



PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA TRACHEOSTOMIA

1. SCOPO

Uniformare i comportamenti dei professionisti, ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza, ridurre il rischio di errori inerenti la gestione della tracheostomia

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica ai residenti di RSA, utenti del CDI, utenti di C-Dom

3. INDICAZIONI 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 specifico (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*
- *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)			

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		RPSA	RA	DS	
04	27/05/2025	DRAGONI CRISTINA	SCOTTI ANDREA	TORPILLIESI TIZIANA	rinnovo



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 traumatismi 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 canula 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

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	<p>Si nota poiché il paziente è ansioso, dispnoico con evidente fatica a respirare, con polso e respirazione frequente. L'obiettivo fondamentale tenere una sufficiente ventilazione.</p> <p>Somministrare O2 dalla via più pervia, controllare la saturazione, togliere la contro cannula se in sede, se la cannula è cuffiata, scuffiarla 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</p>
Decannulazione accidentale	<p>Se le vie superiori sono pervie il rischio è lieve</p> <p>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 introdurne uno più grande e somministrare O2 attraverso quello più piccolo</p> <p>Mai tentare di riposizionare una cannula se non è presente il medico o non si conosce l'assistito.</p>

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