

Procedure di Pulizia e Sostituzione della Cannula

Si definisce tracheotomia l'apertura della parete tracheale e della cute, con conseguente comunicazione tra la trachea cervicale e l'esterno, la cui pervietà è garantita da una cannula tracheale. La presenza della cannula tracheale implica invariabilmente un'importante modificazione dell'equilibrio fisiologico della meccanica respiratoria, alterando flussi e resistenze e traumatizzando la mucosa cigliata della trachea. Al fine di ridurre l'incidenza di complicazioni quali infezioni, granulomatosi e stenosi, è necessario un corretto e costante intervento di "nursing" il quale deve necessariamente far parte del bagaglio culturale del medico di medicina generale che è sempre più coinvolto nelle problematiche dei pazienti domiciliari con tracheotomia.

Terminologia

Cannula: tubo di diverse dimensioni generalmente di plastica, raramente metallico, attraverso la quale il paziente respira. (nr.1).

Controcannula: tubo rimovibile coassiale al diametro interno della cannula che evita l'otturazione della cannula stessa. Non tutti i tipi di cannula sono dotati (nr.2).

Mandrino: tubo a punta smussa coassiale alla cannula che, inserito al suo interno al posto della controcanula, facilita l'introduzione della cannula e che deve essere rimosso immediatamente dopo e sostituito con la controcanula (nr.3).

Cuffia: palloncino gonfiabile che circonda il terzo distale di alcune cannule che viene gonfiato per evitare l'aspirazione di materiale alimentare e/o secrezioni laringee oppure per mantenere la tenuta pressoria durante la ventilazione assistita (nr.4).

Finestratura della cannula: apertura di varie fogge sulla convessità superiore di alcune cannule che permette la respirazione e la fonazione per le vie naturali con la cannula chiusa.

Flangia: placca di arresto della cannula che impedisce la totale penetrazione della stessa nello stoma (nr.5).

Pulizia della cannula e dello stoma (FOTO 2 E FOTO 3)

La presenza della cannula implica, soprattutto nelle fasi iniziali, un importante aumento delle secrezioni bronchiali e della loro viscosità che obbligano ad una costante e ripetuta pulizia della cannula e dello stoma. Queste procedure di pulizia e medicazione dovrebbero, a seconda del paziente, avvenire almeno 2 volte al giorno con la seguente procedura di base:

- ❖ asportare la controcanula ruotandola di $\frac{1}{4}$ di giro antiorario e riporla in acqua ossigenata, previa aspirazione delle secrezioni tracheali;
- ❖ rimuovere la garza attorno alla cannula pulendo le secrezioni peristomali e quelle dietro la flangia disinfettando poi la zona;



FOTO NR. 2



FOTO NR. 3



REGIONE PUGLIA ASL LECCE CENTRALE OPERATIVA 118 DIRETTORE: Dr. Maurizio Scardia	<u>Protocollo</u> <u>Gestione domiciliare del</u> <u>paziente con tracheotomia</u> (ED. 05/15)	
---	---	--

- cambiare i lacci della cannula facendo attenzione a non stringerli troppo al fine di non bloccare il ritorno venoso dei vasi del collo (concretamente dovrebbero passare comodamente due dita);
- ❖ lavare la controcanula con l'apposito scovolino sciacquandola poi con soluzione idrosalina;
- ❖ reinserire la controcanula e bloccarla;
- ❖ applicare una nuova garza.

Procedura di sostituzione della cannula

Nel caso in cui si sia chiamati ad eseguire un cambio cannula è sempre necessario avere a disposizione i seguenti strumenti:

- ❖ mandrino;
- ❖ cannula di ricambio di una misura più piccola di quella in situ;
- ❖ forbici;
- ❖ pallone Ambu;
- ❖ dilatatore di Laborde (*nr. 6*);
- ❖ specchio con luce frontale;
- ❖ aspiratore;
- ❖ siringa da 10 ml per la cuffia della cannula (*nr. 7*);
- ❖ lubrificante.

A questo punto ci si appresta alla sostituzione posizionando il paziente con il capo in lieve iperestensione; si tolgono tutte le medicazioni e si tagliano i lacci tenendo con una mano la cannula in sede. Fatta questa operazione, si rimuove la cannula e con una mano si stira in alto la cute, si inserisce la nuova cannula previamente lubrificata partendo da posizione ore 3 o 9 e, una volta sicuri di essere in trachea, inserire completamente la cannula ruotandola di 90 gradi e spingendola inferiormente nella sua posizione definitiva ore 6. Solitamente questa manovra non presenta particolari problematiche.

Uno degli incidenti a cui più frequentemente è soggetto il portatore di cannula tracheale è la formazione del tappo mucoso favorito dalla ipersecrezione bronchiale e dalla scarsa umidificazione della stanza del paziente. Un respiro frequente, superficiale, rumoroso attraverso la cannula deve mettere sempre in allarme chi segue il paziente. In questo caso, dopo aver accertato che non si tratti di insufficienza polmonare, si rimuove la controcanula. Se il tappo si trova all'interno di esso la dispnea si risolverà. In caso di persistenza è quindi necessario sondare con un catetere aspiratore la pervietà della parte distale della cannula e della trachea valutando attentamente la presenza di resistenze all'introduzione del catetere. Se l'aspirazione non dovesse risolvere il problema si rende necessario porre il paziente davanti ad un umidificatore e procedere alla rimozione e sostituzione della cannula in quanto tipicamente il tappo mucoso si trova tenacemente adeso alla parte distale della cannula. In ogni caso comunque, anche dopo l'asportazione del tappo mucoso, è buona norma far eseguire al paziente una serie di inalazioni. Consigliare sempre che il paziente riposi in una stanza in cui vi sia normalmente funzionante un umidificatore.

Inoltre è buona norma eseguire saltuariamente un controllo batteriologico delle secrezioni peristomali al fine di individuare eventuali cariche batteriche patogene resistenti ai comuni antibiotici.