

# ***TRACHEOSTOMIA***

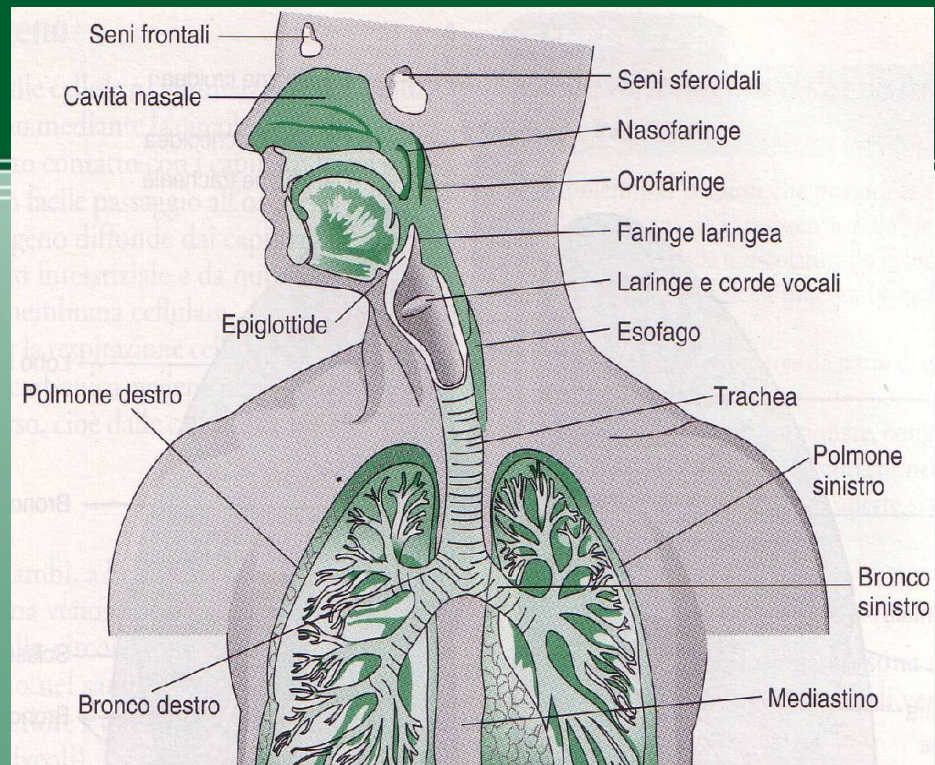
# Anatomia LARINGE

- STRUTTURA CARTILAGINEA CHE COLLEGA IL FARINGE ALLA TRACHEA

- ORGANO DELLA FONAZIONE:  
la sua funzione principale è quella di permettere l'emissione della voce

- COSTITUITA DA:

- ✓ *Epiglottide* – lembo cartilagineo a valvola che chiude la laringe durante la deglutizione
- ✓ *Glottide* – apertura tra le corde vocali nella laringe
- ✓ *Cartilagine cricoide* (unico anello completo)
- ✓ *Corde vocali* – legamenti controllati da movimenti muscolari che producono suoni; sono localizzate nel lume della laringe



# *TRACHEOSTOMIA*

## **TRACHEOTOMIA**

INTERVENTO CHIRURGICO MEDIANTE IL  
QUALE VIENE CREATA UN'APERTURA NELLA  
TRACHEA ATTRAVERSO LA REGIONE  
ANTERIORE DEL COLLO



# *TRACHEOSTOMIA*

## **TRACHEOSTOMIA**

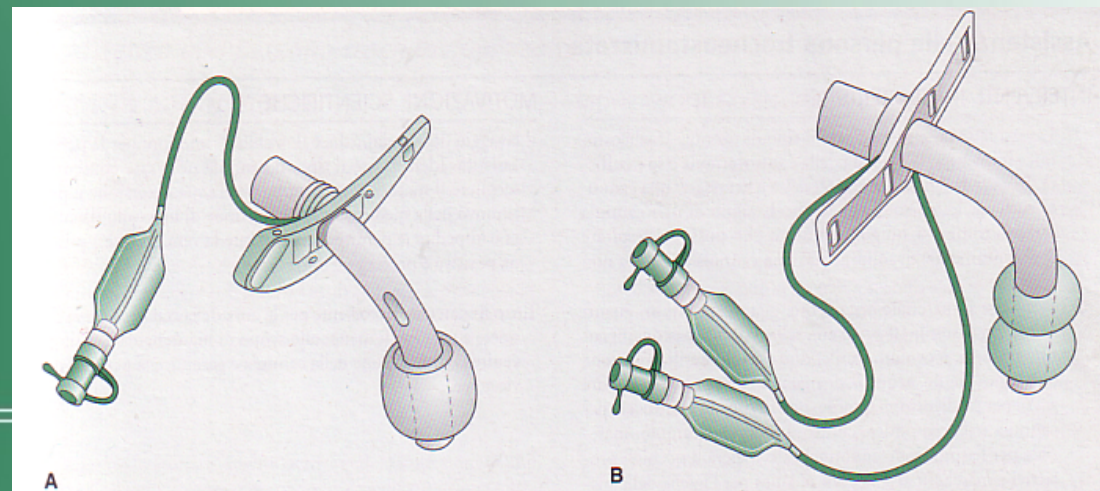
ANASTOMOSI DELLA TRACHEA CON LA CUTE  
DEL COLLO O LA CREAZIONE DI UNA  
COMUNICAZIONE TRA LA TRACHEA E  
L'AMBIENTE MEDIANTE UNA CANNULA

PUO' ESSERE *TEMPORANEA* O *DEFINITIVA*

# TRACHEOSTOMIA

## CANNULA TRACHEOSTOMICA

TUBO CHE VIENE INSERITO NELLA TRACHEA



**FIGURA 25-7** Tubi per la tracheostomia. (A) Cannula fenestrata, che consente alla persona di parlare. (B) Cannula con una doppia cuffia; l'insufflazione alternata delle due cuffie può contribuire a prevenire le lesioni tracheali. Per gentile concessione della Smiths Medical, Keene, NH.

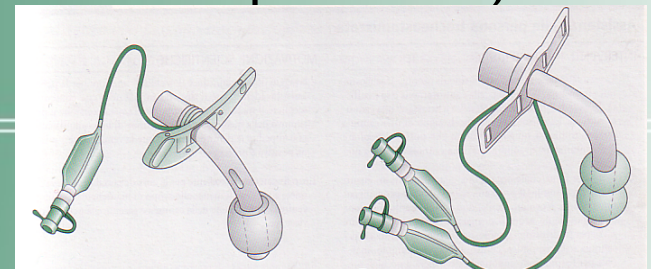


# ***TRACHEOSTOMIA (razionale)***

- OLTREPASSARE UN'OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE SUPERIORI
- MIGLIORARE L'ELIMINAZIONE DELLE SECREZIONI RESPIRATORIE
- CONSENTIRE UNA VENTILAZIONE MECCANICA PROTRATTA NEL TEMPO
- IMPEDIRE L'ASPIRAZIONE, NELLE VIE AEREE, DI SECREZIONI ORALI O GASTRICHE NELLE PERSONE INCOSCIENTI
- PER SOSTITUIRE IL TUBO ENDOTRACHEALE DOPO 3 SETTIMANE DI PERMANENZA
- PROCESSI PATOLOGICI
- SITUAZIONI DI EMERGENZA

# TRACHEOSTOMIA (Procedura)

- INTERVENTO CHIRURGICO, SOLITAMENTE, PRATICATO IN CAMERA OPERATORIA O REPARTO TERAPIA INTENSIVA (per garantire la ventilazione ottimale e asepsi)
- INCISIONE CHIRURGICA TRA 2° E 3° ANELLO TRACHEALE
- DOPO AVER ESPOSTO LA TRACHEA SI INSERISCE UNA CANNULA TRACHEOSTOMICA DI ADEGUATE DIMENSIONI E DOTATA DI CUFFIA
- CUFFIA: MANICOTTO GONFIABILE ALL'ESTREMITA' DISTALE DELLA CANNULA, CHE OCCLUDE LO SPAZIO TRA LE PARETI DELLA TRACHEA E LA CANNULA STESSA (permettendo così la ventilazione senza perdite aeree e riducendo il rischio di aspirazione)



# *TRACHEOSTOMIA (Procedura)*

- Altre metodiche per confezionare una tracheostomia: TECNICA DILATATIVA (*CIAGLIA*), TECNICA PERCUTANEA (*FANTONI*)-praticate spt nelle terapie intensive
- LA CANNULA DA TRACHEOSTOMIA VIENE MANTENUTA IN SEDE CON UNA FETTUCCIA FISSATA ATTORNO AL COLLO DELLA PERSONA
- SI CONFEZIONA UNA MEDICAZIONE STERILE IN TNT POSTA TRA LA FLANGIA DELLA CANNULA E LA CUTE (per assorbire eventuale materiale drenato, prevenire le infezioni e lesioni da pressione)



# ***TRACHEOSTOMIA*** ***(complicanze precoci)***

- EMORRAGIA
- PNEUMOTORACE
- EMBOLIA GASSOSA
- ASPIRAZIONE NELLE VIE AEREE
- ENFISEMA SOTTOCUTANEO O MEDIASTINICO
- LESIONE DEL NERVO LARINGEO RICORRENTE
- LESIONE DELLA PARETE TRACHEALE POSTERIORE

# *TRACHEOSTOMIA*

## *(complicanze tardive)*

Possono avvenire anche anni dopo la rimozione della cannula tracheostomica:

- OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE (dovuta ad accumulo di secrezioni o alla protrusione/erniazione della cuffia sull'apertura distale della cannula)
- INFEZIONI
- ROTTURA DELL'ARTERIA ANONIMA
- DISFAGIA
- FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA
- ISCHEMIA E NECROSI TRACHEALE
- STENOSI TRACHEALE (dopo rimozione della cannula)

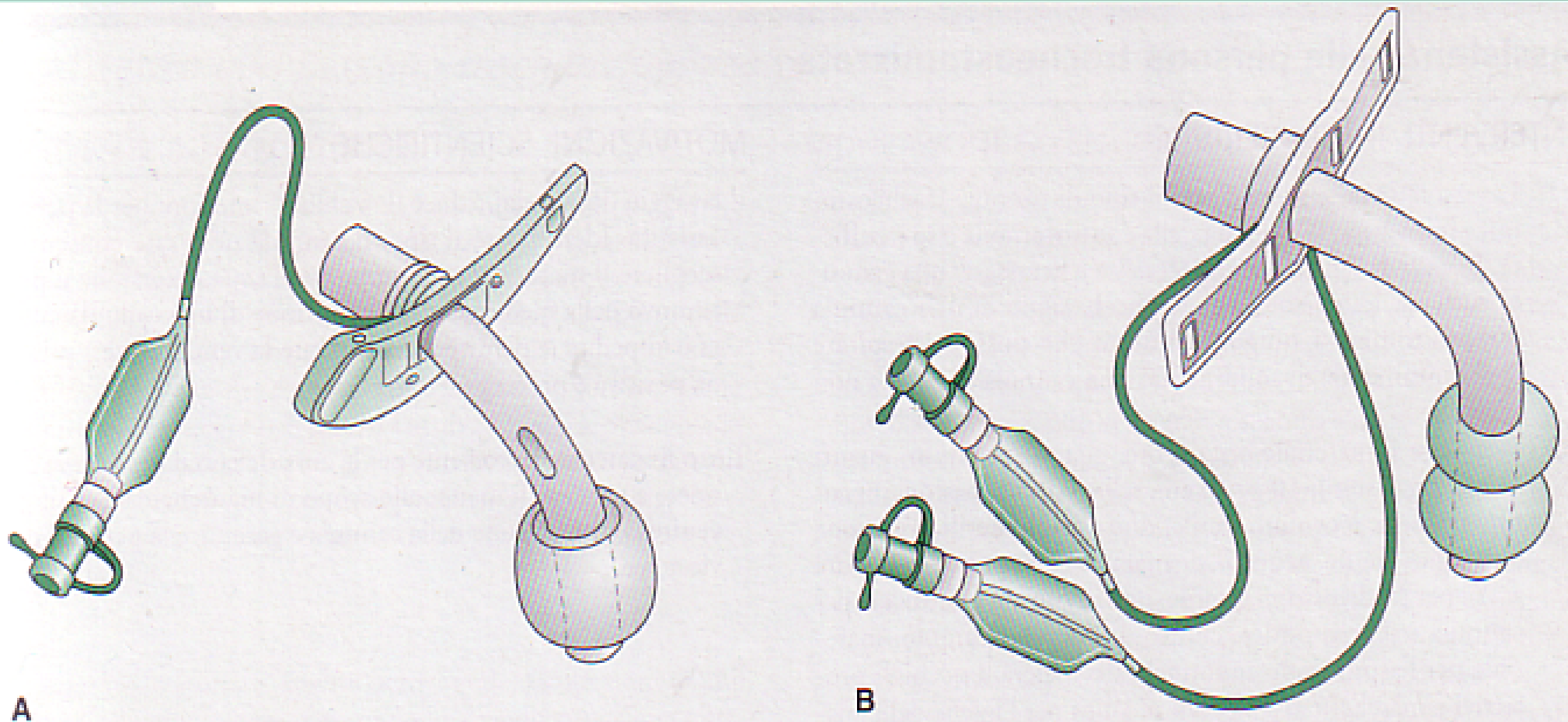
# ***TRACHEOSTOMIA***

***(interventi infermieristici per prevenire le complicanze)***

- **Somministrare l'umidificazione riscaldata (attiva / passiva)**
- **Mantenere la pressione della cuffia**
- **Aspirare le vie aeree al bisogno (in base ai risultati dell'accertamento)**
- **Mantenere integrità cutanea: medicazione TLT secondo protocollo**
- **Auscultare i suoni respiratori**
- **Rilevare segni e sintomi di infezione (compresa TC e conta LEUCOCITARIA)**
- **Somministrare O2 prescritto controllando SpO2**
- **Garantire idratazione**
- **Utilizzare tecnica sterile durante cambio medicazione e aspirazione vie aeree**

# TRACHEOSTOMIA

*(cannule tracheostomiche)*



**FIGURA 25-7** Tubi per la tracheostomia. **(A)** Cannula fenestrata, che consente alla persona di parlare. **(B)** Cannula con una doppia cuffia; l'insufflazione alternata delle due cuffie può contribuire a prevenire le lesioni tracheali. Per gentile concessione della Smiths Medical, Keene, NH.

# TRACHEOSTOMIA

(gestione infermieristica postoperatoria)

## CONTROLLO ED ACCERTAMENTO CONTINUO:

- ✓ MANTENERE PERVIA L'APERTURA, APPENA APERTA IN TRACHEA, MEDIANTE ASPIRAZIONE ACCURATA DELLE SECREZIONI
- ✓ POSIZIONE DELLA PERSONA: semiseduta per facilitare la respirazione- migliorare il drenaggio delle secrezioni, ridurre l'edema locale ed evitare tensione dei punti di sutura
- ✓ SEDATIVI E ANALGESICI SOMM.TI CON CAUTELA (rischio di deprimere il riflesso della tosse)
- ✓ Alleviare l'ANSIA
- ✓ FORNIRE DEI MEZZI DI COMUNICAZIONE EFFICACI (la presenza della cannula NON permette all'aria espirata di passare attraverso le corde vocali impedendo la produzione del linguaggio vocale)
- ✓ Fornire CARTA E PENNA, LAVAGNA MAGNETICA e DISPOSITIVO DI CHIAMATA in modo permettere di comunicare



# *TRACHEOSTOMIA*

## *(aspirazione endotracheale)*

- LE SECREZIONI VANNO ASPIRATE MECCANICAMENTE (causa della riduzione dell'efficacia del riflesso della tosse)
- PROCEDURA INVASIVA E POTENZIALMENTE PERICOLOSA
- Deve essere eseguita SOLO IN PRESENZA DI INDICAZIONE CLINICA segni e sintomi che indicano la presenza di secrezioni in trachea e protesi: tosse non efficace, rumori respiratori avventizi (rumori resp. Umidi, assenza o diminuzione dei rumori), secrezioni visibili nella via aerea artificiale, aumento delle pressioni o riduzione del VC, riduzione spO<sub>2</sub>, ega deteriorata, aumento fr e fc, richiesta della persona assistita ad essere aspirata

# *TRACHEOSTOMIA*

*(aspirazione endotracheale)*

- Aspirazione INUTILE PUO' PROVOCARE BRONCOSPASMO E/O TRAUMA MECCANICO ALLA MUCOSA CON EMORRAGIA
- L'ASPIRAZIONE A INTERVALLI DI TEMPO REGOLARI NON DEVE ESSERE PRATICATA
- MANOVRA' MANTENUTA CON TECNICA DI STERILITA' (per prevenire le infezioni delle vie aeree e sistemiche)

# *TRACHEOSTOMIA*

## *(gestione della cuffia )*

- REGOLA GENERALE: la cuffia di una cannula tracheostomica DEVE essere sempre gonfia
- PRESSIONE DELLA CUFFIA: quanto e con cosa deve essere gonfiata?? (cuffiata) :
- La pressione della cuffia deve essere la più bassa possibile per permettere e mantenere un volume corrente adeguato, impedire l'aspirazione nelle vie aeree e prevenire lesioni sulla trachea
- Mantenuta con MANOMETRO PORTATILE AD ARIA, tra i 20 e 15 mmHg e controllata ogni 6-8 ore

# ***TRACHEOSTOMIA***

***(insegnare l'autocura )***

- **ISTRUIRE LA PERSONA, ASSIEME AI SUOI FAMILIARI, SULLA CURA QUOTIDIANA DELLA TRACHEOSTOMIA in modo appropriato e sicuro**
- **STRATEGIE PER PREVENIRE LE INFEZIONI**
- **INTERVENTI IN CASO DI EMERGENZA**
- **CONOSCENZA DELLA RETE SOCIALE TERRITORIALE (assistenza domiciliare, gruppi e associazioni di persone tracheostomizzate) per aiutare l'assistito e famiglia a gestire autonomamente la tracheostomia a casa propria**

# ***DETERSIONE PERISTOMALE TLT***

- **LAVAGGIO DELLE MANI**
- **ACCERTAMENTO DEL TIPO E MODELLO DI CANNULA PRESENTE (controcannula- cuffia) per scegliere il materiale per la detersione e medicazione**
- **MATERIALE: guanti monouso-sterili-garze sterili 10x10-  
telino sterile- bastoncini cotonati sterili-scovolino sterile-sol  
fis- acqua ossigenata- medicazione pretagliata a y- nastro  
spigato o fettuccia- materiale per aspirazione-manometro  
pressione cuffia-pulsossimetro-dpi occhiali e mascherina**



# ***DETERSIONE TLT***

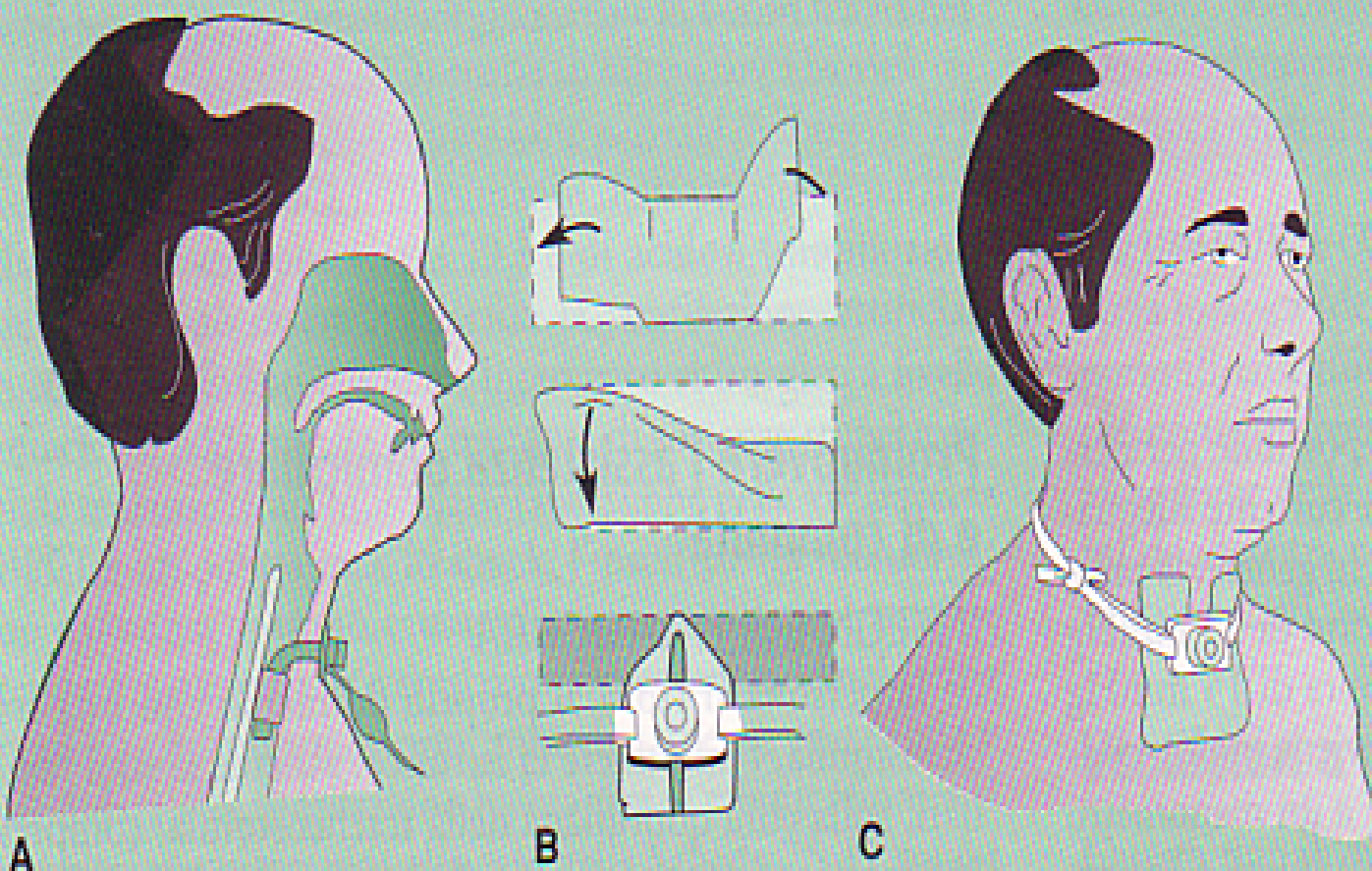
- **Posizione seduta o semiseduta**
- **Indossare occhiali e mascherina**
- **Rimuovere medicazione e valutare stoma, cute e secrezioni presenti, pressione cuffia se presente**
- **Lavaggio antisettico o frizione e indossare guanti sterili (guanti puliti a domicilio e per stomie a lungo termine)**
- **Allestire campo sterile con «arcella» sol fis e H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ed il materiale occorrente**
- **Se occorre eseguire broncoaspirazione**

# ***DETERSIONE TLT***

- **Se controcann presente sbloccarla(ruotandola in senso antiorario) sfilarla e immergerla in sol fis sterile- se presenti secrezioni dense H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> con scovolino e bastoncini cotonati**
- **Detergere la ferita, cute peristomale e flangia esterna della cannula con garze sterili imbevute sol fisiologica. Primi gg dopo intervento antisettico, clorexidina in sol alcolica. Asciugare tamponando**
- **Slacciare la fettuccia e sostituirla. Stringerla in modo che tra nastro e collo passi un dito (2 persone se tracheo di recente confezionamento)**

# ***DETERSIONE TLT***

- **Medicazione a piatto: pretagliata a Y sterile sulla cute, intorno allo stoma sotto la fettuccia e la flangia della cannula in modo che la ferita sia interamente coperta-garze medicate solo in presenza di processi flogistici**
- **Pressione della cuffia, meccanica e caratteristiche del respiro post-procedura e parametri respiratori, colorito cute, spo2 e se occorre EGA**
- **Igiene del cavo orale almeno 2 v/die (se ventilazione meccanica collutorio clorexidina 0.1%)**



**FIGURA** (A) La cuffia della cannula tracheostomica si adatta alla trachea, consentendo la perfusione della mucosa tracheale ma impedendo il passaggio di secrezioni e di aria intorno alla cannula. (B) Per la sostituzione della medicazione, un tampone di garza sterile da 10 × 10 cm può essere avvolto intorno alla cannula tracheostomica e (C) fissato infilando la fettuccia attraverso le fessure ai lati della flangia della cannula (non tagliare la garza con le forbici, perché potrebbe sfilacciarsi e i frammenti potrebbero penetrare nelle vie aeree). Se disponibili usare le medicazioni in tessuto-non tessuto (TNT) pretagliate a "Y". Se non si usa la fettuccia con le chiusure in velcro, il nastro spigato va annodato lateralmente, per evitare il fastidio del nodo dietro il collo.

# ***BIBLIOGRAFIA***

- **S. C. Smeltzer, B. Bare, J. Hinkle, K. Cheever.  
Brunner, Suddarth, (2010), *Infermieristica  
Medico-Chirurgica* - 4 edizione. Milano: CEA  
(Cap.25)**