

OPUSCOLO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE

TRACHEOSTOMIZZATO



Equipe Infermieristica Ambulatorio di Otorinolaringoiatria

Policlinico Tor Vergata

INDICE

INTRODUZIONE	pag 3
TRACHEA E LARINGE	pag 4
MANUTENZIONE DELLA CANNULA E DEL TRACHEOSTOMA	pag 7
TEMPO LIBERO ED ATTIVITA' QUOTIDIANE	pag 9
LA NUOVA VOCE	pag 10
BRONCO-ASPIRAZIONE	pag 11
PROCEDURE PER LA ASPIRAZIONE ATTRAVERSO TRACHEOSTOMIA	pag 12
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	pag 12
ARRESTO CARDIACO	pag 13
A CHI RIVOLGERSI	pag 13

Questo opuscolo nasce dalla necessità di fornirLe un supporto che rafforzi e completi le informazioni che Le sono state già date dal personale sanitario.

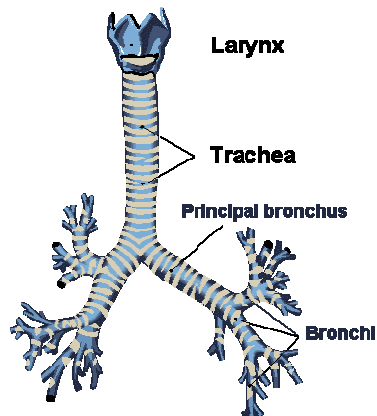
Il presente opuscolo Le spiegherà cosa significa essere portatore di tracheostomia/tracheotomia, intervento che può essere momentaneo o permanente. Se da un lato questa è una pratica salvavita, dall'altro porta a conseguenze importanti, che è necessario conoscere.

Sarà di grande importanza che Lei condivida questo opuscolo con persone e familiari a Lei cari, in modo che possano esserLe di aiuto.

Questo lavoro rispecchia il nostro desiderio di rendere chiare, semplici ed il più possibile “confortanti” le informazioni che riceverà.

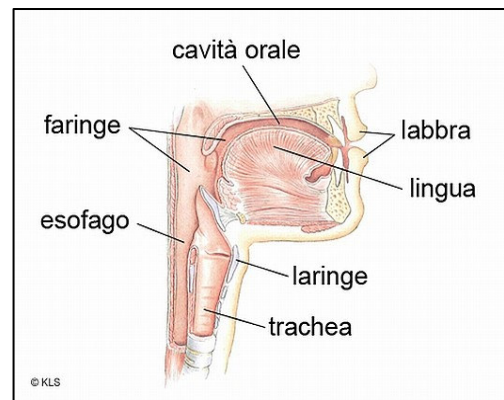


TRACHEA E LARINGE



La **trachea** fa parte delle vie respiratorie inferiori insieme alla laringe che la precede e ai bronchi che la seguono. E' localizzata all'altezza del collo. La sua funzione primaria è quella di permettere il passaggio dell'aria dall'ambiente esterno verso i polmoni. Essa ha la forma di un tubo semirigido lungo circa 12 centimetri, formato da una serie di anelli cartilaginei che la proteggono.

La **laringe** (nell'uomo conosciuta come "pomo d'Adamo") è un organo che regola il passaggio dell'aria dall'ambiente esterno ai polmoni e protegge la trachea durante l'alimentazione. Al suo interno si trovano le corde vocali, organi fondamentali per la produzione della voce e per la protezione delle vie respiratorie.



La **tracheotomia** consiste nell'apertura *temporanea* della parete tracheale con conseguente comunicazione tra la trachea cervicale e l'ambiente esterno, consentendo un passaggio di aria che garantisca una respirazione efficace.

La **tracheostomia** consiste nell'incisione della trachea per aprire una nuova via respiratoria. Essendo *permanentemente* chiuso il collegamento tra naso-bocca e la trachea, quest'apertura, creata alla base del collo, permette al paziente di respirare.



La tracheotomia viene effettuata per un'ostruzione delle vie aeree o in conseguenza alla **laringectomia** (rimozione della laringe o parte di essa) a causa di tumori della laringe. Quest'ultimo intervento può essere parziale (richiede tracheotomia non permanente) o totale (richiede tracheostomia permanente). Il paziente laringectomizzato perderà la voce, ma avrà una deglutizione normale.

La laringe è situata alla biforcazione tra la via respiratoria e digerente, ed impedisce ai cibi ed ai liquidi di penetrare nei polmoni.

Negli interventi di laringectomia totale, queste due vie saranno completamente separate, per impedire che il cibo passi nei polmoni. Dopo l'intervento quindi, il paziente laringectomizzato potrà deglutire senza che gli alimenti vadano nelle vie respiratorie.



Dopo l'intervento di tracheotomia, per evitare che l'apertura nel collo (o stoma) si restringa, è necessario portare per un certo periodo la cannula.

La **cannula** è un tubicino di plastica o silicone che permette la respirazione; è provvista di due alette laterali che permettono di fissarla al collo.



La **controcannula** è un tubicino che s'inserisce all'interno della cannula. Serve a mantenere pulita la cannula interna evitando che questa debba essere rimossa durante le manovre di pulizia.

Da questo momento la respirazione, la tosse e gli starnuti avverranno attraverso quest'apertura e non più dalla bocca o dal naso.

Per **tossire**, il paziente dovrà mettere in pratica alcuni suggerimenti:

- 1) Inspirare profondamente.
- 2) Premere con forza un fazzoletto sullo stoma e spingere l'aria dai polmoni come se soffiaste.
- 3) Togliere di scatto il fazzoletto dallo stoma e tossire.
L'aria trattenuta sarà espulsa con maggior forza.





In seguito a queste modificazioni, non respirando più attraverso il naso, l'aria non stimolerà più l'organo dell'olfatto nel naso. Benché l'organo sia intatto e funzionante, il paziente inizialmente non sentirà più gli odori, per cui anche il gusto potrà risultare alterato; con il passare del tempo il funzionamento di entrambi i sensi migliorerà notevolmente.

Un'altra problematica riguarda la difficoltà a respirare, ma in genere questo sintomo regredisce in poco tempo. La tosse è un sintomo spesso presente; essa dipende da un aumento della produzione di muco nella trachea e nei bronchi, ma in seguito anch'essa tenderà a diminuire.



Poiché solitamente i problemi di deglutizione sono reversibili, il paziente con tracheostomia, dopo qualche mese, sarà in grado di mangiare tutti i cibi, come prima dell'intervento. Questo solo dopo una consulenza logopedica che escluda qualsiasi problema deglutitorio. L'esofago, organo che solitamente non subisce alterazioni con l'intervento, servirà per l'alimentazione, ed eventualmente per tornare a parlare attraverso la creazione di una nuova voce: la voce esofagea.



MANUTENZIONE DELLA CANNULA E DEL TRACHEOSTOMA

- Fintanto che si renda necessario portare la controcannula, bisogna pulirla quotidianamente sotto acqua corrente, eventualmente associata ad un detergente neutro. Utilizzare uno spazzolino morbido e di forma cilindrica facendo attenzione a quelli che presentano parti metalliche che potrebbero danneggiarla. Quando sarà possibile rimuovere la cannula, sarà necessario eseguire le stesse procedure anche su di essa.
- Non lasciare mai il tracheostoma senza cannula più a lungo del periodo indicato dal medico: l'apertura potrebbe restringersi tanto da non permettere più l'introduzione della cannula.
- Non utilizzare la controcannula se sono presenti rotture o se il bordo inferiore non è più liscio e regolare.
- La cute intorno all'apertura deve presentarsi sempre pulita, non arrossata e senza incrostazioni di catarro. E' necessario quindi rimuovere le incrostazioni ogni giorno, con acqua tiepida o amuchina, e tenere la cute intorno bene asciutta. Poiché durante la notte si accumulano le secrezioni mucose, il momento migliore per l'igiene è il primo mattino. Nel caso in cui non sia più necessario utilizzare cannula, è comunque importante eseguire l'igiene dello stoma tutti i giorni. Nel caso della pelle irritata è consigliabile usare una crema protettiva.
- E' necessario che lo stoma rimanga sempre coperto: ovatta e/o fazzoletti di carta sono proibiti, poichè c'è il pericolo che dei fili o frammenti possano penetrare in trachea.



Esistono in commercio dei “bavaglini copri cannula”, impermeabili ed in diversi colori che potranno diventare una scelta esteticamente gradevole; in alternativa è possibile utilizzare compresse di garza o fazzoletti di cotone.





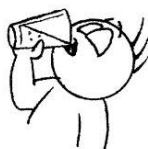
SCONSIGLIATO

- Esporsi a forti correnti d'aria
- Fumo, ambienti fumosi e/o polverosi
- Abuso di alcool
- Eccessivo vapore (es. durante la doccia) perchè crea difficoltà respiratorie
- Spruzzarsi acqua in faccia



CONSIGLIATO

- Bere molti liquidi, almeno 10 bicchieri di acqua o tisane al giorno (importante per fluidificare le secrezioni ed evitare formazione di tappi di muco).
- Pulire frequentemente e con cura i denti e risciacquare spesso la bocca usando un buon disinfettante orale, in questo modo eviterà l'alito cattivo e migliorerà anche le capacità gustative.
- Umidificare sempre gli ambienti, utilizzando l'umidificatore, e non riscaldare troppo l'ambiente; questo per evitare il formarsi di croste e tappi di muco o catarro che provocherebbero difficoltà respiratorie soprattutto durante la notte o nel periodo invernale con il riscaldamento.



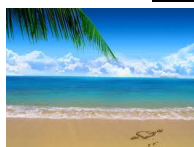
TEMPO LIBERO ed ATTIVITA' QUOTIDIANE



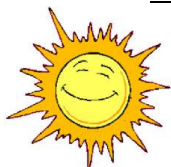
DOCCIA: riparare il tracheostoma dall'acqua con le garze di copertura



RASATURA: mantenere protetto il tracheostoma per evitare che penetrino peli o acqua. La direzione della rasatura deve partire dallo stoma verso fuori e non viceversa. Sarebbe consigliato l'utilizzo di una macchinetta elettrica per evitare che penetri del sapone nello stoma.



MARE: andare in spiaggia è possibile; l'importante è evitare di stare sulla spiaggia quando il vento solleva la sabbia. Evitare di immergersi, perchè l'acqua potrebbe passare dallo stoma fino ai polmoni.



SOLE: Riparare lo stoma dai raggi solari: indossare un foulard leggero o un cappello a larghe falde ed eventualmente restare riparati sotto l'ombrellone.



BOSCO: passeggiare, soprattutto nel bosco con il suo elevato tasso di umidità, fanno bene alla respirazione e allo spirito. Attenzione però nelle giornate ventose, poichè possono volare particelle ed entrare nello stoma.



SPORT: è possibile praticare qualsiasi sport che non comporti sforzi eccessivi. Sono particolarmente indicati gli esercizi di ginnastica che allenino specialmente i muscoli del collo e delle spalle. Con l'apparecchio di terapia acquatica, il paziente potrà di nuovo praticare il nuoto.



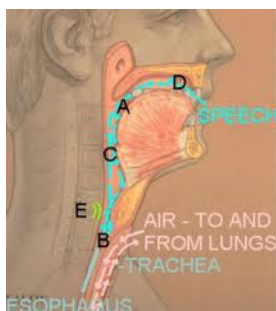
LA NUOVA VOCE

L'asportazione della laringe comporta la perdita della voce abituale. Questa perdita è un evento traumatico: sia perché la voce è uno degli elementi caratterizzanti una persona, sia perché non sarà più la voce di prima. Inizialmente infatti, il paziente avrà dei dubbi riguardanti il recupero della voce, ma con il tempo e l'esercizio riuscirà di nuovo a parlare ed a farsi intendere.

Prima dell'operazione, con il medico e il logopedista, professionista che si occupa della riabilitazione vocale, discuterà i seguenti argomenti:

- Quali voci sostitutive possono essere prese in considerazione nel suo caso?
- Quale voce è la più adatta?
- Come potrà apprendere ad usare la nuova voce?

Immediatamente dopo l'operazione sarà fondamentale utilizzare qualsiasi mezzo per comunicare, per evitare di isolarsi: sussurro, scrittura, gestualità, lettere dell'alfabeto o immagini, computer, etc. In seguito però sarà necessario intraprendere insieme al logopedista, un percorso riabilitativo mirato ad una delle tecniche di riabilitazione vocale.



La **voce esofagea** si forma ingoiando prima l'aria ed espellendola dall'esofago con una certa forza e gradualità. Grazie a questi esercizi si formeranno delle rugosità nella mucosa della faringe che vibreranno quando si rilascia l'aria. Ci sono varie possibilità o tecniche per «ingoiare» l'aria (risultato simile al “rutto”); sarà meglio provarle tutte e poi scegliere quella più gradita. Per apprendere la voce esofagea occorrono tra le cinquanta e le sessanta sedute di terapia per la riabilitazione vocale. La voce esofagea è bassa e rauca e la tecnica per apprenderla richiede un impegno notevole da parte del paziente. In compenso non richiede ausili tecnici e le mani sono libere mentre si parla.

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none">– voce propria (naturale, individuale)– periodo di apprendimento (2–6 mesi)– comprensione discreta– nessun ausilio tecnico	<ul style="list-style-type: none">– volume ridotto– effetti collaterali (fruscii, acidità, deglutizione di aria)– può affaticare



Esiste anche la possibilità di ricorrere ad un ausilio elettronico, il **laringofono**: un apparecchio con una membrana vibrante che va premuta contro il collo o la guancia. E' facile da utilizzare e permette di parlare anche per parecchio tempo. L'inconveniente è che si deve sempre reggere l'apparecchio con una mano. Inoltre questa voce risulta "monotona".

Vantaggi	Svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> - buona comprensione - apprendimento rapido (settimane) - si può parlare a lungo 	<ul style="list-style-type: none"> - dipendenza da apparecchio e accumulatore - voce monotona - bisogna servirsi di una mano - l'apparecchio è visibile



BRONCO-ASPIRAZIONE

Una aspirazione inutile puo' provocare broncospasmo (difficoltà respiratoria) o danneggiare la mucosa della trachea. Per questo è importante che il paziente e le persone a lui care siano consapevoli di quando e come procedere con questa manovra.

ASPIRARE:



- secrezioni evidenti
- sensazione di tappo o soffocamento
- difficoltà ad espellere le secrezioni con tosse
- rumori respiratori improvvisi

NON ASPIRARE:



- assenza di rumori respiratori
- assenza di secrezioni evidenti
- espulsione di secrezioni con tosse
- è presente poco catarro
- assente sensazione di tappo o soffocamento

PROCEDURE PER L'ASPIRAZIONE ATTRAVERSO TRACHEOSTOMIA



- 1) Lavarsi le mani accuratamente
- 2) Accendere l'aspiratore
- 3) Riempire un bicchiere monouso di acqua
- 4) Inserire il sondino attraverso la cannula tracheostomica senza attivare l'aspirazione
- 5) Avviare l'aspirazione facendo ruotare il sondino a 360 gradi
- 6) La manovra non deve durare più di 10-15 secondi
- 7) Attendere 1 o 2 minuti prima di eseguire una nuova manovra (questo per permettere la respirazione di riattivarsi)
- 8) Ripetere le precedenti operazioni finché le vie aeree non sono libere
- 9) Sciacquare il sondino aspirando acqua dal bicchiere monouso
- 10) Togliere il sondino dall'aspiratore, lavarlo accuratamente con acqua e riporlo nel contenitore con acqua e amuchina



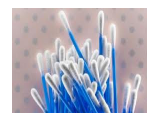
DIFFICOLTA' RESPIRATORIA

I laringectomizzati sono più spesso soggetti a difficoltà respiratorie. L'aria secca o un forte raffreddore possono portare alla formazione di croste nella trachea, provocandone il restringimento: ciò può rendere difficoltosa la respirazione.

Se insorgono queste difficoltà bisogna innanzitutto provare a liberare lo stoma.

Sono consigliate le seguenti tecniche:

- Ammollire le croste con i bastoncini di ovatta imbevuti della soluzione salina e staccarle con la pinzetta.
- Rimuovere il muco ed eventuali croste formatesi intorno allo stoma con il tubo dell'apparecchio aspiratore.
- Davanti allo specchio controllare con la pila tascabile lo stoma all'esterno e all'interno.



Se è portatore di cannula, estrarre subito quella interna (controcannula), migliorando così la respirazione. La cannula esterna invece non deve essere rimossa: essa assicura la via respiratoria. Se le difficoltà si aggravano, se tossendo il paziente espelle croste o fuoriesce sangue, deve rivolgersi immediatamente al medico o al pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

ARRESTO RESPIRATORIO

In caso di arresto respiratorio, eseguire le seguenti azioni:

- Mettere la persona in posizione supina (con l'addome verso l'alto)
- Liberare il collo
- Aprire ampiamente la camicia
- Tendere il collo mettendo qualcosa sotto la schiena
- Pulire lo stoma
- Se la persona porta una cannula interna rimuoverla; lasciare la cannula esterna
- Iniziare la respirazione bocca-collo
(Non è possibile effettuare la respirazione artificiale canonica con il paziente tracheostomizzato; la respirazione avviene attraverso lo stoma quindi non è necessario liberare il naso e la bocca)



A CHI RIVOLGERSI

Al momento della dimissione, il Medico stabilisce il percorso assistenziale, e il Coordinatore dell'Ambulatorio Otorino diventa consulente del paziente Tracheostomizzato.

Per qualunque dubbio o difficoltà il Coordinatore ed il suo team Infermieristico-Sanitario saranno a disposizione del paziente, sostenendolo e fornendogli le giuste informazioni per il suo nuovo stato funzionale (nuovo stile di vita); per questa ragione il paziente non dovrà esitare a chiamare per ricevere chiarimenti o rassicurazioni.

Realizzazione

Equipe Infermieristica dell' Ambulatorio di Otorinolaringoiatria - Policlinico Tor Vergata

con la collaborazione di

