislocazione della cannula,
- Infezioni,
- Granulomi,
- Fistola tracheo – cutanea,
- Cheloidi.



CANNULA TRACHEOSTOMICA

Presidio medico consistente in un tubo ricurvo che viene inserito nella tracheostomia per mantenerla aperta permettendo la gestione delle vie aeree

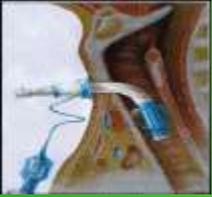


MATERIALI

PVC

Le cannule in polivinilcloruro sono molto utilizzate perché :

- trasparenti,
- non contengono lattice e
- sono anallergiche.
- atossico,
- termosensibile
- radiopaco
- confortevole per il paziente
- riduce il rischio di lesioni tracheali.



LE PARTI DELLA CANNULA

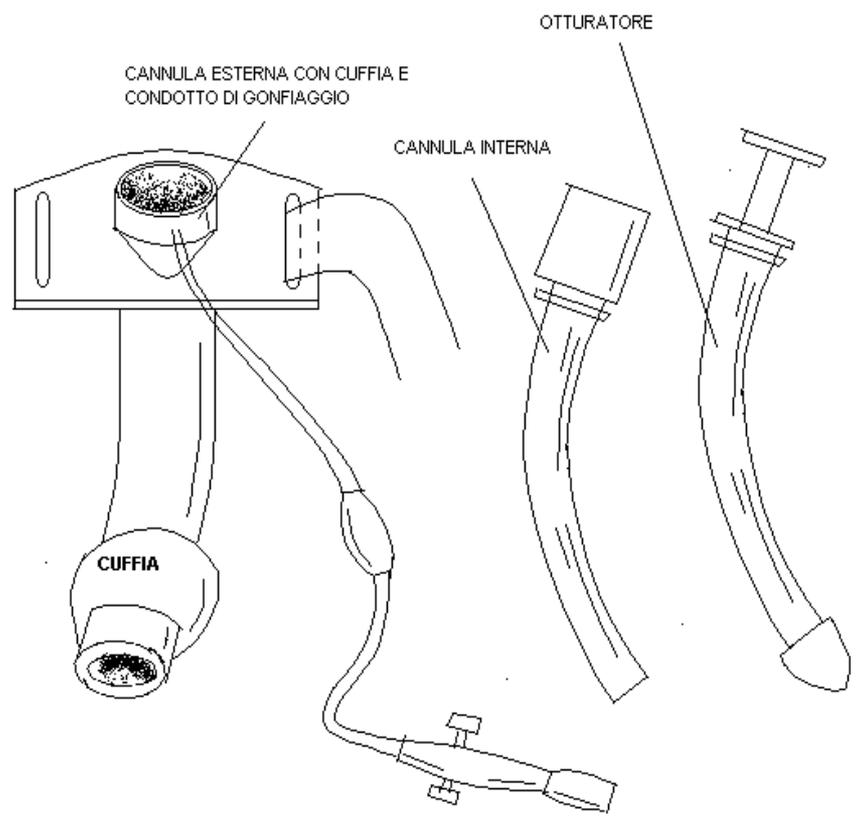
La **Cannula**, mantiene la tracheostomia pervia consentendo una normale respirazione.

La **Flangia** ha la funzione di mantenere la cannula nella posizione corretta evitando spostamenti accidentali durante i movimenti del capo e la deglutizione.

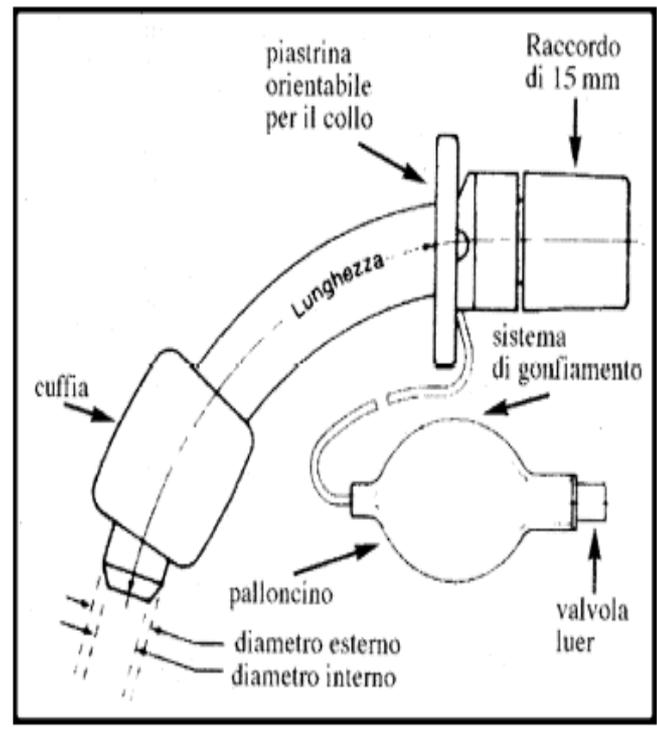
Il **Mandrino (otturatore)**, posto all'interno della cannula, serve per facilitarne l'introduzione rendendo la manovra meno traumatica;

La **Controcannula** è inserita dentro la cannula dopo il posizionamento, serve a mantenere la cannula pulita evitandone la rimozione durante la pulizia.

La **Cuffia**, protegge le vie aeree dall'inalazione e mantiene la chiusura pneumatica durante VM



CANNULA TRACHEOSTOMICA CUFFIATA

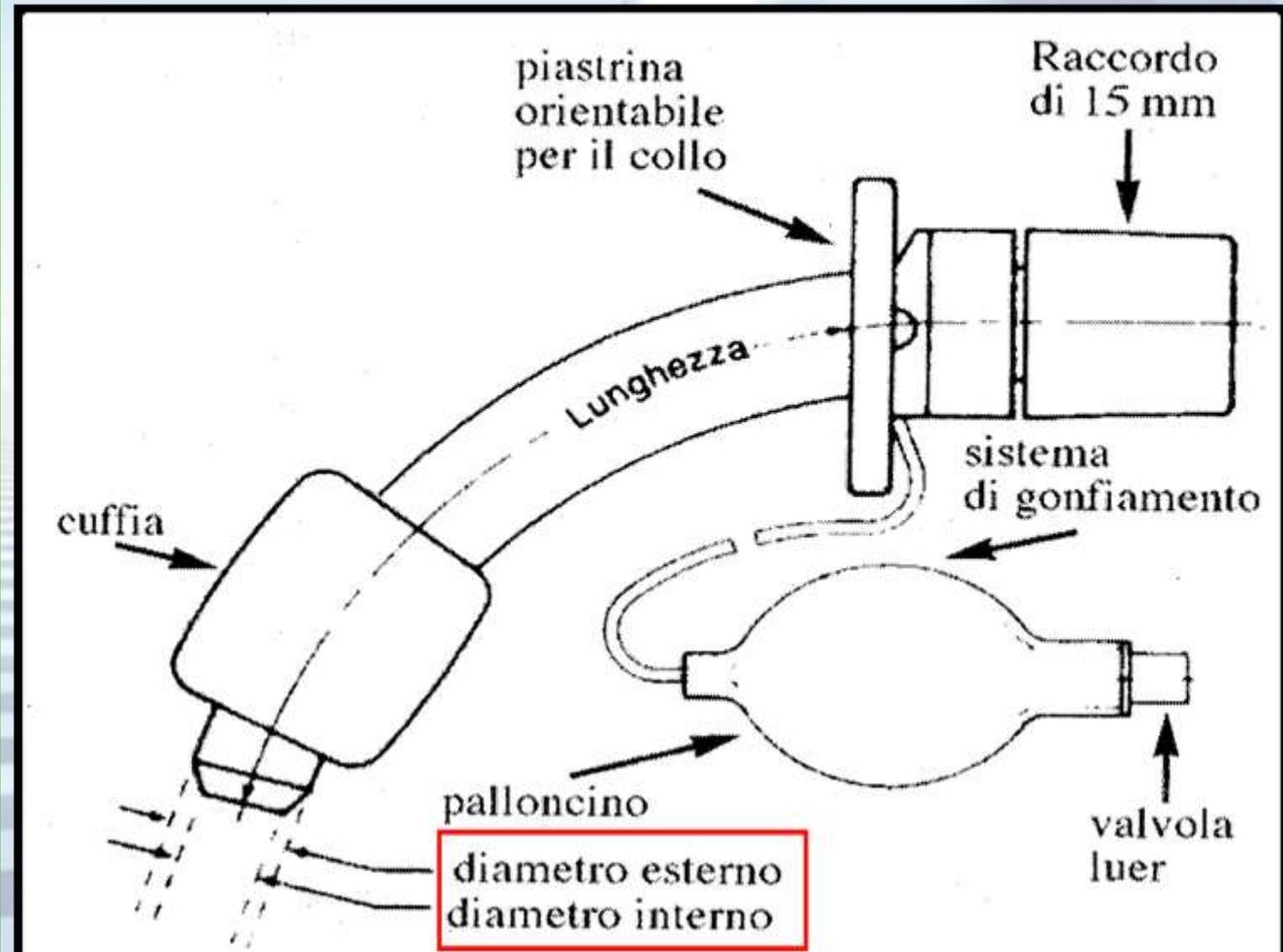




Caratteristiche della Cannula Tracheale

- **Costituita da PVC biocompatibile**
- **Caratteristiche intrinseche:** diametro interno ed esterno
forma
lunghezza
flangia
tratto esterno
- **Caratteristiche estrinseche:** Cannule Cuffiate (CC)
Cannule Non Cuffiate (CNC)
Cannule Fenestrate (CF)

• Diametro esterno ed interno

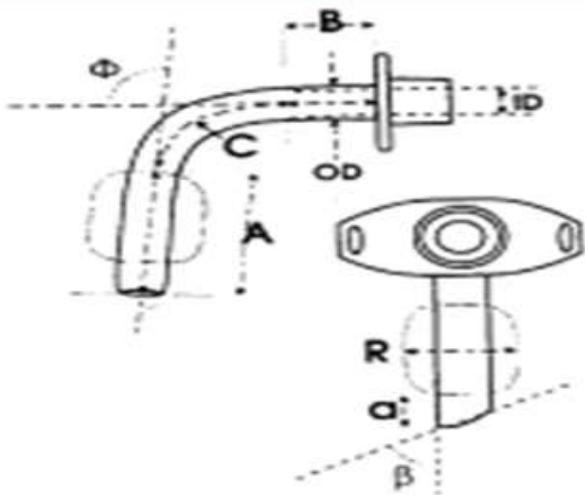


Il numero della cannula si riferisce al diametro interno

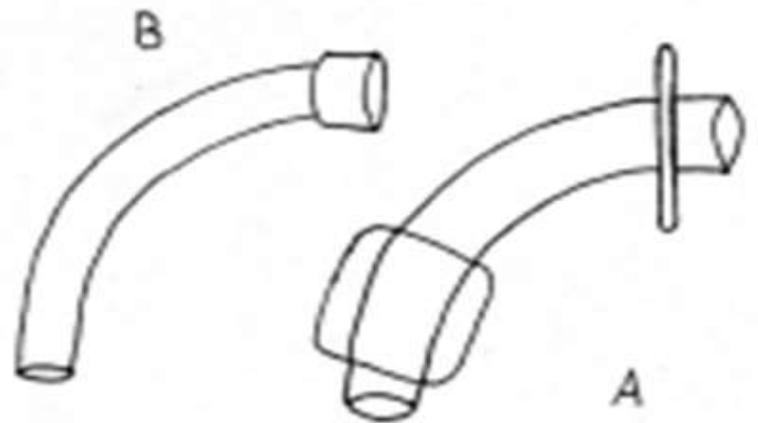


• Forma

Angolate

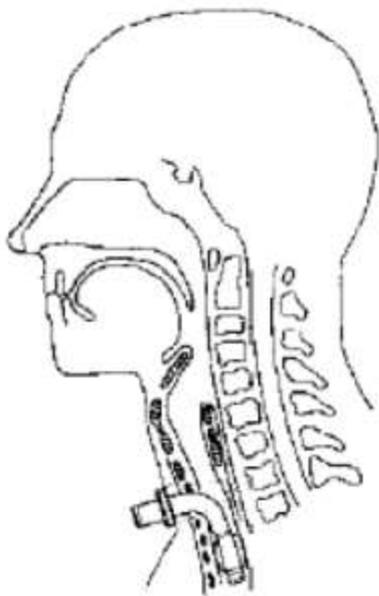


A semicerchio

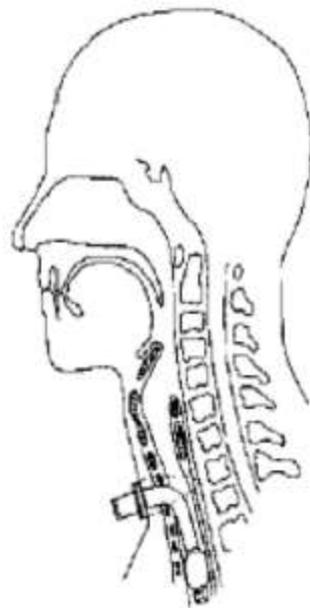




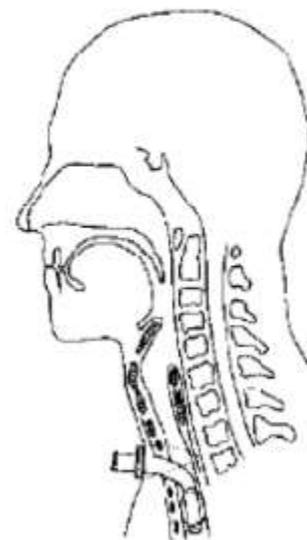
Standard



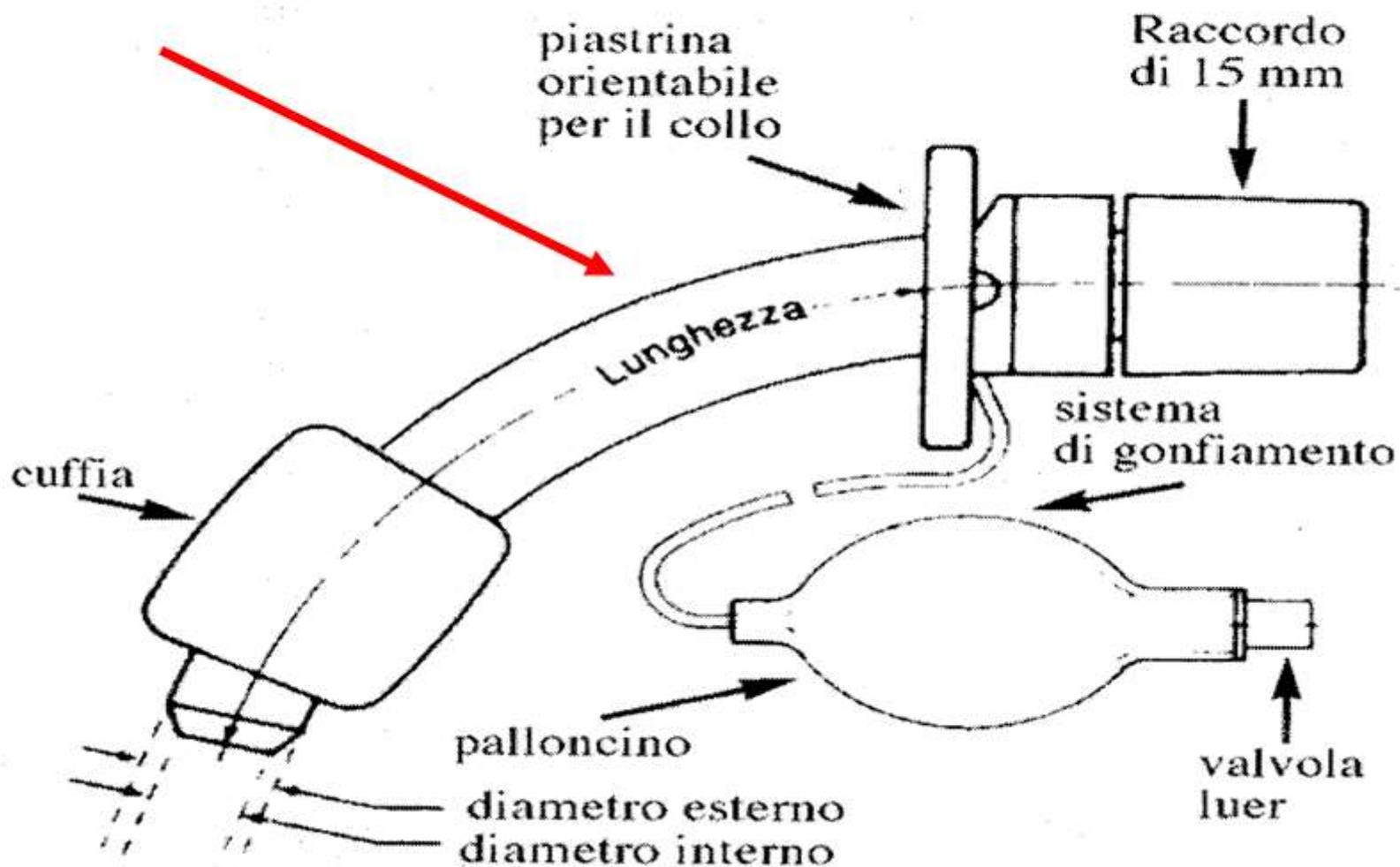
Vertical Extra Length



Horizontal Extra Length



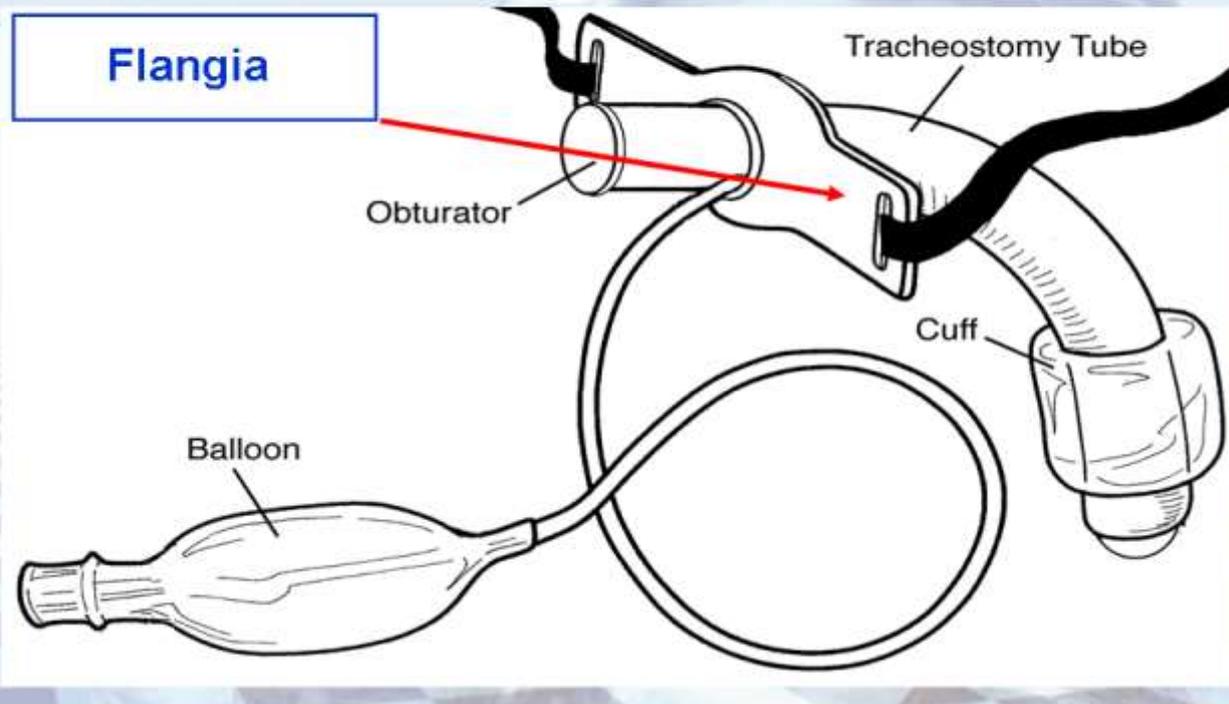
• Lunghezza





LE PARTI DELLA CANNULA

• Flangia





CANNULA CUFFIATA



CANNULA NON CUFFIATA

Pressione circa 20-25
mmHg. Volume 6-8 ml



Cannule Cuffiate

VANTAGGI

- Vie aeree a tenuta (assenza di fughe d'aria) durante VMI
- Prevenzione di fenomeni di inalazione in pazienti disfagici o con alterazione dello stato di coscienza

SVANTAGGI

- Possibile insorgenza di decubiti tracheali
- Gestione più complessa (controllo della cuffia, prevenzione di ostruzione accidentale del lume)
- Maggior traumatismo durante le manovre di sostituzione
- Necessità di più frequenti sostituzioni (per rotture della cuffia, usura del sistema di gonfiaggio)

Cannule non cuffiate

QUANDO SONO UTILIZZATE

- **Postoperatorio interventi cervico-facciali**
- **Fasi di svezzamento dalla cannula**
- **Tracheotomia a lungo termine**



Cannule non cuffiate

VANTAGGI

- **Riduzione dei decubiti tracheali**
- **Maggior facilità di gestione**
- **Minor traumatismo durante la manovra di sostituzione**
- **Normale deglutizione**

SVANTAGGI

- **Più difficilmente utilizzabile durante ventilazione meccanica invasiva**
- **Mancata prevenzione di eventuali episodi di inalazione**



Cannule Fenestrate

- Le cannule fenestrate presentano un *foro ovoidale* a livello della porzione posteriore e superiore
- Le cannule fenestrate sono generalmente dotate di una contro cannula
- Scopo della fenestrazione è di consentire il passaggio di aria attraverso le corde vocali e con esso la fonazione



CANNULA FENESTRATA





CANNULA FENESTRATA





CANNULA FENESTRATA





Cannule Fenestrate

VANTAGGI

- Più pratica per la fonazione
- Migliore gestione della pulizia

SVANTAGGI

- Lume interno ridotto
- Complessità di gestione per la dotazione maggiore di accessori
- Maggior rischio di contaminazione
- Costo più elevato
- Insorgenza di granulomi/lesioni mucose



Cannule Cuffiate





CONTROCANNULE



CANNULE ARMATE



FONAZIONE

nel paziente ventilato e tracheostomizzato

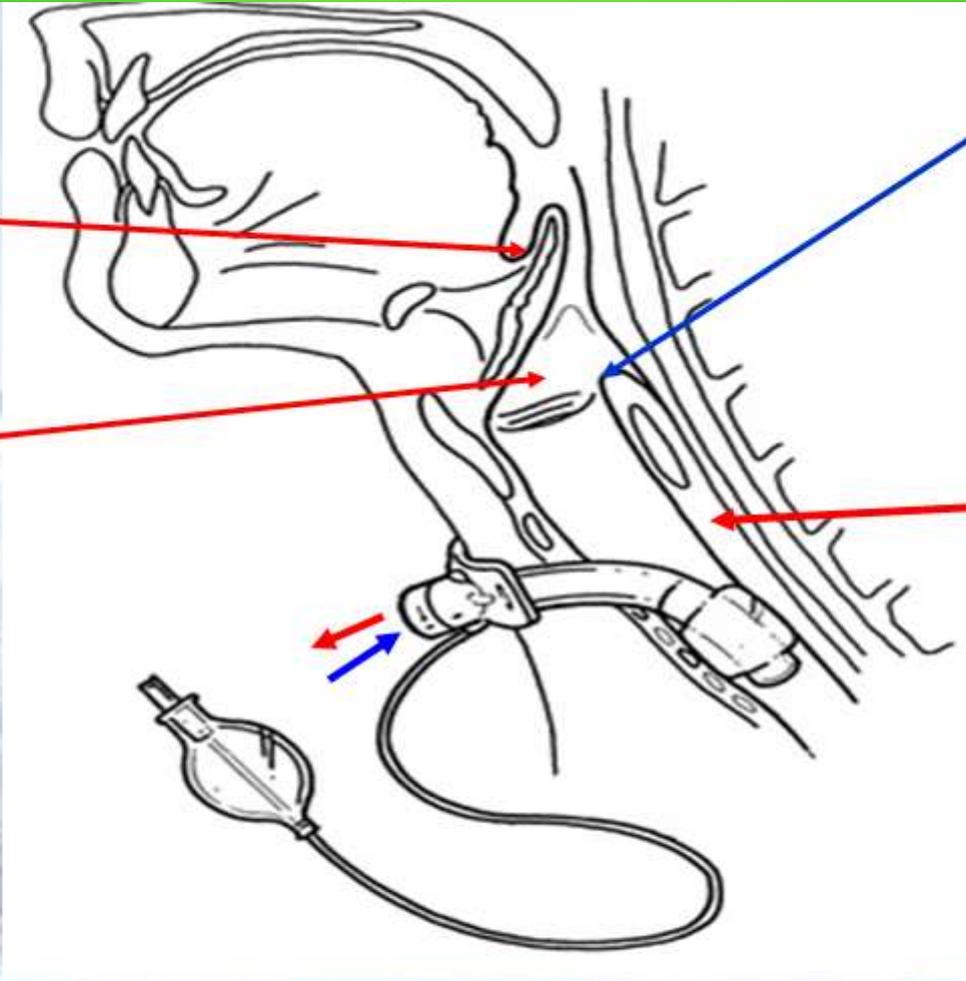
- **Chiusura cannula con tappo**
 - **Speaking valve**
 - **Settaggio ventilatore**
- 
- A collection of clear glass spheres and lenses of various sizes and shapes, some with faceted or textured surfaces, arranged on a checkered surface. The background is a light blue gradient.

EPIGLOTTIDE

LARINGE

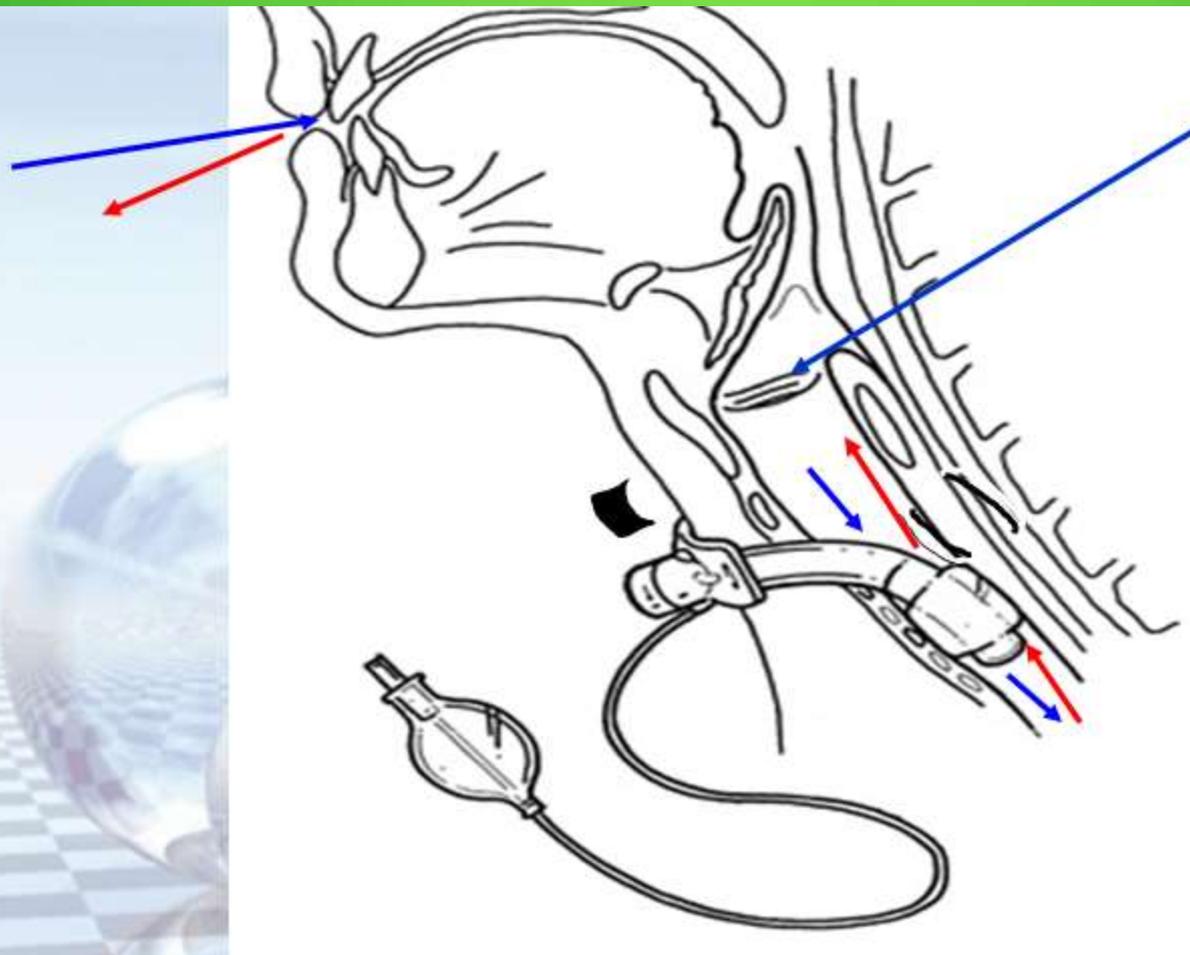
CORDE VOCALI

ESOFAGO



CANNULA CUFFIATA

NO FONAZIONE



CORDE VOCALI

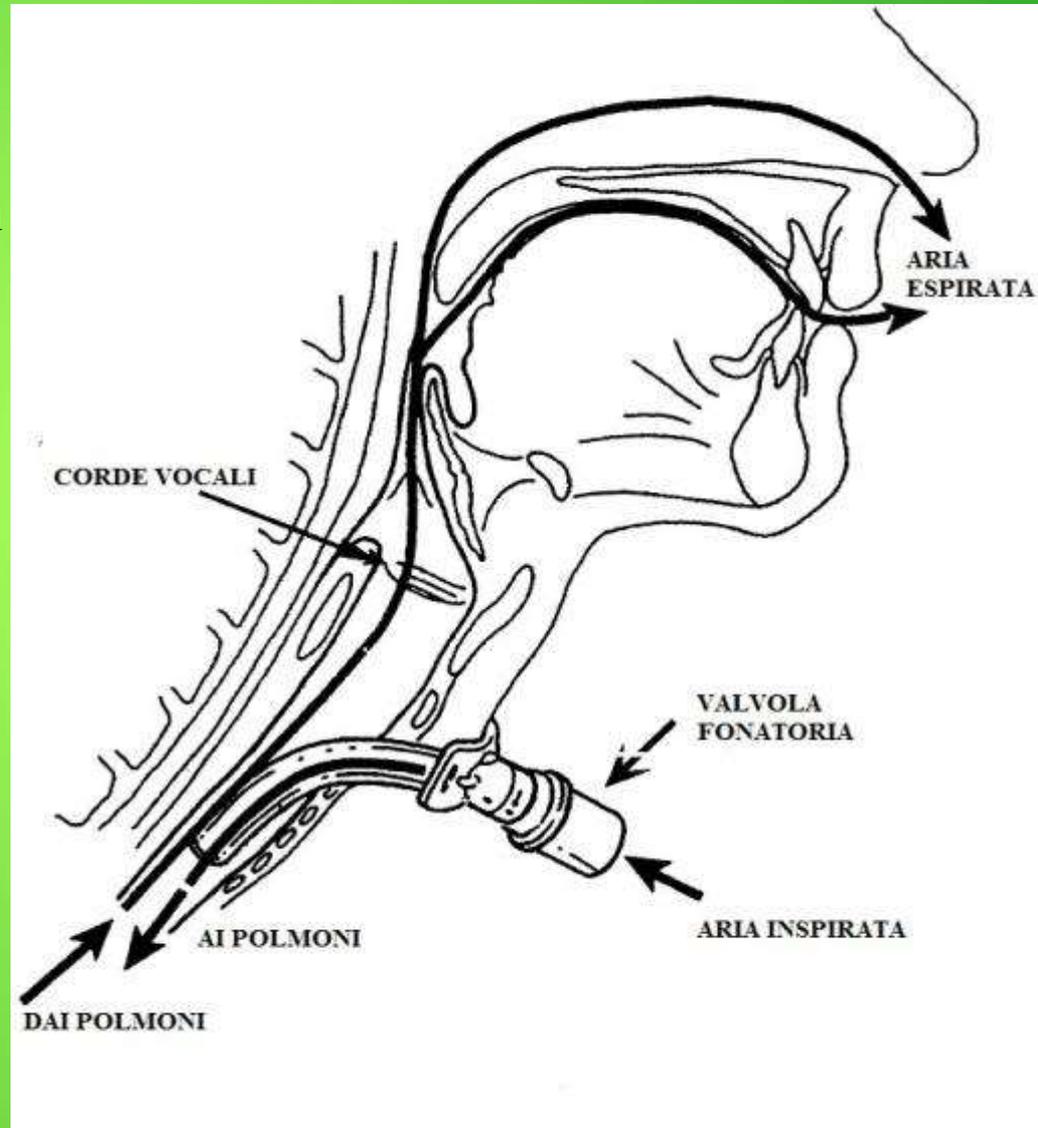
CANNULA SCUFFIATA E TAPPATA SI FONAZIONE

VALVOLA FONATORIA UNIDIREZIONALE

Quando il paziente inspira, la valvola si apre permettendo all'aria di entrare nella cannula e nei polmoni.

Al termine dell'inspirazione la valvola si chiude e resta chiusa per tutta l'espirazione senza perdite.

Durante l'espirazione l'aria viene ridirezionata verso la cannula e verso l'alto attraverso il laringe e la faringe, permettendo la vocalizzazione.



Valvola fonatoria

VANTAGGI

Facilitano il distacco dal respiratore favorendo una pressione positiva finale espiratoria, che migliora l'ossigenazione;

Accelerano la decannulazione perché il paziente si abitua a una respirazione più fisiologica;

Migliorano la vocalizzazione, permettono un tono di voce e volume più alto;

Migliorano il senso del gusto e dell'olfatto favorendo il flusso dell'aria attraverso la cavità orofaringea durante l'espirazione;

Migliorano la sicurezza e l'efficienza della deglutizione;

Facilitano l'eliminazione delle secrezioni;

Facilitano una migliore igiene dello stoma tracheale perché non è più necessario occludere manualmente la cannula della tracheostomia, manovra che può provocare infezioni;

Hanno funzioni anche di filtro, impedendo l'ingresso di particelle nella trachea;

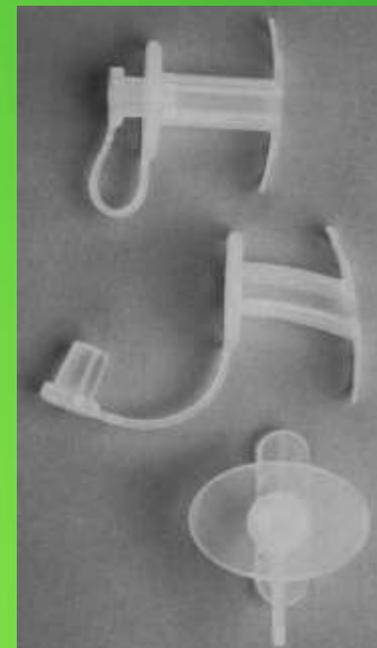
Permettono la somministrazione di ossigeno supplementare (6 l/minuto).

TRACHEA E DEGLUTIZIONE

- Durante la deglutizione la trachea e la laringe si muovono verso l'alto, l'epiglottide copre come un coperchio l'apertura superiore della laringe, le corde vocali si chiudono e la respirazione si ferma. In questo modo si favorisce il passaggio di cibi e liquidi nell'esofago, impedendo il passaggio di alimenti in trachea.

La cannula tracheostomica è sempre un ostacolo alla deglutizione perché impedisce l'escursione craniale e anteriore del cono laringeo (quindi l'elevazione della laringe è compromessa) e l'apertura dello sfintere esofageo superiore.

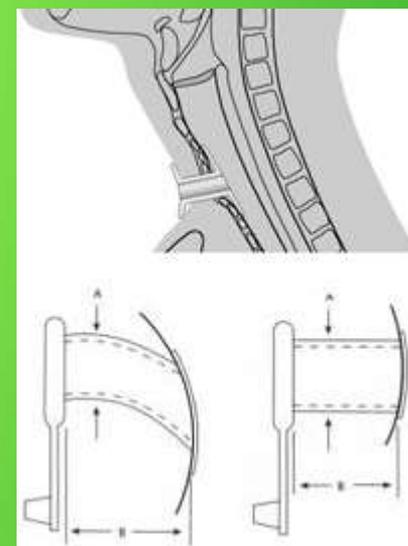
BOTTONE TRACHEALE



Utilizzato per mantenere la pervietà della trachesotomia.
Composti da silicone biocompatibile, liscio, flessibile e non irritante,.

Principale indicazione

1. Paralisi Bilaterale delle corde vocali
Insufficienza Laringea (glottica) o stenosi da trauma, carcinoma, terapia radiante, edema e altre malattie.
2. Trachestomia a breve termine quando non è richiesta ventilazione meccanica
3. Dopo rimozione della cannula trachesotomica per assicurare adeguate vie aeree.



Assistenza al paziente tracheostomizzato

- Mobilizza il malato ma seguilo con cura perchè non vi siano situazioni in grado di danneggiare la tracheostomia (sposizionamento della cannula).
- Se non ci sono controindicazioni mediche posiziona la testiera del letto sollevata a 30/40 gradi per facilitare la ventilazione e promuovere un buon drenaggio in grado di prevenire edemi.
- Assisti il paziente nell'alimentazione perchè per lui è un momento molto difficile.
- Fai una assistenza serena , comunicativa ma soprattutto sincera e rassicurante

Informa sempre il paziente delle manovre che verranno effettuate

Controllo e mantenimento di adeguati valori pressori a livello della cuffia (soprattutto durante la ventilazione e l'alimentazione)

Umidificazione dell'aria inspirata

La via respiratoria artificiale richiede sempre aria umidificata per prevenire l'addensamento delle secrezioni e l'essiccamento delle stesse sul lume della cannula che potrebbe arrivare ad occludersi compromettendo gravemente la funzionalità respiratoria del paziente. Anche una scarsa idratazione influisce negativamente sulla viscosità delle secrezioni.

Verifica di eventuali episodi di inalazione (es. presenza di residui alimentari nelle secrezioni che fanno sospettare una difficoltà alla deglutizione o una rottura della cuffia o una scarsa cuffiatura)

LA BRONCOASPIRAZIONE

Un aspetto importante dell'assistenza ai pazienti portatori di cannula tracheale è rappresentato dalle manovre di broncoaspirazione che hanno lo scopo di:

- **Mantenere pervie le vie aeree**
- **Promuovere e migliorare gli scambi respiratori**
- **Prevenire l'insorgere delle infezioni favorite dal ristagno delle secrezioni**
- **Consentire con la rimozione e il controllo quantitativo e qualitativo delle secrezioni, ottenere un campione di materiale biologico per l'esame batteriologico, colturale, citologico**

Gli studi indicano che l'aspirazione è una procedura potenzialmente dannosa, può provocare: trauma tracheale, ipossiemia indotta, ipertensione, aritmie cardiache, aumento della pressione intracranica.....

E' necessario pertanto effettuare un'attenta valutazione del paziente prima della manovra e una stretta sorveglianza durante e dopo la procedura.

In presenza di cannula fenestrata: **le manovre di broncoaspirazione** devono essere effettuate solo dopo aver posizionato la **controcannula non fenestrata**; assicurarsi che sia posizionata la **controcannula non fenestrata anche prima che il paziente assuma liquidi o alimenti per via orale.**

Segnalazione precoce di eventuali ostacoli o sanguinamenti durante le manovre di introduzione o di uscita della controcannula.

Controllo variazioni del pattern respiratorio durante le manovre di cuffiatura e scuffiatura.

Mantenimento di una corretta igiene orale (i pazienti tracheostomizzati specie se ventilati, sono quelli più a rischio di colonizzazione batterica dell'orofaringe; la composizione della flora batterica subisce una mutazione a causa di un aumento dei microrganismivirulenti compresi gli agenti patogeni della polmonite come lo Stafilococco aureo e lo Pseudomonas aeruginosa)

Mantenimento di una corretta igiene dello stoma **sostituzione periodica del materiale accessorio**

L'aspirazione va eseguita solo se vi è una reale necessità e si esegue dopo aver valutato il bisogno di respirazione del paziente monitorando i segni e/o i sintomi:

Valutazione uditiva: in presenza di abbondanti secrezioni il respiro diventa stertoroso, si ha presenza di tosse

Valutazione visiva: alterazioni della frequenza respiratoria, dispnea, agitazione, tachicardia, alterazioni della meccanica ventilatoria, colorito cianotico, tosse, respiro superficiale

Valutazione tattile: appoggiando il palmo della mano sul torace del malato si percepiscono delle vibrazioni, questo fremito tattile è dovuto al passaggio d'aria attraverso abbondanti secrezioni.

Allarmi del ventilatore: variazioni delle pressioni respiratorie nelle ventilazioni volumetriche e variazioni del Tidal Volume nelle ventilazioni pressometriche

La broncoaspirazione va sempre eseguita con manovre asettiche utilizzando materiali monouso e sistemi di protezione per l'operatore (es.mascherina, occhiali)

Materiale occorrente:

Guanti monouso sterili e non sterili

Fonte di aspirazione con regolazione del vuoto,tubi di connessione (il contenitore per la raccolta delle secrezioni – Receptal-, viene collegato da un lato al vuoto centralizzato attraverso un tubo di connessione e dall'altro al tubo di Yankauer dove viene poi collegato il sondino)

Sondini d'aspirazione sterili a punta smussa e dotati all'estremità di più fori; il diametro del sondino non deve superare la metà del diametro interno della cannula

Acqua per risciacquare il sistema d'aspirazione

Evitare manovre di trazione o spinta durante l'introduzione del sondino valutando la pervietà della cannula

Immergere il catetere nel contenitore dell'acqua e aspirare per risciacquare il circuito d'aspirazione (in ospedale viene utilizzata acqua sterile, a domicilio può essere usata anche acqua del rubinetto; è importante che l'acqua venga sostituita ad ogni aspirazione)

Se fosse necessario ripetere la manovra, cambiare guanti e sondino

Monitorare i parametri vitali del paziente

Evitare di broncoaspirare durante l'alimentazione o subito dopo

Osservare le caratteristiche delle secrezioni aspirate: quantità, colore, densità, presenza di sangue.....

normale: trasparente non odorante

infezione: colore giallo o verde e maleodorante

sangue: qualche traccia di sangue è normale; invece la presenza di maggiori quantità di sangue rosso vivo o di sangue scuro di vecchia data può segnalare dei problemi

Se si riscontrano indizi di infezione o sangue rosso vivo, contattare il medico

Procedura di broncoaspirazione:

Accertarsi della reale necessità della broncoaspirazione

Informare e posizionare il malato lavarsi accuratamente le mani

Se presente la cannula fenestrata accertarsi che sia inserita la (eventualmente sostituire la controcannula)

Indossare i DPI

Indossare i guanti non sterili

Aprire di qualche cm l'involucro del sondino (dal lato del raccordo)

Accendere l'aspiratore

Indossare il guanto sterile sulla mano dominante

Con la mano dominante prendere il sondino (sfilarlo dal suo involucro prendendolo dal lato aperto in precedenza)

Con l'altra mano prendere il tubo di connessione (Yankauer) e raccordarlo al sondino cercando di non toccare la mano dominante

Con la mano servente lubrificare il sondino con lo spray lubrificante

Dopo aver lavato le mani e indossato i guanti si prende l'involucro con il sondino, lo si apre per pochi cm dalla parte del raccordo e si collega all'aspiratore (spento); tenendo ben saldo con una mano il sondino nel suo involucro nella parte alta (verso l'aspiratore) con l'altra mano si strappa la parte iniziale dell'involucro in modo da liberare dalla carta la punta e la parte del sondino che si andrà ad infilare delicatamente nella cannula tracheostomica; si attiva l'aspiratore e facendo scorrere il sondino attraverso l'involucro rimasto si potrà eseguire la manovra di aspirazione senza contaminare il sondino

Nei pazienti più a rischio di ipossia, è indicato iperossigenare il paziente in modo da ridurre l'eventuale ipossia indotta

Nei pazienti in VM “controllata”, l'aspirazione può essere eseguita anche attraverso l'apposita apertura presente sul catetere Mouth senza interruzione della ventilazione



UMIDIFICATORI

Possono essere di vario tipo:

Umidificatori passivi : scambiatori di calore/umidità (HME)

Vengono posizionati subito prima del catetere mouth

Da un punto di vista infettivo devono essere sostituiti quando visibilmente sporchi o contaminati

Da un punto di vista costruttivo devono essere sostituiti ogni 24ore per evitare un calo progressivo delle sue capacità



Umidificatori attivi

Riscaldano e umidificano i gas Sistema con piastra riscaldante

Aumentano la temperatura dell'acqua generando vapore

I gas inspirati si saturano di vapore acqueo alla temperatura impostata per sfioramento della superficie dell'acqua

Alcuni modelli sono dotati di display per la visualizzazione della temperatura e di allarmi per garantire una maggior sicurezza

UMIDIFICATORE ATTIVO CON PIASTRA RISCALDANTE E CAMERA

UMIDIFICANTE

E' dotato di un blocco riscaldante a piastra dove viene inserita una "campana" o "camera" umidificante contenente dell'acqua bidistillata o distillata. La quantità di acqua da inserire è segnalata sulla campana stessa da un livello di riempimento che non deve mai essere superato.

La campana è dotata di due aperture, in una si collega il tubo corrugato che parte dal ventilatore e dall'altra un altro tubo corrugato che dall'umidificatore andrà a collegarsi al raccoglicondensa (piccolo contenitore a forma di bicchiere con un tappo a vite su cui ci sono due aperture per collegare i circuiti e serve a raccogliere la condensa che si forma nei tubi del circuito di ventilazione) dal raccoglicondensa partirà il tubo del circuito che andrà a collegarsi al catetere mounth e poi alla cannula tracheostomica

GESTIONE CAMPANA UMIDIFICANTE E RACCOGLICONDENSA

Camera o campana umidificante: prima di qualsiasi attività sul presidio, staccare l'alimentazione elettrica. Controllare che sia sempre presente l'acqua che però non deve mai superare la linea del livello massimo. L'acqua non va mai rabboccata ma sostituita quindi staccare la campana dalla piastra, buttare l'acqua rimasta, sciacquare la campana con dell'acqua distillata o bidistillata e riempire sempre con acqua distillata o bidistillata fino al livello massimo. La camera viene sostituita solo quando si sostituisce il circuito di ventilazione o in caso di rottura o di incrostazioni evidenti.

Raccoglicondensa: l'umidificazione dei gas inspirati crea della condensa nel circuito e viene convogliata nel raccoglicondensa (tenere sempre in posizione verticale rispetto al circuito)

Porre molta attenzione nella mobilizzazione del paziente e del circuito e fare in modo che se presente la condensa non passi dal raccoglicondensa alla cannula tracheostomica aumentando il rischio di infezioni oltre che provocare problemi all'attività respiratoria del paziente

Ogni volta che si nota della presenza di condensa nel dispositivo esso va staccato e vuotato avendo cura di riposizionarlo correttamente.

Fare molta attenzione perchè staccando il raccoglicondensa si stacca il circuito respiratorio quindi si interrompe la respirazione del paz.

Viene sostituito al cambio circuito o in caso di rottura oppure se evidentemente sporco

Sia la campana umidificante che il raccoglicondensa alla sostituzione vengono gettati fra i rifiuti (plastica)

IGIENE DEL CAVO ORALE NEL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO

Informare il paziente e fargli assumere una posizione idonea, porre il paz. non cosciente su un fianco con la testata del letto abbassata in modo che la saliva esca per gravità dalla bocca

Eseguire il lavaggio delle mani e indossare i guanti

Posizionare la traversina monouso o un panno assorbente sotto il mento del paziente.

Controllare l'adeguata cuffiatura della cannula tracheale

Ispezionare la cavità orale con l'uso dell'abbassalingua e della pila ed aspirare la saliva in eccesso

Inumidire lo spazzolino monouso con soluzione di Clorexidina allo 0,2% o con collutorio (in mancanza dello spazzolino monouso utilizzare una pinza chirurgica con dei batuffoli di garza in TNT)

Pulire i denti dalla parte posteriore della cavità orale verso quella anteriore; pulire la lingua, la parte interna delle guance e il palato cambiando frequentemente il tampone

Aspirare eventuali residui di saliva e di soluzione con un sondino monouso

Applicare sulle labbra un prodotto emolliente

Riposizionare il paziente

Eliminare il materiale utilizzato

Rimuovere i guanti ed eseguire il lavaggio delle mani Riordinare e ripristinare il materiale utilizzato

Se viene utilizzato uno spazzolino non monouso, lavarlo accuratamente, metterlo in disinfezione in soluzione di acqua ossigenata (una parte di H₂O₂ e 3 parti di H₂O) per almeno 30 minuti e poi sciacquarlo e lasciare asciugare coperto con una garzina. La soluzione con acqua ossigenata ha un effetto battericida e deodorante grazie all'azione enzimatica e alla liberazione di ossigeno. La soluzione va sostituita ad ogni uso e lo spazzolino immerso in tale soluzione va sciacquato accuratamente per evitare alterazioni della mucosa orale che possono essere provocate dall'uso routinario della soluzione di acqua ossigenata

SOSTITUZIONE DELLA CONTROCANNULA

Manovra da eseguire due volte al giorno (mattino e sera) salvo ulteriori necessità urgenti (es.formazione di tappi di muco...)

Informare sempre il paziente sulle manovre che verranno effettuate

Lavaggio delle mani

Preparare il materiale (controcannula da sostituire,guanti, aspiratore...)

Posizionare il paz. In posizione semiseduta o supina con il capo leggermente rialzato

Indossare i guanti (per la sostituzione della controcannula sono da preferire ma non sono indispensabili i guanti sterili, importante è mantenere una tecnica pulita senza andare a toccare la parte della controcannula che viene introdotta all'interno della cannula. La manipolazione della controcannula aumenta il rischio di contaminazione batterica

Controllo della cuffia della cannula: controllare il grado di cuffiatura (pressione) della cuffia praticando con due dita una leggera pressione sul palloncino esterno di controllo Prima di sostituire la controcannula eseguire una broncoaspirazione

Se il paziente è in VM, scollegare il ventilatore dalla cannula tracheale staccandolo al livello del catetere mouth

- estrarre con delicatezza la controcannula avendo l'accortezza di mantenere ferma la flangia della cannula con pollice ed indice della mano controlaterale e appoggiarla momentaneamente su delle garze o in un piccolo contenitore precedentemente preparato
- posizionare immediatamente la controcannula di riserva infilandola delicatamente nella cannula e ricollegare il ventilatore
- controllare la ripresa dell'attività respiratoria

Sanificare la controcannula utilizzando acqua ossigenata e/o soluzione fisiologica o bidistillata.

Per pulire le parti interne della controcanula utilizzare un piccolo scovolino, sciacquare accuratamente ed asciugare. Una volta pulita e asciugata la controcanula va conservata in un contenitore (arieggiato) ad uso esclusivo in modo che non venga a contatto con polvere o altri agenti inquinanti; deve rimanere a portata di mano per un'eventuale necessità di sostituzione urgente della controcanula in uso.

- La pulizia con detergenti enzimatici o la disinfezione con soluzioni alcoliche o particolari (es. sodio ipoclorito) possono danneggiare la controcanula ed inoltre anche se accuratamente sciacquata, delle piccole particelle invisibili di detergente e/o disinfettante possono provocare irritazioni e lesioni tracheo-bronchiali

MEDICAZIONE DELLO STOMA TRACHEALE

Lo stoma è una via creata artificialmente per consentire la messa a dimora di una protesi, (in questo caso la cannula tracheale), pertanto si viene a creare una soluzione di continuo tra la trachea e l'esterno. Solo l'esecuzione di medicazioni quotidiane con tecniche asettiche ed una scrupolosa sorveglianza dello stoma e della cute peristomale potranno evitare l'insorgenza di complicanze.

Per la prevenzione delle contaminazioni batteriche e delle infezioni, la cura dello stoma prevede non solo la medicazione stomale ma anche un'accurata igiene del collo e della zona circostante la tracheostomia utilizzando acqua e sapone neutro

Prima di procedere alla cura dello stoma preparare tutto il materiale occorrente: guanti, pinze, batuffoli, garze, soluzioni detergenti e disinfettanti, set di fissaggio, garza da tracheostomia

Allentare leggermente il collarino di fissaggio della cannula

Sfilare la medicazione sporca interposta fra la cute e la flangia di ancoraggio della cannula ed eliminarla nel contenitore per rifiuti

Rilevare l'eventuale presenza di secrezioni e le loro caratteristiche

Rimuovere i guanti ed indossare guanti puliti

Detergere e disinfettare lo stoma con batuffoli imbevuti di acqua ossigenata (soluzione diluita al 3% - 10 volumi) e/o soluzioni saline (solo in presenza di infezioni vengono utilizzate soluzioni a base di iodio; non utilizzare soluzioni alcoliche)

Interporre fra la cute e la flangia un presidio in grado di garantire una corretta protezione per ridurre l'attrito e di assorbire sudore e secrezioni. Usare garze di tessuto non tessuto particolarmente morbide, opportunamente piegate con un taglio centrale a Y rovesciata oppure utilizzare prodotti specifici come Lyofoam o Stompad.

Rimuovere con manovre delicate il collarino dai fori di ancoraggio della flangia, sfilarlo e eliminarlo nei rifiuti.

Sostituirlo mantenendo in posizione la cannula tracheale. Durante la manovra è utile tenere sempre la cannula con il pollice e l'indice e non rimuovere completamente il sistema di fissaggio ma allentarlo parzialmente; sfilarlo ai vari passaggi in modo da evitare la dislocazione accidentale della cannula in caso il paziente tossisca.

Inserire in un foro della flangia il collarino pulito, girarlo posteriormente al collo e fissarne l'altra estremità nel foro controlaterale della flangia

Controllare lo stato della fascetta di fissaggio che deve essere morbida ed assorbente, un inserto in velcro alla due estremità permette un ancoraggio ottimale della cannula.

L'utilizzo di fettucce in stoffa o di bende, può essere causa di lesioni ulcerative della cute del collo.

Immaginate...

Pensateci un attimo... eventi critici, traumatici (incidenti, malattie, lutti...) hanno un impatto non solo sul corpo inteso come organismo, ma anche sulla mente intesa come complesso intreccio tra la personalità, le emozioni, le paure, i sentimenti ecc.

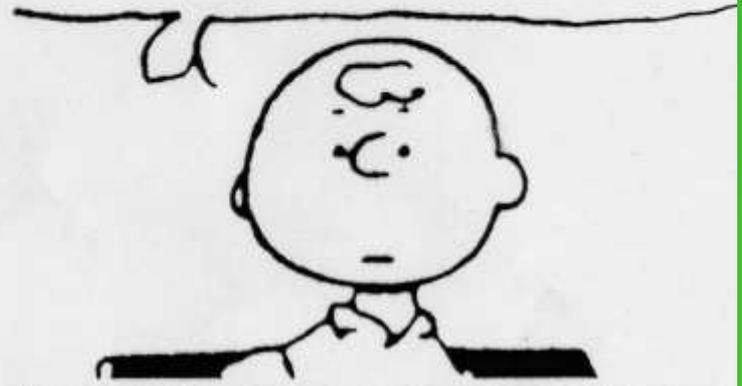
Tale impatto è inoltre
"allargato" ovvero,
solitamente, le reazioni
emotive soprattutto se
connotate negativamente
compaiono anche nei
familiari; nelle persone
legate affettivamente a colui
che vive l'evento traumatico.

Il punto è che tutti noi quando ci accade qualcosa di "brutto" abbiamo reazioni emotive quali preoccupazione, rabbia, tristezza, paura, ecc.. Questo è assolutamente normale: è la situazione ad essere **Anormale** rispetto alla vita di tutti i giorni, rispetto a un *prima*.

IERI NON SONO VENUTA A SCUOLA PERCHE' AVEVO IL RAFFREDDORE ...



CI DEV'ESSERE QUALCOSA NELL'ARIA... UN SACCO DI RAGAZZI HANNO PRESO IL RAFFREDDORE ...



PERO' IL MIO ERA MOLTO PEGGIO...

PERCHE'?



PERCHE' E' CAPITATO A ME!

SMALL



WAAH!



PER FAVORE NON PIANGERE, LUCY...



COME SAREBBE A DIRE NON PIANGERE?!!



PERCHÉ DOVREI PRIVARMI DI UN SACROSANTO SFOGO EMOTIVO?!



“Io in quanto malato, non gli interessavo affatto, gli interessavano invece le mie gambe e le mie mani, sicché esaminò coscienziosamente i miei riflessi, saltando di qua e di là, bofonchiando piano qualcosa, senza far caso a nessuno nella stanza, e tanto meno a me, all’uomo che stava da qualche parte dietro i riflessi dei piedi e delle mani...”

Sàndor Marai