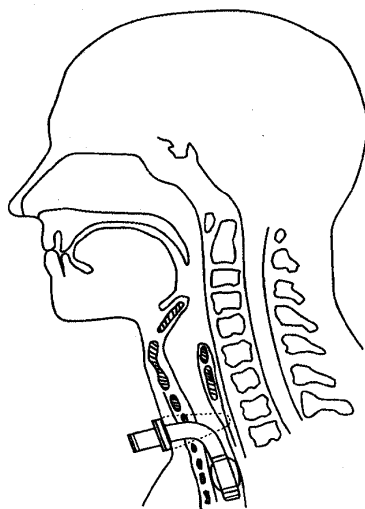


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Arcispedale S. Maria Nuova
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica
Pneumologia
Direttore Dott. L. Zucchi

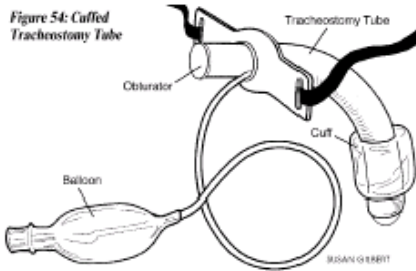
UNITA' DI TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA
(UTSIR)

OPUSCOLO INFORMATIVO PER LA GESTIONE A DOMICILIO DELLA TRACHEOSTOMIA



GESTIONE DELLA TRACHEOTOMIA

La **tracheotomia** è una apertura chirurgica della trachea che ha lo scopo di creare una nuova via aerea bypassando la glottide, per introdurre dall'esterno una cannula.



Tipologia delle cannule tracheali

La cannula tracheale è composta da due elementi:

1. **Cannula:** mantiene la tracheostomia pervia consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata nella trachea, mentre la flangia nella parte esterna.
La cannula viene fissata saldamente per mezzo di fettucce di fissaggio che vengono fatte passare attraverso i fori della flangia; tali fettucce permettono di mantenere un adeguato posizionamento della cannula evitando dislocazioni accidentali durante i movimenti del capo e durante la deglutizione.
La fettuccia può essere sostituita giornalmente o quando si presenta sporca.
2. **Controcannula** (*non sempre presente, a seconda del tipo di cannula tracheale utilizzata*): viene inserita dentro la cannula e serve a mantenere pulita la cannula.
3. **Flangia** (*tratto esterno della cannula*) permette il collegamento della cannula al ventilatore, quando necessario, tramite apposito raccordo chiamato "Mount", nonché l'applicazione di accessori quali tappi, nasi artificiali e/o valvole fonatorie.

Le cannule possono essere:

1. **Cannule “cuffiate”:** quando la cannula è provvista di un palloncino esterno (*cuffia*) gonfiabile per mezzo di un manometro o di una siringa (*senza ago!*).

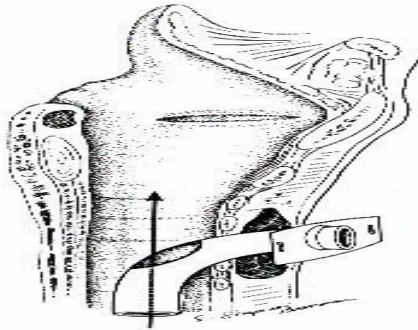
Tale palloncino ha lo scopo di evitare perdite d'aria dalla trachea durante la ventilazione meccanica. Una eccessiva pressione sulla parete della trachea da parte della cuffia, può causare lesioni da decubito sulla mucosa tracheale.

Tale evenienza può essere evitata sgonfiando periodicamente la cuffia nell'arco della giornata o controllandone periodicamente la pressione.

Cuffiare sempre la cannula prima di bere o mangiare.

La cuffia permette di evitare, in pazienti con alterato riflesso della deglutizione o con alterazione dello stato di coscienza, che il cibo ingerito venga inalato in trachea provocando pericolose polmoniti.

2. **Cannule “non cuffiate”:** quando la cannula non presenta alcun palloncino.



Parlare con la cannula tracheale

In presenza di cannula tracheale, la fonazione è possibile se risulta conservato, almeno in parte, il passaggio dell'aria espirata attraverso le corde vocali.

Questo risulta sempre possibile in presenza di una cannula fenestrata, mentre con gli altri tipi di cannula è necessario utilizzare alcuni artifici come:

- ➔ chiudere con un dito per il tempo necessario a pronunciare alcune parole il connettore terminale della cannula.
- ➔ Utilizzare dispositivi che consentono la fonazione come le valvole fonatorie.
- ➔ Nei pazienti ventilati educare il paziente a sfruttare il flusso aereo fornito dal ventilatore.

GESTIONE/MEDICAZIONE DELLO STOMA TRACHEALE

1. Posizionare la persona in posizione semiseduta.
2. Lavarsi le mani.
3. Indossare una mascherina ed i guanti monouso.
4. Predisposizione di una zona pulita, dove riporre il materiale sterile (*garze-medicazione*).
5. Rimuovere la “vecchia” medicazione osservando l’eventuale presenza di secrezioni varie (*segno di infezione*).
6. Osservare la stomia (*il foro tracheale*) rilevandone eventuale presenza di segni di infiammazione (*es. pus*).
7. Detergere la zona della stomia utilizzando garze sterili imbevute di acqua fisiologica, effettuando dei movimenti rotatori attorno alla cannula (*sotto la flangia*), evitando di ripassare nella zona già trattata. ***Durante le manovre è utile tenere sempre la cannula con il pollice e l’indice e non rimuovere completamente il sistema di fissaggio ma allentarlo parzialmente (alternare lo sgancio dei due punti della fascetta di fissaggio).***

8. Ripetere quanto descritto al punto 7, ma utilizzando il Perossido di idrogeno al 3% (*Acqua ossigenata*). Asciugare la zona trattata con garze sterili asciutte.
9. Posizionare la medicazione sterile intorno alla cannula (*10x10 ad Y della Medicomp*).
10. Sostituire la fascetta reggi cannula, se necessario, con una pulita, facendo attenzione a mantenere ben ferma la cannula durante questa operazione;
11. durante queste manovre è probabile l'insorgenza di tosse a causa della stimolazione della trachea per cui è necessario assistere il paziente fino a normalizzazione .
12. Osservare attentamente l'eventuale comparsa di dispnea o cianosi possibile indice di mal posizionamento della cannula o di ostruzione della stessa.
13. Se necessario procedere ad eventuale aspirazione delle secrezioni bronchiali.
14. Controllare durante la medicazione la pressione della cuffiatura tastando manualmente il palloncino esterno alla cannula che dovrà essere duro ed elastico al tatto.
Si ricorda che la quantità di aria da immettere durante la cuffiatura, va dai 5 ai 7 cc di aria. Si ricorda che la siringa va usata senza ago.

**Tutte le manovre devono essere eseguite
cercando di preservare e rispettare tutte le regole
per il mantenimento della disinfezione.**

Medicare lo stoma tracheale almeno una volta al giorno e quando necessario se la medicazione si presenta sporca; in questo modo si riduce il rischio di contrarre infezioni per il ristagno di secrezioni a contatto con lo stoma.

PROCEDURA PER ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI DA TRACHEOTOMIA

Nel caso in cui ci sia ristagno di secrezioni in trachea è necessario aspirarle tramite un aspiratore meccanico. La aspirazione ha lo scopo di:

- mantenere pervie le vie aeree rimuovendo le secrezioni;
- promuovere e migliorare gli scambi respiratori;
- prevenire le infezioni favorite dal ristagno di secrezioni.

L'aspirazione si esegue **quando il paziente presenta difficoltà respiratoria, agitazione, salivazione abbondante, cianosi, tosse, respiro superficiale.**

PROCEDURA:

1. Lavarsi le mani.
2. Indossare i guanti monouso.
3. Aprire la confezione del sondino evitando contaminazioni (*evitare di toccare con le mani la parte del sondino che entrerà in trachea*).
4. Sfilare il sondino dalla confezione e connetterlo all'aspiratore.
5. Introdurre il catetere nella cannula con l'aspirazione non attiva.
6. Azionare l'aspiratore, aspirando ad intermittenza per periodi non superiori a 10/15 secondi, ritirando il catetere con movimenti rotatori.
7. Non interrompere l'aspirazione durante episodi di tosse.
8. Lavare il sondino aspirando acqua.
9. Chiudere il sistema di aspirazione.

10. Valutare le condizioni della persona, osservando la respirazione e il colore della cute, ripetere se è necessario la manovra, lasciandolo riposare tra una aspirazione e l'altra ed utilizzando un nuovo sondino.
11. Staccare il sondino dal tubo di aspirazione tenendolo con la mano protetta dal guanto, con l'altra mano afferrare il risvolto del guanto, ripiegarlo su se stesso e sfilare il guanto così rovesciato ponendo all'interno il sondino.
12. Gettare il guanto e il sondino nel sacco dei rifiuti.
13. Eseguire la pulizia della controcanula se necessario, assicurandoci di averne "sempre" una di scorta pronta all'uso e reinserirla nella cannula del paziente.
14. Sistemare la persona in una posizione comoda e confortevole che favorisca la respirazione.
15. Reintegrare la soluzione sterile e le attrezzature in modo che la aspirazione sia pronta per essere ripetuta.

GESTIONE E PULIZIA DELLA CONTROCANNULA

1. Rimuovere la controcanula dalla cannula avendo l'accortezza di mantenere ferma la flangia della cannula con pollice e indice della mano controlaterale.
2. Posizionare immediatamente la controcanula di riserva.
3. Detergere la controcanula sporca con acqua corrente per favorire la rimozione delle secrezioni che si sono depositate al suo interno facendovi passare dentro anche uno spazzolino.
4. Prendere un bicchiere pulito e riempirlo per metà con acqua da rubinetto e per metà con acqua ossigenata e posizionarvi al suo interno la controcanula, che dovrà rimanere immersa per almeno 15 minuti.

5. Risciacquarla con acqua corrente e metterla ad asciugare all'interno di una garza.
6. Lavare lo spazzolino con acqua e sapone e conservarlo in un ambiente pulito.

Pulire la Controcannula almeno due volte al giorno (*il mattino e la sera prima di dormire*).

Può essere necessario pulirla anche più spesso quando siamo in presenza di secrezioni abbondanti e dense, o quando si ha l'impressione che entrando con il sondino di aspirazione ci sia dell'attrito che ne ostacola l'ingresso.

