

# Gestione e cura della tracheostomia

Nunzio De Bitonti

Inf. spec. CI, spec. clinico 2° livello, docente SUPSI-Dsan

“Preso in carico del paziente dopo laringectomia totale”

Cadempino, 9 giugno 2011

# Indicazioni

- Ostruzione delle vie aeree superiori
  - Tumori
  - Anomalie congenite
  - Infiammazione
  - Eventi traumatici
  - Chirurgia
  - Presenza di corpi estranei
  - Paralisi delle corde vocali
- Svezamento dalla ventilazione meccanica
- Prevenzione e trattamento delle secrezioni bronchiali
- Prevenzione della polmonite da aspirazione

# **Materiale al posto letto**

- Cannula tracheostomica di riserva  
(1 della stessa misura/1 più piccola)
- Dilatatore tracheale
- Mandrino
- Siringa da 10 ml
- Manometro
- Materiale per aspirazione
- Materiale per umidificazione
- Guanti sterili e non sterili
- Contenitore per rifiuti

# Cura dello stoma

- Disinfezione della ferita che presenta un accresciuto rischio di infezione
- Stomia ben formata dopo 5-7 giorni
- Se presenti, i punti di sutura sono generalmente da asportare (a dipendenza della tecnica) dopo 7-10 giorni (in ogni caso su indicazione dell'operatore)
- Si possono utilizzare (con indicazioni diverse)
  - compresse in TNT (più indicate rispetto a quelle di garza)
  - medicazioni idrocellulari non adesive in poliuretano (alto potere assorbente)
  - idrocolloidi
- Garantire sicurezza e confort con fissaggio corretto (inserire un dito tra il nastro di fissaggio ed il collo)

# Aspirazione tracheale

- Manovra da eseguire in base alla necessità, non secondo uno schema prefissato
  - Richiesta del paziente
  - Valutazione uditiva → respiro stertoroso
    - visiva → tachidispnea, agitazione, tachicardia, cianosi, tosse, resp. superficiale,...
    - tattile
    - ascultazione
  - Valutazione della viscosità e della quantità delle secrezioni, della performance neurologica e muscolare, della presenza ed efficacia della tosse
- Obiettivo: massimizzare la rimozione delle secrezioni con minimi danni tissutali e ipossiemia
- Spiegare al paziente la procedura
- Iperossigenare (attenzione con i pazienti affetti da BPCO)

# Aspirazione tracheale

- Applicare le misure standard per il controllo delle infezioni
  - Istruzioni operative interne
  - CDC guidelines
- Inserire il sondino sempre senza applicare la pressione d'aspirazione
- La pressione di aspirazione raccomandata è di 120-200 mmHg
  - se > rischio di atelettasie, danni alla mucosa
  - se < prolungamento del tempo, efficacia diminuita
- Tempo di aspirazione <15 sec.
- Adeguare tipo e dimensioni del sondino d'aspirazione

# Aspirazione tracheale

- E' preferibile evitare l'aspirazione profonda in modo da ridurre danni e infiammazione della mucosa e il rischio di sanguinamento
- Fisioterapia respiratoria
- Istillazione di soluzione fisiologica
  - Utile per facilitare la rimozione delle secrezioni dense provocando accessi di tosse che favoriscono il distacco e l'espulsione
  - Inefficace nell'effettivo scioglimento delle secrezioni
  - Rischio aumentato di introduzione di batteri  
=> tale manovra non è raccomandabile

# Pulizia della cannula

- 2-3 volte al giorno
- In modo sterile
- NaCl 0.9% e/o acqua ossigenata
- Non utilizzare le spazzole, che possono danneggiare la cannula
- Se indicato procedere al primo cambio della cannula (se modello senza controcanula) al più presto dopo 3-7 giorni se tracheostomia chirurgica, dopo 7 per quella percutanea

## Indicazioni:

- Cannula o cuff difettosi
- Decannulazione accidentale
- Modifica del diametro o tipo di cannula



# Cannula cuffiata

- Indicazioni
  - nel post-operatorio per prevenire l'aspirazione di sangue e/o siero
  - isolare le vie respiratorie durante la ventilazione meccanica
  - prevenire la broncoaspirazione in caso di incompetenza laringea (nel pz non laringectomizzato)
- Pressione del cuff
  - 20-25 mmHg per non superare la pressione di perfusione capillare
  - Se <18 mmHg rischio di microaspirazioni
  - Controllare almeno ogni turno o ad ogni manipolazione della cannula

# Cannula fenestrata (nel pz non laringectomizzato)

- Indicazioni
  - facilitare/migliorare la fonazione
  - migliorare la deglutizione
  - favorire l'alimentazione per via orale
  - svezzamento
- Chiudere la cannula utilizzando la valvola fonatoria o il tappo (ev. dito)
- In caso di aspirazione sostituire la controcannula fenestrata con quella normale, così come in situazione d'emergenza

# Valvola fonatoria (nel pz non laringectomizzato)

- Dispositivo che permette il passaggio dell'aria in inspirio e si chiude durante l'espiazione
- Il cuff deve essere assolutamente sgonfio
- Utilizzare in situazione stabile con sufficiente compliance polmonare in quanto vi è un incremento delle resistenze nella fase espiratoria
- Incrementare gradualmente il tempo di utilizzo
- Non utilizzare durante il sonno

# Umidificazione

- Prevenire la disidratazione delle mucose che può causare
  - diminuzione della clearance mucociliare
  - ritenzione e ispessimento delle secrezioni
  - aumentato rischio di ostruzione
- Idratazione sistemica
- Umidificatore
- Nebulizzatore
- Filtro HME (Heath and Moisture Exchangers)
- Tubo a T (naso artificiale)

# Comunicazione

- Utilizzare strumenti di comunicazione alternativi
  - Scrittura
  - Gestualità
  - Segnali oculari codificati
  - Immagini/lettere dell'alfabeto
  - computer

# Deglutizione e nutrizione

- Problemi di deglutizione possono essere causati da diversi fattori
  - Compressione dell'esofago da parte del cuff
  - Compromessa elevazione della laringe (nel pz non laringectomizzato)
  - Riduzione della sensibilità laringea per alterato flusso dell'aria (nel pz non laringectomizzato)
  - Interruzione della normale coordinazione tra respirazione e deglutizione
  - Riduzione dell'efficacia della tosse nell'eliminazione delle secrezioni
  - Perdita della pressione positiva subglottica
  - Disturbi neurologici o meccanici
  - Dolore e/o edema post-operatorio o da radioterapia
  - xerostomia

# Deglutizione e nutrizione

- Sgonfiare il cuff può ridurre gli effetti negativi della tracheostomia sulla deglutizione
- Aspirare periodicamente le secrezioni del cavo orale per minimizzare la stasi a monte del cuff (nel pz non laringectomizzato)
- Prendere in considerazione
  - esame clinico da parte di un ORL
  - logopedista
  - dietista
- Valutare nutrizione tramite SNG oppure PEG. A lungo termine preferire quest'ultima, in quanto la SNG può avere un effetto pro-infiammatorio ed essere concausa della disfagia
- Possibile inappetenza per diminuzione dell'olfatto
- Alterazione del gusto e/o dolore in seguito a radioterapia

# Deglutizione e nutrizione

- In caso di nutrizione per via orale
  - posizione seduta
  - cuff sgonfio
  - attenzione al rischio di aspirazione (nel pz non laringectomizzato)  
( da sfatare il mito che il cuff gonfio lo prevenga, anzi non garantisce in modo assoluto la protezione delle vie aeree e favorisce la disfagia)
  - valutare la corretta consistenza del cibo  
(per l'acqua prendere in considerazione l'utilizzo di addensanti)
  - prestare attenzione all'igiene orale



# Decannulazione

- Ridurre il calibro della tracheostomia
- Fase di svezzamento
  - Sgonfiaggio del cuff
  - Cannula fenestrata (nel pz non laringectomizzato)
  - Valvola fonatoria (nel pz non laringectomizzato)
  - Valutazione della tosse, capacità d'espettorare, parola
- Chiudere la canula per 24 h (nel pz non laringectomizzato)
- Decannulare
- Applicare medicazione ermetica (nel pz non laringectomizzato)
- Tempo di chiusura della stomia da qualche ora a più giorni (nel pz non laringectomizzato)

# Emergenze

- In caso di decannulazione accidentale
  - restare calmi!!!
  - se tracheostomia in sito da più di 5 giorni la stomia non collassa improvvisamente, quindi preparare il materiale necessario per una nuova inserzione, ev. utilizzare il dilatatore per mantenere la pervietà (mandrino, dito, sondino)
  - se la stomia non è formata, nei pazienti non laringectomizzati considerare l'intubazione oro-tracheale

# Emergenze

- In caso di insufficienza respiratoria acuta  
(comunemente causata da parziale o completa ostruzione della tracheostomia da parte di un accumulo delle secrezioni)
  - se possibile chiedere al paziente di provare a tossire
  - Valutare la presenza di secrezioni o tappi di muco, se presente rimuovere la protesi fonatoria
  - rimuovere la controcanula laddove presente
  - Aspirare le ev. secrezioni presenti, facendo attenzione ad introdurre il sondino d'aspirazione con cautela, generalmente non oltre i 3-4 cm
  - Nella persona laringectomizzata o tracheostomizzata non considerare bocca e naso per la somministrazione di ossigeno o per le manovre rianimatorie → **l'aria passa dallo stoma!!!**
  - Quindi se necessario procedere alla respirazione bocca – collo, se si dispone di un Ambu applicarlo allo stoma o collegarlo alla cannula (se presente)

# Gestione al domicilio

- Non vi sono studi controllati o revisioni che definiscono la pratica clinica nel contesto domiciliare, quindi non vi sono delle evidenze scientifiche che definiscono degli standard nella gestione a lungo termine delle cure al paziente con tracheostomia
- Le pratiche attuali vengono essenzialmente estrapolate dalle cure prestate in ambito acuto ospedaliero

# Bibliografia

- NHS Quality Improvement Scotland. 2007. Caring for the patient with a tracheostomy. Edinburgh NHS QIS.  
[www.nhshealthquality.org](http://www.nhshealthquality.org)
- Tracheostomy care Working Group. 2000. Tracheostomy care guidelines. St. James's Hospital/Royal Victoria Eye and Ear Hospital. Dublin.
- Serra A. 2000 Tracheostomy care. *Nursing Standard* 42(14):45-52
- De Leyn et al. 2007 Tracheotomy: clinical review and guidelines. *Eur J Cardiothorac Surg* 32:412-421
- Bedenau et al. 2007. De la trachéotomie à la décanulation: quels sont les problèmes dans une unité de sevrage?. *Réanimation* 16:42-48
- Lewarski J. 2005. Long-Term Care of the Patient With a Tracheostomy. *Respir Care* 50(4):534-537
- Fabbri A., Roveri S. Gestione della tracheostomia nei pazienti in ventilazione spontanea che necessitano di aspirazione tracheo-bronchiale. Bologna: Centro Studi EBN  
[www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)
- Colombo, E. 2001. *Le Tracheotomie. Quaderni Monografici di Aggiornamento A.O.O.I.* Lecce: TorGraf
- LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). 2009. Gestione del paziente laringectomizzato negli interventi d'emergenza.  
[www.legatumori.it/pubblicazione.php?id=555%26area=956](http://www.legatumori.it/pubblicazione.php?id=555%26area=956)