

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI TRAHEOSTOMIZAT ÎN SERVICIILE DE TERAPIE INTENSIVĂ

Constanța Stoica, Florentina Anghel

Secția de Anestezie și Terapie Intensivă, Spitalul Clinic de Urgență București

Traheotomia este o intervenție chirurgicală prin care se asigură respirația bolnavului direct printr-un orificiu creat la nivelul traheei cervicale (**traheotomie**), care se poate completa cu fixarea traheei la piele (**traheostomie**).

Se poate efectua chirurgical (clasic) sau prin tehnici percutanate, specifice ATI, care au avantajul că se pot practica și la patul bolnavului.

După efectuarea traheotomiei (traheostomiei) se montează o canulă traheală, ce poate fi de mai multe feluri: cu balonaș (în cazul în care pacientul necesită ventilație mecanică și/ sau are tulburări de deglutiție) sau fără balonaș, care asigură respirația spontană și eliminarea secrețiilor. Canulele traheale pot fi de asemenea de dimensiuni diferite, cu sau fără mandren, din diverse materiale (plastic, silicon, metalic) sau pot fi fenestrate (pentru a permite fonația) (1).

Practicarea traheostomiei se indică atât în patologia de cale aeriană (obstrucția înaltă de căi respiratorii) cât și extrapulmonară (fracturi ale coloanei cervicale cu leziuni spinale, comă prelungită, chirurgia facială și arsurile faciale, precum și în anafilaxie sau reacții alergice severe).

Din punct de vedere anestezic, efectuarea traheotomiei are avantajul de a reduce spațiul mort respirator, ușurează aspirarea și toaleta traheo-bronșică a pacientului și grăbește desprinderea de pe ventilator. O indicație majoră a traheotomiei în serviciul ATI este **intubația prelungită**, efectuarea la timp a traheotomiei evitând formarea stenozelor traheale, a traheomalaciei și a fistulelor eso-traheale (1).

Tehnica traheostomiei

Există două **tehnici principale**: cu pensa dilatatoare (procedeul Greggs) sau cu dilatatoare progresive (procedeul Ciaglia) (2).

Poziția bolnavului: în decubit dorsal, cu extensia regiunii cervicale (se aplică un rulo sub umeri).

Repererele sunt: unghiul cartilajului tiroid, cartilajul cricoid (sub care se palpează inelele traheale) și furculița sternală. Aceste trei repere trebuie aliniate vertical, pe linia mediană.

Sunt de asemenea necesare pregătirea echipamentului steril (câmpuri, mănuși, comprese), cu asigurarea condițiilor de asepsie-antisepsie și a substanțelor analgetice și sedative necesare practicării intervenției.

Incizia se practică în regiunea cervicală, la 2 cm sub cartilajul cricoid. Se puncționează traheea sub nivelul inelului 2, după care se introduce struna de ghidaj. Pe strună se efectuează dilatarea progresivă a orificiului traheal (5).

După obținerea unui orificiu suficient de larg, se introduce canula traheală, prevăzută cu un mandren cu ghidaj pentru strună. Se cuplează ventilatorul la canulă și se retrage sonda IOT (menținând-o la nivelul laringelui, de preferință sub control fibroscopic). Anestezia se continuă pe canulă.

Metoda nu se efectuează în urgență, fiind laborioasă și necesitând anestezie profundă.

Incidente și accidente: sângerare (din istmul tiroidian sau din pachetul vasculo-nervos), deșirarea traheei, perforarea posterioară și pătrunderea în esofag, crearea de cale falsă (cu imposibilitatea introducerii canulei), emfizemul subcutanat (3).

Îngrijirea ulterioară a pacientului traheostomizat este un proces complex, ce vizează: prevenirea infectării și lezării tegumentului, igiena zilnică a canulei, aspirarea secrețiilor, precum și particularități ale ventilației și nutriției.

Tegumentul din jurul stomei va fi toaletat zilnic, cu schimbarea pansamentului ori de câte ori este nevoie (chiar și la 1 oră dacă există secreții locale sau la pacienții septici). Canulele interioare (dacă există) se vor schimba de asemenea zilnic sau, în cazul celor reutilizabile, se spală și se curăță (aceste manevre nu vor depăși 15 minute).

Aspirarea secrețiilor se va practica atunci când respirația devine zgomotoasă (indicând prezența mucusului în trahee), când se observă barbotarea mucusului la capatul canulei traheale și în prezența semnelor de insuficiență respiratorie (tahipnee, scăderea SpO₂, modificări de puls și TA, neliniște, agitație, cianoză). Se preferă și se recomandă aspirarea blândă, care să nu depășească lungimea canulei, pentru a nu leza peretele traheal (4). Se pot practica însă și aspirații superficiale, la nivelul orificiului canulei traheale (atunci când pacientul tușește eficient), aspirații profunde, ce depășesc lungimea canulei sau aspirarea cu fibroscopul.

Există anumite **precauții** ce trebuie luate în considerare atunci când se aspiră bolnavul. Pentru canulele cu balonaș, se verifică împreună cu medicul presiunea în balonaș. Se recomandă preoxigenarea și postoxigenarea pacientului timp de 3 minute, prin administrarea de oxigen 100%. Nu se va aspira mai mult de 10 sec și se vor lăsa cca 30 sec între 2 manevre, timp în care bolnavul se poate liniști și poate respira normal.

Serul fiziologic este indicat numai dacă secrețiile sunt foarte dense, vâscoase, cu tuse inefficientă (nu mai mult de 1 ml per instilație).

Este utilă **dezumflarea periodică a balonașului**, pentru a preveni acumularea secrețiilor deasupra acestuia și se va verifica la 2-4 ore presiunea în balonaș, cu ajutorul unui manometru (normal: 15-20 mm Hg).

Un alt aspect important este **umidifierea și încălzirea gazelor respiratorii**, prin umidificatorul ventilatorului (la pacienții ventilați mecanic) sau prin nebulizator sau aparat de aerosoli (la pacientul care respiră spontan).

Nutriția bolnavului traheostomizat

Alimentarea se va face numai sub supravegherea asistentei.

La pacienții ventilați mecanic, nutriția pe sonda jejunală sau nazogastrică scade riscul de aspirație traheo-bronșică. O dată cu îmbunătățirea reflexului de deglutiție, se testează alimentarea orală cu semisolide și lichide, în paralel cu cea enterală, până la reluarea completă a alimentației orale. Se recomandă aspirarea secrețiilor înainte de mese și nu postprandial, când reflexele de tuse și vomă pot favoriza aspirarea traheo-bronșică.

Bolnavul se alimentează în poziție șezândă, cu flexia capului pe torace, cu lingurița apăsând ușor pe limbă. Inițial, alimentarea se face păstrând balonașul umflat, pentru a evita aspirația, ulterior acesta va fi dezumflat progresiv.

Nu trebuie neglijate **aspectele psihologice** ale îngrijirii pacientului traheostomizat. Internarea prelungită într-o secție de terapie intensivă (valabilă pentru majoritatea acestor bolnavi), cu tot ceea ce presupune acest lucru potențează anxietatea și teama. Pacientul conștient va fi informat asupra tuturor manevrelor ce i se vor efectua și va fi încurajat să se exprime (comunicare scrisă pentru bolnavul traheostomizat). Există de asemenea un impact psihologic pe termen lung, legat de prezența cicatricei de traheotomie într-o regiune vizibilă a corpului.

Complicațiile traheostomiei pot fi decanularea accidentală, obstrucția canulei, infectarea locală sau respiratorie, sângerarea din stomă și din mucoasa traheală, crearea de fistule arterio-traheale sau traheo-esofagiene (în cazul canulelor cu balonaș). Pot apărea și complicații tardive, precum granulomul traheal, formarea de pintenii traheali, ce împiedică decanularea ulterioară sau dehiscenta stomei, cu imposibilitatea închiderii acesteia.

Concluzii: se constată o creștere a numărului bolnavilor traheostomizați în terapie intensivă, explicabilă prin creșterea speranței de viață a politraumatismelor grave. Îngrijiți corespunzător, acești pacienți se vor recupera mai rapid, vor putea fi desprinși mai ușor de ventilator și se vor mobiliza mai precoce, cu o reducere implicită a spitalizării și a costurilor legate de aceasta.

BIBLIOGRAFIE

1. BARBA, C.A.: *The intensive care unit as an operating room*. Surg. Clin. North Am. 2000; 80(3):957-73.
2. FRIEDMAN, Y.; MAYER, A.D.: *Bedside percutaneous tracheostomy in critically ill patients*. Chest 1993; 104(2):532-5.
3. LEONARD, R.C.; LEWIS, R.H.; SINGH, B.; et al.: *Late outcome from percutaneous tracheostomy using the Portex kit*. Chest 1999; 115(4) 1070-5.
4. FIKKERS, B.G.; FRANSEN, G.A.; van der HOEVEN, J.G.; et al.: *Tracheostomy for long-term ventilated patients: a postal survey of ICU practice in the Netherlands*. Intensive Care Med. 2003; 29:1390-3.
5. VELMAHOS, G.C.; GOMEZ, H.; BOICEY, C.M.; et al.: *Bedside percutaneous tracheostomy: prospective evaluation of a modification of the current technique in 100 patients*. World J. Surg. 2000; 24(9):1109-15.