



PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA

1. SCOPO

Riferimenti alla tracheotomia si trovano già in testo di medicina Indù del 2000 a.c., la prima tracheotomia eseguita con successo è documentata nel XV sec. da parte di Prasovala. Si narra che G. Washinton sia morto nel 1799 per una ostruzione delle vie aeree superiori, sulla quale si sarebbe potuto operare una tracheotomia. Sebbene il suo medico conoscesse la procedura, non volle fare il suo primo tentativo sul primo presidente degli Stati Uniti.

Dal 1830 al 1930 la procedura fu riservata solo ai casi di emergenza sui bambini ammalati di difterite. Nel 1907 Chevalier Jackson scrisse un manuale in cui la tecnica veniva standardizzata, e alcuni degli attrezzi da lui progettati, assieme alla sua tecnica, sono usati ancora oggi.

Galloway allargò ulteriormente l'utilizzo della procedura per il trattamento nella paralisi e nella gestione delle secrezioni.

Con il termine tracheotomia si intende l'incisione chirurgica della trachea al livello del 2-3 anello cartilagineo. La tracheostomia rappresenta invece una variabile della tracheotomia in cui le pareti della breccia tracheale vengono fissate, mediante due punti su ogni lato, ai margini dell'incisione cutanea. In seguito l'applicazione di una canula tracheale viene introdotta in caso di ostacolo laringeo che impedisce il passaggio dell'aria ai polmoni o quando la ventilazione polmonare è resa difficile dalle secrezioni tracheobronchiali che verranno aspirate dalla canula.

Lo scopo di questa procedura sono di migliorare la qualità della vita del paziente; uniformare i comportamenti degli operatori in ambito domiciliare; elevare la qualità delle prestazioni

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica ai servizi di RSA CDI ADI, UCP-Dom o servizi domiciliari svolti dal personale infermieristico e medico.

3. MODALITÀ OPERATIVE

Indicazioni classiche alla tracheotomia:

- *ovviare all'ostruzione delle vie aeree*
- *proteggere all'ingombro di fluidi o secreti*
- *assicurare un accesso alle vie aeree per la ventilazione meccanica invasiva di lunga durata*

Benefici della tracheotomia:

- ridotto utilizzo di farmaci sedativi con conseguente diminuzione dei giorni di ventilazione meccanica
- un nursing semplificato (aspirazione secrezioni bronchiali, pulizia del cavo orale)
- una riduzione dei danni da decubito del tubo tracheale sulla laringe
- un più facile svezzamento dalla ventilazione meccanica
- recupero della funzione deglutitoria e fonatoria
- miglior comfort, beneficio psicologico
- maggior mobilità del paziente
- ridotto rischio polmonite nosocomiale in sottogruppi di pazienti
- maggior facilità di trasferimento in area intensiva

Procedura di broncoaspirazione

Obiettivo della broncoaspirazione è quello di mantenere pervie le vie aeree, prevenire infezioni, atelectasie, ostruzioni.

La broncoaspirazione va praticata solo se necessario, di tale manovra non bisogna infatti mai abusare.

I pazienti con un'inefficace riflesso della tosse non necessitano di aspirazione routinaria ma, il bisogno di aspirazione deve essere valutato di volta in volta mediante:

- valutazione uditiva: in presenza di abbondanti secrezioni il respiro diventa rantoloso

Rev.	Data	Redazione		Verifica		Approvazione	Motivazione
		RASQ	DS/R-MEDICO	RSPP	DS/R-MEDICO	DS/R-MEDICO	
03	15/03/2021						rinnovo



- 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 si percepiscono delle vibrazioni, questo fremito tattile, dovuto al passaggio d'aria attraverso le abbondanti secrezioni.

Gli strumenti a disposizione per l'RSA di un broncoaspiratore a batteria per urgenze e di un sistema centrale del vuoto d'aria con il supporto dei dispositivi di broncoaspirazione posizionabile al letto, contenitore vacutainer monouso per la raccolta del materiale. Per il CDI un broncoaspiratore per urgenze. Per servizio ADI broncoaspiratori portatili a batteria.

L'utilizzo di guanti sterili durante la manovra di aspirazione bronchiale non ha evidenze scientifiche che ne accertano la necessità e per tale motivo gli operatori dell'ASSC utilizzeranno guanti monouso, previo lavaggio delle mani.

PROCEDURA	MOTIVAZIONE
Informare il paziente	Ottenere maggiore collaborazione
Posizionare il paziente in posizione seduta	Per favorire il drenaggio delle secrezioni
Aprire acqua sterile (fisiologica 100 ml)	
Utilizzare sondini sterili	Prevenire la contaminazione dei microrganismi
Raccordare il sondino alla fonte di aspirazione del vuoto. La pressione di aspirazione viene valutata occludendo il tubo di aspirazione e leggendo sul manometro il valore della pressione negativa	Valuta il funzionamento del circuito di aspirazione
Introdurre il sondino con l'aspirazione non attiva	Per non provocare traumi alla mucosa bronchiale
Aprire l'aspirazione e aspirare rapidamente. Uscire dalla tracheotomia con aspirazione attiva praticando movimenti rotatori	L'errata rotazione del sondino può creare danni a livello della mucosa tracheale
Risciacquare la punta del catetere tra un'aspirazione e un'altra	Permettere la rimozione di secrezioni all'interno del sondino di aspirazione
I passaggi sopraelevati non devono essere praticati più di quattro volte	L'aspirazione deve essere ripetuta con intervalli brevi di tempo per evitare ipossiemia Può affaticare ed essere traumatica per il paziente

Gestione dello stoma

Gli obiettivi di una corretta procedura di gestione della stomia sono:

- la prevenzione delle infezioni
- la prevenzione delle lesioni cutanee
- il mantenimento della cannula pervia da secrezioni bronchiali.

Per la gestione delle cannule tracheali occorre conoscere:

- la patologia di base e quelle associate
- grado di autonomia respiratoria
- grado di autonomia funzionale
- tecnica di esecuzione della tracheotomia
- tipo di cannula e gestione
- necessità e frequenza delle broncoaspirazioni
- tipo di alimentazione
- ossigenoterapia
- realtà sociale in cui si deve operare

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 11
	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA	Data 15/03/2021 Pagina 3 di 3

Procedimento

- avvisare sempre il paziente delle manovre praticate
- operare indossando sempre i guanti monouso, previo lavaggio delle mani
- rimuovere la medicazione sporca (metallina) e la fettuccia di fissaggio, tenendo sempre la canula con il pollice e l'indice durante la manutenzione, oppure non rimuovere la fettuccia poichè durante la medicazione il paziente potrebbe, con colpi di tosse, determinare la dislocazione della canula tracheostomica con gravi complicanze respiratorie.
- Eseguire accurata igiene del collo e delle zone circostanti con acqua e sapone neutro o fisiologica sterile
- Controllo della cute peristomale: arrossamento, infiltrati, enfisema sottocutaneo, granulomi
- Applicare un impacco con garze imbevibili di disinfettante (betadine) e lasciare in sede di stomia per circa un minuto
- Rimuovere l'impacco e utilizzare garze sterili intrise di disinfettante o fisiologica sterile e rimuovere eventuali secrezioni peristomali partendo dall'interno verso l'esterno
- Lasciare asciugare e applicare garze sterili e asciutte precedentemente tagliate a coda di rondine o Metallina, tra cute e frangia, per impedire l'attrito e assorbire sudore e secrezioni
- Fissare la cannula con fettuccia facendo attenzione a non stringere troppo attorno al collo (deve poter passare un dito tra la cute e la fettuccia)

PULIZIA DELLA CANULA TRACHEOSTOMICA

- Asportare la controcanula previa aspirazione delle secrezioni
- Lavare la controcanula con soluzione fisiologica sterile rimuovendo le eventuali secrezioni secche che si sono attaccate all'interno della cannula con lo scovolino
- Reinserire la controcanula nella canula e bloccare.

COMPLICANZE LOCALI RISOLVIBILI IN AMBITO DOMICILIARE

Ostruzione della cannula	Si nota poichè il paziente è ansioso, dispnoico con evidente fatica a respirare, con polso e respirazione frequente. L'obiettivo fondamentale tenere una sufficiente ventilazione. Somministrare O2 dalla via più pervia, controllare la saturazione, togliere la contro canula se in sede, se la canula è cuffiata, scuflarla per vedere se migliora, controllare con un sondino la presenza o meno di ostacoli, se vi sono ostacoli provare ad aspirare per vedere se con la tosse viene espulso il muco
Decannulazione accidentale	Se le vie superiori sono pervie il rischio è lieve Se le vie aeree sono chiuse il rischio è molto alto. In questo caso indispensabile tenere aperto lo stoma divaricandolo con le dita, sondare la pervietà con un sondino, se passa lasciarlo in sede e provare ad introdurre uno più grande e somministrare O2 attraverso quello più piccolo Mai tentare di riposizionare una cannula se non è presente il medico o non si conosce l'assistito.

4. DOCUMENTI RICHIAMATI / BIBLIOGRAFIA

- Bond P. et al. Best practice in the care of patients with a tracheostomy, Nursing Times 2003; 99(30), 24-25
- Costruito dall'ASSC secondo conoscenza e esperienza acquisita in loco.