

"Gestione ed assistenza del paziente cannulato (sottoposto a laringectomia o a tracheotomia) in una realtà domiciliare"

40

Testo e foto estratto dall'opuscolo: "Gestione ed assistenza del paziente con cannula tracheale (sottoposto a laringectomia o a tracheotomia) in una realtà domiciliare"

Sebastiano Castorina, Coordinatore Inf.co

Attanasio Mary, Casati Luca, Cattaneo Nazzarena, De Maron Roberta, Galante Mara, Giglio Lanfranco, Le Bourlout Silvie, Rossi Chiara, Pennacchioli Carla, Stefanoni Isabella, Luciani Alba, Liardo Rosaria. Infermieri U.O. Riabilitazione Specialistica Il Cardio - Respiratoria - Motoria - Azienda Osp. S. Anna Como. - Mariano Comense

INTRODUZIONE

Ormai da anni le tecniche chirurgiche relative alle patologie, neoplastiche e non, a carico della laringe si sono affinate e tecnicamente semplificate. Ma nello stesso tempo si è assistito ad un aumento numerico dei casi denunciati ed operati.

Tale pratica porta sia il personale infermieristico, operante nei nostri ospedali, sia i parenti che seguiranno il Paziente presso il proprio domicilio a doversi confrontare con delle problematiche assistenziali inerenti a tale nuova e particolare situazione. Abbiamo elaborato questo scritto (sintetizzato in questo articolo) attingendo nei vari siti specializzati trovati su Internet. Siamo fiduciosi, con questa relazione, di rendere un po' meno difficile l'assistenza, di fornire alcune risposte ai molteplici quesiti e non ultimo di dare, specialmente a chi seguirà tra le mura domestiche il Paziente, un po' di serenità e di dimestichezza, partecipandogli insieme alle informazioni tecniche, anche la consapevolezza di non essere soli in tali momenti.

Si suggerisce, ai Sanitari, di affiancare a questo scritto momenti di educazione sanitaria pratica da eseguire durante il ricovero.

La manualità pratica e la serenità psicologica saranno gli unici compagni su cui il non sanitario, che assisterà presso il domicilio il nostro Paziente, potrà affidarsi durante i momenti che vivrà al suo fianco.

DEFINIZIONI

Si definisce tracheotomia l'apertura temporanea

della parete tracheale e della cute, con conseguente comunicazione tra la trachea e l'ambiente esterno, che consenta un passaggio di aria atto a garantire una efficace respirazione.

La tracheostomia è, invece, la creazione di un'apertura permanente della trachea, mediante abbottonamento della breccia tracheale alla cute, con conseguente contatto diretto con l'ambiente esterno.

LA CANNULA TRACHEALE

I materiali utilizzati per la costruzione di cannule tracheali (CT) sono stati molteplici nel corso degli anni grazie al progresso della tecnologia applicata ai presidi sanitari.

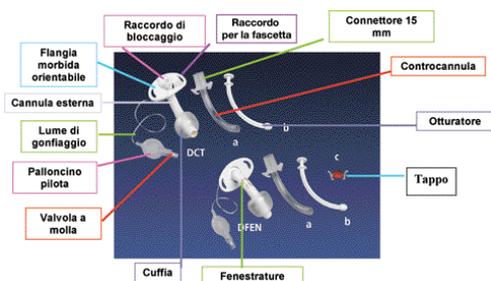
Il tipo di materiale oggi più utilizzato è il PVC

medicato senza lattice, anallergico. Tale materiale atossico termosensibile e radiopaco risulta confortevole per il Paziente e riduce il rischio di lesioni tracheali.

CARATTERISTICHE GENERALI

La cannula tracheale è composta da quattro elementi:





Componenti di una cannula

La **cannula** mantiene la tracheostomia pervia consentendo una normale respirazione. La parte curva del tubo è posizionata nella trachea, mentre la parte chiamata flangia corrisponde alla parte visibile. La cannula viene fissata saldamente per mezzo di fettucce di fissaggio.

Il **mandrino** è posto all'interno della cannula. Serve esclusivamente per l'introduzione della cannula, per renderla più robusta nell'attraversamento del foro cutaneo.

La **contro - cannula** ... inserita nel suo interno dopo il posizionamento di questo tipo di cannula. Serve a mantenere pulita e libera da incrostazioni la cannula interna.

Palloncino pilota: indica lo stato di pressione dell'aria contenuta nella cuffia.

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DI DIFFERENZIAZIONE

Le caratteristiche intrinseche sono: il diametro, la lunghezza, la forma, la flangia, il tratto esterno e la punta. Le caratteristiche estrinseche sono quelle che differenziano le CT tra di loro. Le CT possono essere: cuffiate, non cuffiate e cuffiate fenestrate.

GESTIONE DELLA TRACHEOTOMIA E DEL PAZIENTE CANNULATO

La cannula richiede una certa manutenzione e alcuni cambiamenti delle abitudini di vita quotidiana del Paziente. È importante la pulizia della cannula e dello stoma tracheale specie nei primi tempi, per l'aumento delle secrezioni bronchiali e della loro viscosità, con il successivo aumento della probabilità di sovra - infezioni batteriche. Prima di attivarsi eseguire sempre una valutazione dei bisogni del Paziente.

Criteri locali:

- condizioni dello stoma (arrossamento, tumefa-

- zione, secrezioni purulente e granulazioni);
- rumori respiratori o ostruzione della cannula:

Criteri generali: quali la saturazione dell'ossigeno o la valutazione di un eventuale difficoltà respiratoria.

ASPIRAZIONE TRACHEO - BRONCHIALE (TB)

Consente la rimozione delle secrezioni tracheali presenti nell'albero respiratorio.

Utilizzeremo un aspiratore ed un sondino per ottenere il mantenimento della pervietà delle vie aeree, migliorando gli scambi respiratori ed, infine, preverremo il rischio di infezioni favorite dal ristagno di secrezioni. I Pazienti, interessati saranno coloro che non sono in grado autonomamente di espellere in modo efficace le proprie secrezioni, essendo le proprie vie aeree isolate dalla via digerente dal presidio e quindi non più in grado di deglutire le proprie secrezioni. Si deve prima valutare il bisogno reale di tale procedura!!

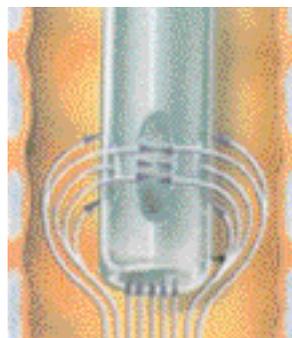
Si deve prima valutare il bisogno reale di tale procedura!!

- valutazione **visiva**: se c'è alterazione della frequenza respiratoria, difficoltà respiratoria, agitazione, scialorrea, tachicardia, colorito cianotico della cute, presenza di tosse o un respiro superficiale.
- Valutazione **uditiva**: eventuali gorgoglii che avvengono durante gli atti respiratori per l'aumento delle secrezioni con la presenza di tosse.
- Valutazione **tattile** toccando con il palmo della mano il torace per sentire eventuali vibrazioni trasmesse dal passaggio d'aria attraverso le secrezioni.
- Valutazione della saturazione ematica.

Durante la manovra di aspirazione la sonda non deve superare l'apertura distale della cannula al fine di evitare continui microtraumi alla mucosa della trachea.

PRECAUZIONI

L'aspirazione è una procedura potenzialmente dannosa (il diametro del sondino non dovrebbe occludere più della metà del diametro interno della



via aerea artificiale per evitare di esercitare un'ulteriore pressione negativa nelle vie aeree e ridurre il livello di ossigeno. Il sondino può anche provocare la stimolazione delle terminazioni vagali con conseguente bradiaritmia e ipotensione. La durata dell'aspirazione non dovrebbe superare i 10/15 secondi.

COMPLICANZE DELL'ASPIRAZIONE TB

È quindi importante controllare la comparsa di eventuali complicanze durante la manovra:

- Ipossiemia, Aritmie, variazioni della pressione arteriosa, danni alla mucosa tracheale causati dalla fuoriuscita della punta del sondino dal lume distale della cannula.

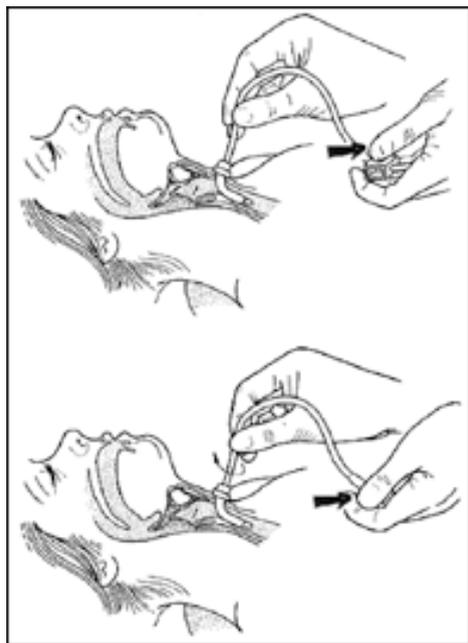
I Pazienti sottoposti ad aspirazione possono sviluppare uno stato di ansia per il dolore provocato dalla manovra, è quindi importante preparare il Paziente ed approcciarlo nel modo ottimale, tranquillizzandolo e spiegando ogni nostra azione prima di eseguirla.

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

- Accertare la necessità di aspirare il paziente osservandone i segni vitali;
- Determinare il grado di collaborazione del Paziente;
- Posizionare in decubito supino il Paziente o altrimenti favorire la posizione semiseduta;
- Iperossigenare il Paziente per almeno un minuto sia prima che dopo la manovra;
- Accertarsi che l'ambiente sia adeguatamente umidificato;
- È consigliabile che il Paziente esegua aerosolterapia.

PROCEDURA

- Lavarsi le mani;
- Indossare la mascherina e i guanti monouso;
- Aprire la confezione del sondino evitando contaminazioni;
- Sfilare il sondino dalla confezione e connetterlo all'aspiratore;
- Introdurre il catetere nella cannula;
- Azionare solo alla fine dell'introduzione l'aspiratore, regolato ad una aspirazione massima di 120 mmHg, aspirando ad intermittenza per periodi non superiori a 10 secondi, ritirando il catetere con movimenti rotatori;



- Pulire all'esterno il sondino con garze e lavarlo aspirando una soluzione di acqua e amuchina;
- Chiudere il sistema di aspirazione;
- Valutare le condizioni del Paziente, osservando la respirazione e il colore della cute, ripetere se è necessario la manovra, lasciandolo prima riposare qualche minuto;
- Nel caso utilizzare un altro sondino;
- Eliminare il materiale utilizzato;
- Eseguire la pulizia della cannula interna (scovolino) e reinserirla nella cannula esterna del Paziente;
- Osservare e riferire al medico: la quantità, il colore, l'odore e la consistenza delle secrezioni aspirate;
- Risistemare il Paziente in una posizione comoda e confortevole;

ERRORI DA EVITARE

È convinzione che la broncoinstillazione di soluzione fisiologica in trachea (solitamente 2/10 ml) aumenti il volume delle secrezioni e ne renda più semplice l'aspirazione; che dislochi le secrezioni; che stimoli la tosse e lubrifichi il tubo endotracheale. Nonostante la plausibilità delle motivazioni, non ci sono prove a sostegno dell'efficacia della manovra. È stato dimostrato che il volume di secrezioni aspirate non è maggiore quando viene istillata



fisiologica (con l'aspirazione si riesce ad aspirare solo il 20% di tale soluzione).

Oltre a possedere limitata efficacia nel facilitare la rimozione, l'istillazione di soluzione durante l'aspirazione può causare un calo della saturazione di ossigeno. Pertanto la pratica di instillare non è raccomandata: l'unico modo per rimuovere facilmente le secrezioni è idratare il Paziente.

CONSIGLI PER LA VITA QUOTIDIANA

Umidificazione

In condizioni normali, il naso e la bocca umidificano l'aria inspirata. Con il posizionamento della cannula endotracheale l'aria deve essere umidificata in altro modo. Questo è il motivo per cui è importante assumere molti liquidi e interporre un "filtro" tra l'ambiente esterno e la cannula (es: foulard di seta o cotone).

Igiene personale

Se, da un lato, è auspicabile la presenza di una certa umidità, una quantità eccessiva potrebbe causare dei problemi. Pertanto quando ci si lava il viso o durante la doccia prestare attenzione al getto e collocare una protezione sulla cannula. Inoltre, è importante coprire la cannula quando ci si rade o si usano prodotti in polvere, lacche per capelli, ecc. intorno al viso e al collo.

Malattia

Per i pazienti tracheostomizzati / tracheotomizzati, la prevenzione è indispensabile. Mangiare sano, riposare molto, evitare il contatto con persone raf-

freddate. Assumere grandi quantità di liquidi, soprattutto se si accusano sintomi di febbre, vomito o diarrea. In caso di vomito, coprire la cannula con un asciugamano.

Abbigliamento

È essenziale evitare che i capi d'abbigliamento blocchino la cannula. Evitare maglioni a girocollo e a collo alto e preferire scollati a V e camicie o maglie con colletto aperto. Inoltre, non indossare capi che perdono fibre o lanugine.

Uscire di casa

Sollecitare la persona ad uscire di casa. In questo modo, infatti, si interrompe la routine quotidiana e l'umore ne trarrà beneficio. Se fuori fa molto freddo, ricordarsi di coprire la cannula, senza stringere, con una sciarpa, un fazzoletto o una garza. Ciò contribuisce a scaldare l'aria inspirata per evitare che l'aria fredda iriti la trachea e i polmoni.

CONCLUSIONI

La presenza di tale via innaturale porterà, immancabilmente, il Paziente e chi vive al suo fianco a dover superare momenti di sconforto ed a convivere con problematiche assistenziali, che specialmente nel primo periodo, saranno difficili. Ribadiamo il nostro auspicio che questa raccolta di consigli ed informazioni apprese da libri e siti vari possa dare le conoscenze teoriche per far vivere con più serenità tali momenti. La consapevolezza nell'accettazione, l'amore, la dedizione e la serenità nella pratica avranno come fine unico ed immenso una migliore qualità di vita al nostro amato.

BIBLIOGRAFIA

1. Ezio Colombo. Le tracheotomie. Quaderni Monografici di Aggiornamento A.O.O.I. TorGraf – Milano, 2000.
2. Italo De Vincentiis. Otorinolaringoiatria. IV Edizione. Piccin Nuova Libreria – Padova, 1993.
3. E. Pallestrini, M.T. Dato. Otorinolaringoiatria e stomatologia. Sorbona – Milano, 1991.
4. M. Lemoine, P. Thompson, R. St. Jhon, M. Toigo. Cannule per tracheostomia. Guida all'uso domiciliare per adulti. Guida Shiley – Milano, 2002.
5. ENT clinical practice group and Outreach team. Guidelines for care of patients with a tracheostomy. Royal Free Hampstead NHS Trust, Nov 2002.
6. Maria Smith. Guideline title: tracheostomy. Royal Alexandra Hospital, Head & Neck Directorate, Aug 2003.
7. Claire Troke. Evidence based guidelines for nursing a patient with a tracheostomy. Poole Hospital NHS Trust, May 2002
8. Atti del convegno "Congresso nazionale infermieri e tecnici O.R.L." a cura di Giulio Belloni 2001
9. <http://www.fisionline.org/17Resp/7respAD.html> L'Aspirazione Tracheo – Bronchiale 1° Servizio d'Anestesia e Rianimazione "G.Bozza" – Az. Osp. Niguarda Cà Granda
10. Rivista: Assistenza Infermieristica e ricerca 2001 Tesi di diploma infermieristico di Laura Rasero Università di Firenze
11. Anatomia e fisiologia dell'uomo di C.P. Anthony; N.J. Kolthoff
12. "Il manuale dell'Infermiere" L.S. Brunner/D.S. Sudarc – Ed. Piccini "l'assistenza respiratoria" AA VV Collana photobook – Ed. Piccini
13. L'assistenza infermieristica principi e tecniche – S. Smith/D. duel – Ed. Sorbona
14. Atti del Convegno "Esperienza di trattamento multidisciplinare pre e post operatorio del paziente sottoposto a laringectomia totale" a cura di S. Nosengo. A. Panero.
15. <http://scientifico.pneumonet.it/arir/articoli/nursing.html> <http://www.aooi.it/trache.pdf>

