

Laboratorio professionalizzante 1



Lezione 5:

Aspirazione vie aeree

nicola.reia@units.it

Principi dell'aspirazione

Consiste nell'aspirare secrezioni attraverso un sondino collegato ad un sistema di aspirazione portatile o ad una presa di aspirazione a parete a pressione negativa (Vuoto centralizzato o Vacuum)

A che scopo:

- Rimuovere le secrezioni presenti nell'albero respiratorio
- Mantenere la pervietà delle vie aeree così da migliorare e garantire la funzionalità respiratoria



Tipologie di aspirazione

1)
ORO-NASOFARINGEA: utilizzata quando il paziente riesce a tossire, ma non riesce ad espellere le secrezioni

2)
NASO-TRACHEALE: utilizzata nei pazienti con secrezioni polmonari che non riescono ad espellere con la tosse

3)
ENDOTRACHEALE: è l'aspirazione ottenuta tramite una via respiratoria artificiale (TET Tubo Endo Tracheale o da cannula tracheostomica



Quando si aspira

1) Solo quando c'è presenza di secrezioni e il paziente non è in grado di espellerle autonomamente, prima del deterioramento dei parametri vitali, l'insorgenza di respiri superficiali e/o l'utilizzo dei muscoli accessori.

Tosse inefficace

(debolezza, alterazione dello stato di coscienza, deficit neuro-muscolari)

2) In situazioni di Emergenza quando la funzionalità respiratoria è compromessa

Necessaria in tutti quei pazienti che hanno secrezioni visibili o udibili (crepitii, rantoli, ecc)che determinano un aumento del lavoro respiratorio

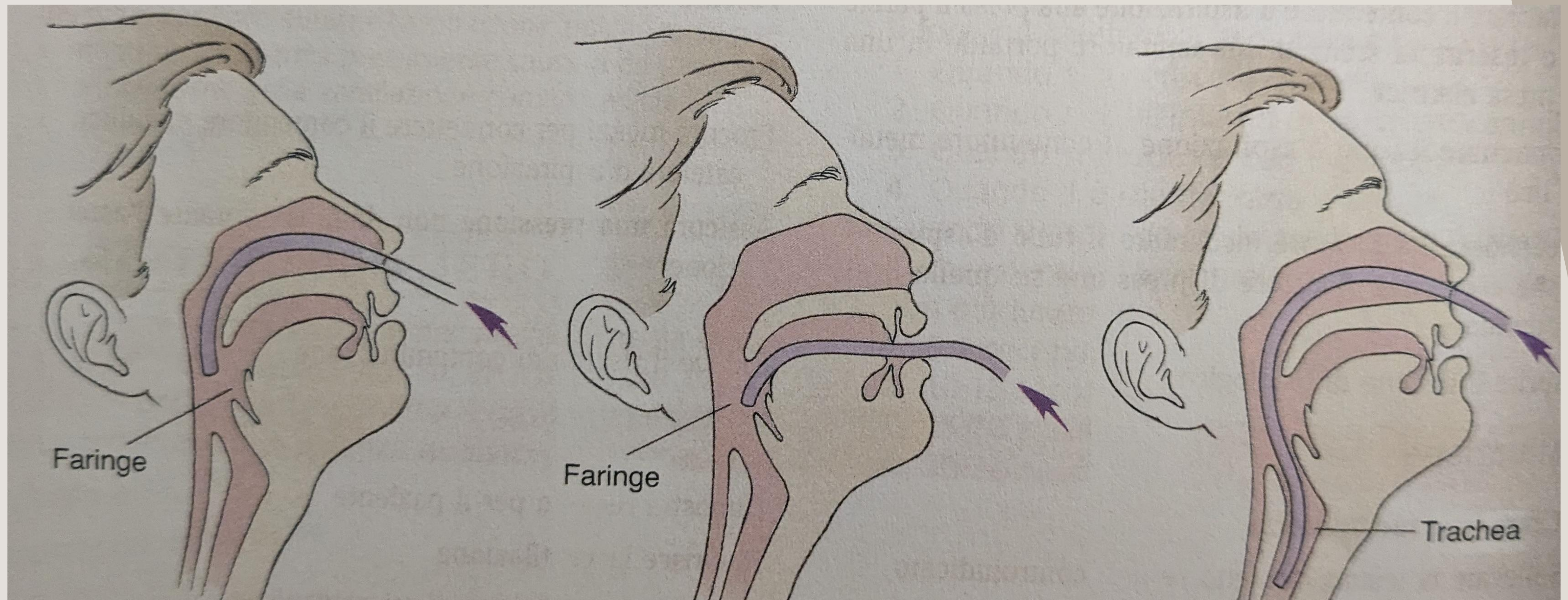
3) Quando il paziente NON è in grado di espellere le secrezioni in autonomia

Quanto profondo si aspira

Nasofaringe

Orofaringe

Nasotracheale



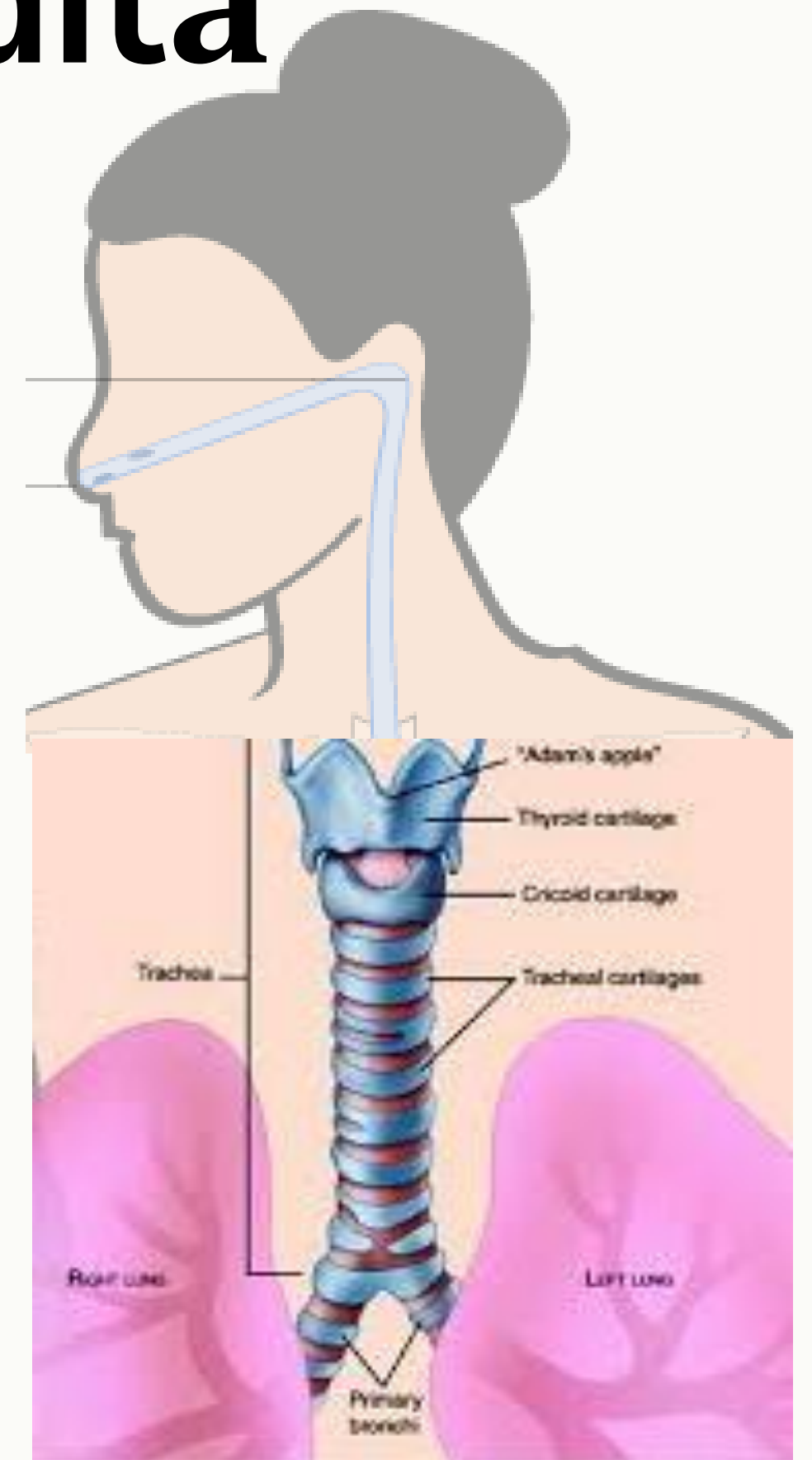
12 – 15 cm

7 – 10 cm

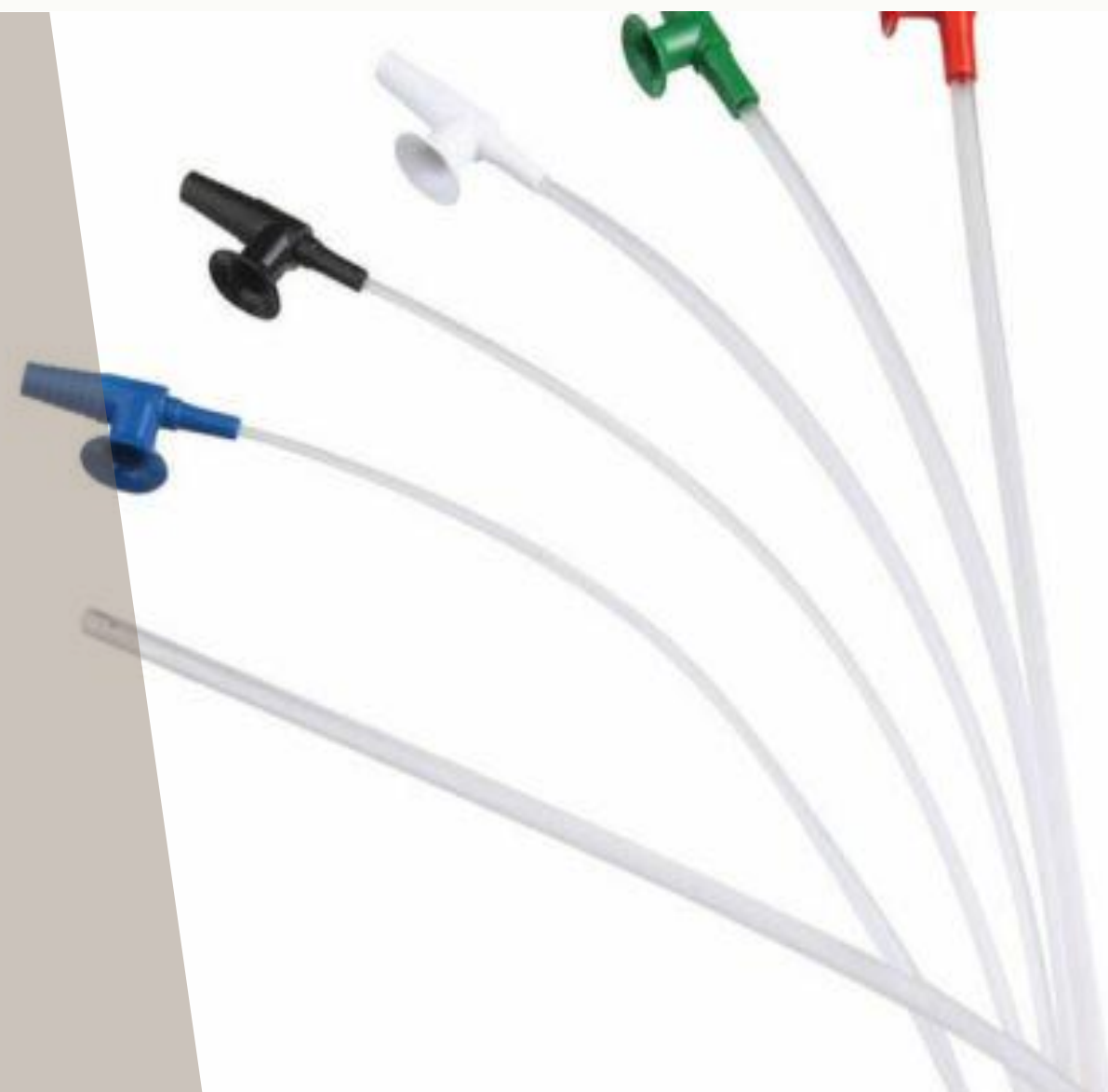
20 – 25 cm

Come misurare la profondità

- 1) **ORO-NASOFARINGEA:** Per raggiungere la sede faringea (circa 13 cm), misurare la lunghezza dalla punta del naso al lobo dell'orecchio
- 2) **NASO-TRACHEALE:** Per raggiungere la sede tracheale (manovra asettica con guanti sterili) continuare con l'introduzione fino all'inserzione della carena tracheale



Tipologie di sondini d'aspirazione



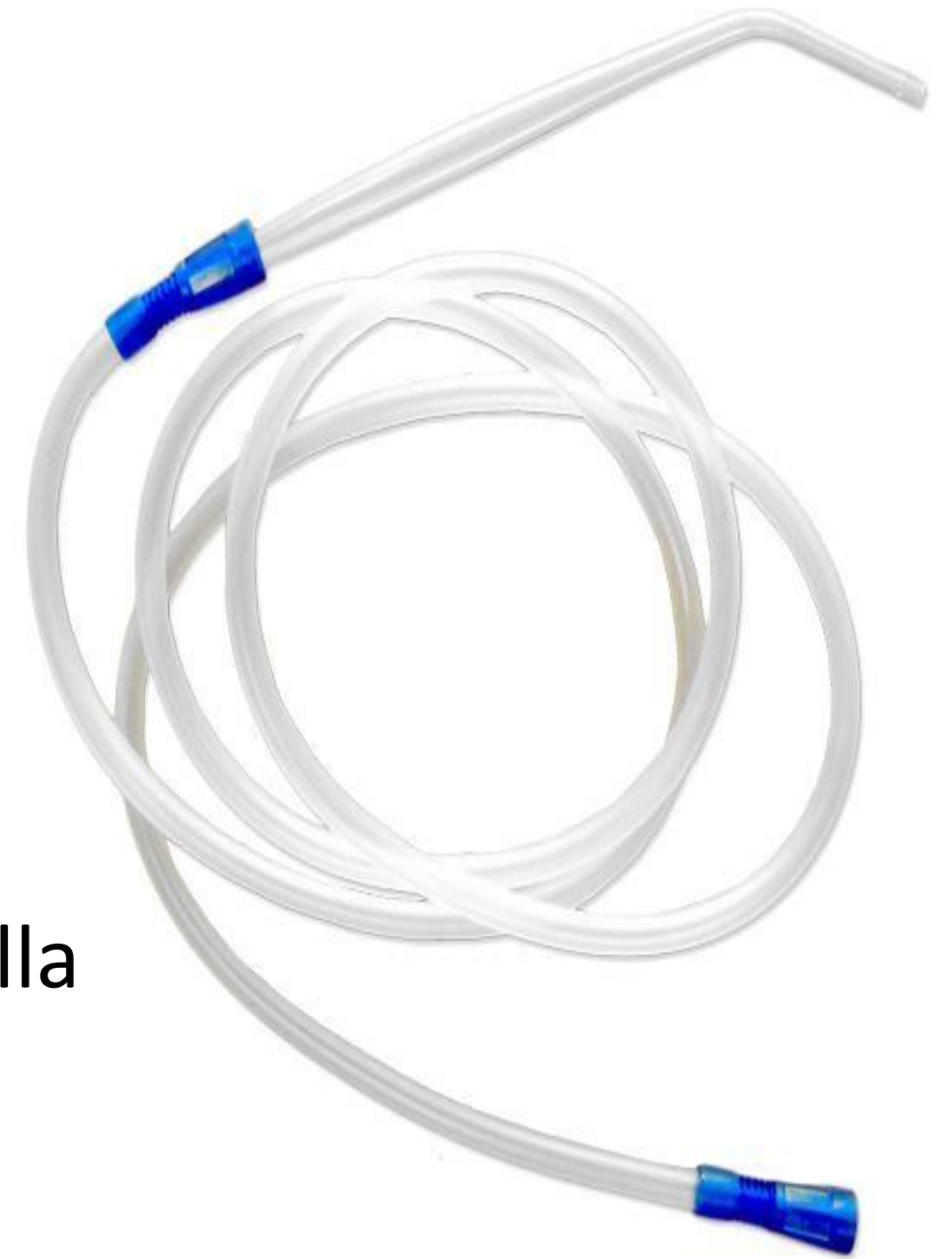
Cannula di yankauer

Usata soltanto per l'aspirazione orale

Non è una procedura sterile

Cannula semirigida, svariati calibri

Non attivare l'aspirazione durante l'inserimento della cannula per evitare traumi alle mucose.



NB: Riflesso del vomito

Materiali per aspirazione



Supporto o carrello con:

- Guanti non sterili
- Garze
- Lubrificante
- DPI (mascherina / visiera / camice monouso)
- Aspiratore con sacca di raccolta
- Acqua di lavaggio circuito
- Saturimetro
- Sondino di aspirazione (12 – 18 Fr adulti)

Ricordarsi di valutare il tipo di sondino in base al tipo di densità delle secrezioni e in base alla via di accesso (naso—faringea o oro-faringea)

Prima della procedura



Pre-ossigenazione

Valutare la pre-ossigenazione del paziente è indicata nelle persone ipossiche prima della procedura di aspirazione, al fine di evitare un peggioramento clinico importante del valore di saturazione di ossigeno

Preparazione alla procedura

- 1) Igiene delle mani, presentarsi, identificare il paziente ed informarlo sulla necessità di aspirare le secrezioni, dei benefici della manovra, e di come verrà effettuata. Garantire la privacy
- 2) Valutare il grado di collaborazione e coinvolgere la persona durante il posizionamento di Fowler o semi Fowler



REMINDER:

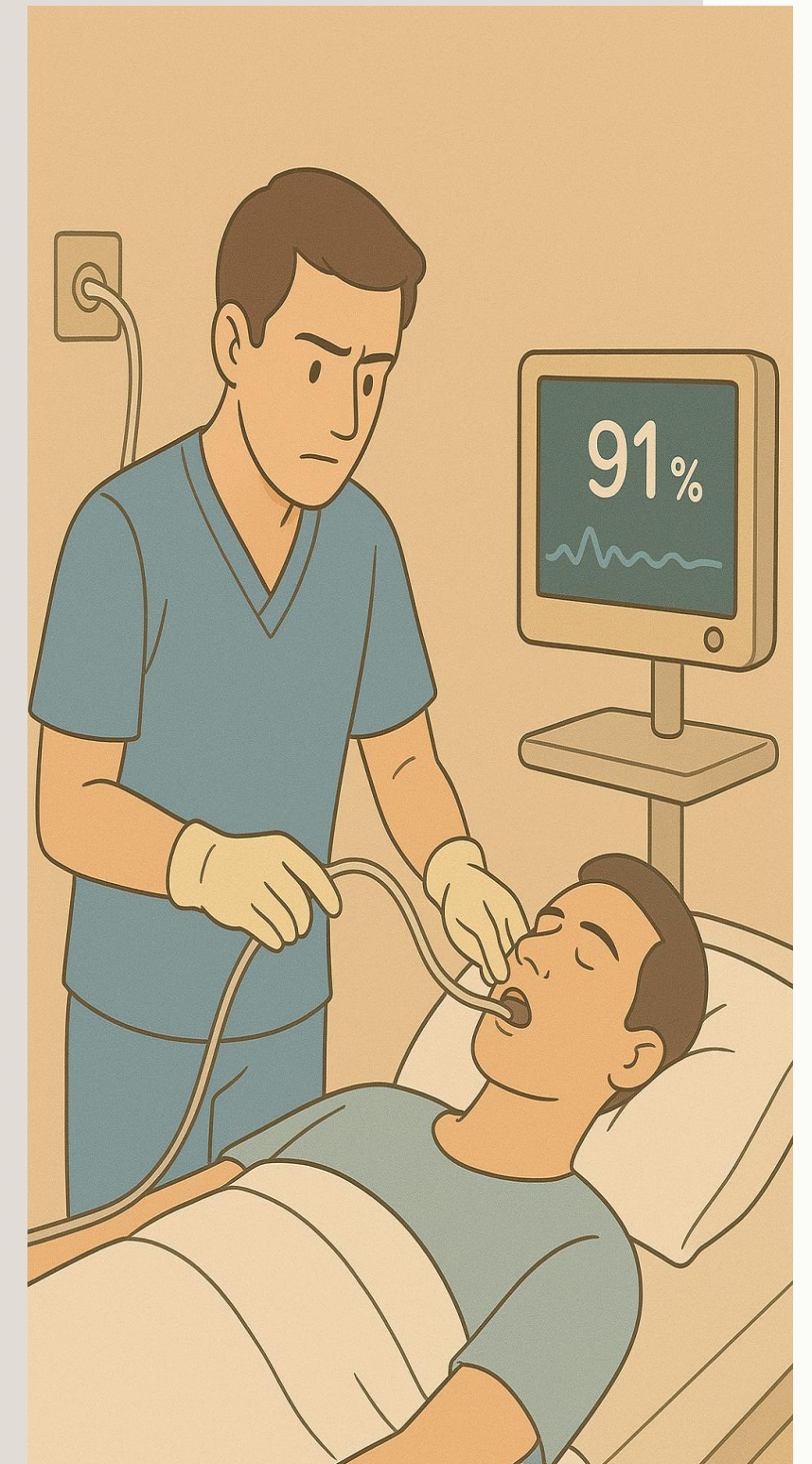
***permette una maggior espansione polmonare,
favorisce la tosse efficace e riduce lo stimolo del
riflesso del vomito***

3) Applicare un pulsiossimetro per avere un parametro di riferimento (anche durante e dopo la procedura)

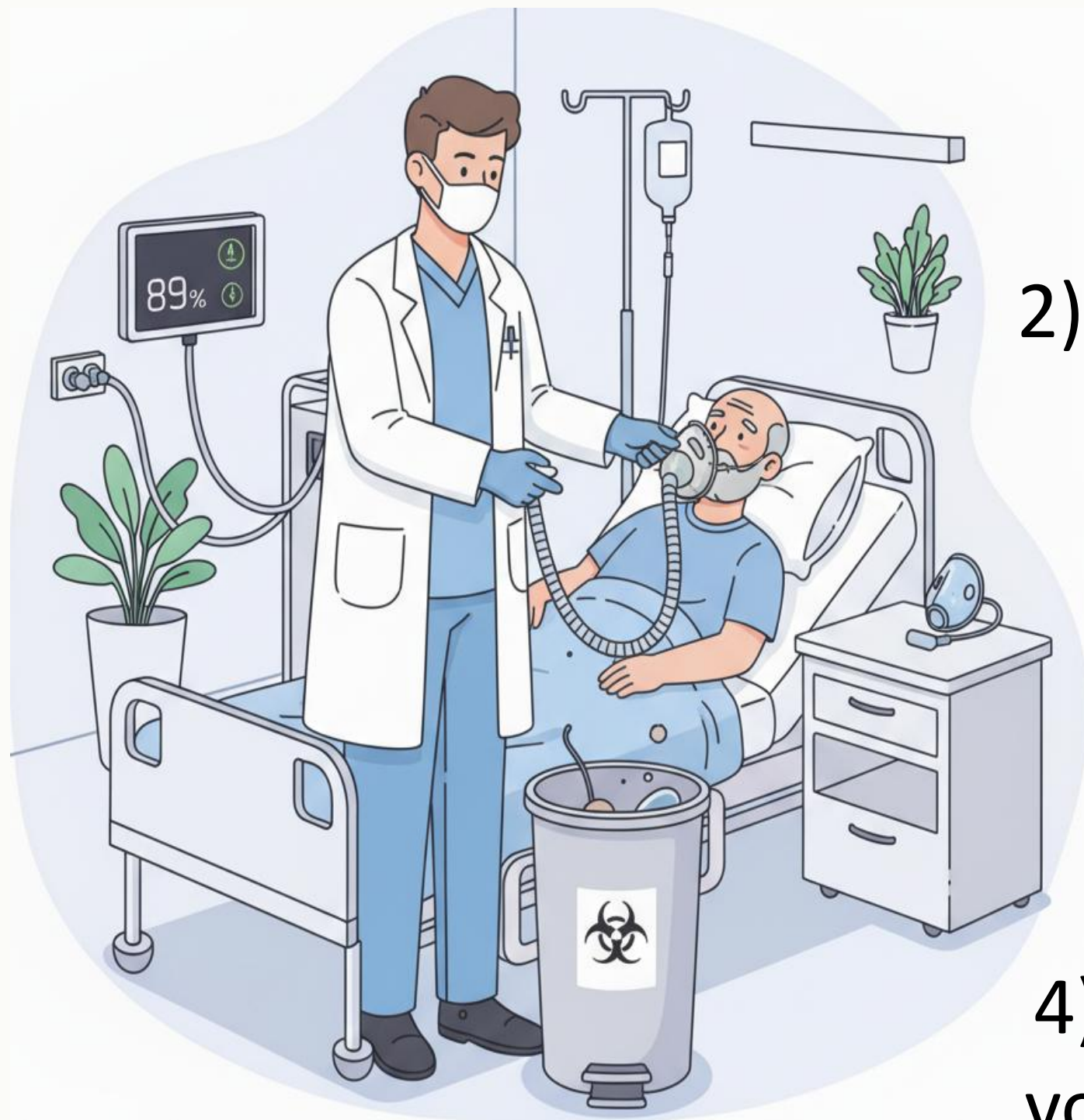
4) Predisporre il materiale necessario per eseguire la procedura. Aprire parzialmente la confezione del catetere scelto, connetterlo al tubo di aspirazione

5) Indossare i DPI necessari

6) Estrarre il catetere e lubrificarlo. Valutare la narice più idonea per l'inserimento



Procedura



- 1) Introdurre il sondino, **SENZA ASPIRARE**, seguendo il decorso anatomico della narice e far avanzarlo delicatamente
- 2) Avviare l'aspirazione ad una pressione tra gli 80 e 120 mm/Hg. La durata dell'aspirazione NON deve superare i 10/15 secondi
- 3) Mentre estraggo il catetere lo faccio leggermente roteare. Rivaluto i PV
- 4) Se necessario ripetere la manovra non più di 2 volte consecutive, in modo da evitare l'irritazione della mucosa → aumento del muco!!

5) Dopo la rimozione del sondino, risciacquare il tubo con acqua

6) Smaltire i rifiuti, rimuovere i guanti ed eseguire l'igiene delle mani

7) Aiutare la persona ad assumere una posizione confortevole

8) Monitorare i PV



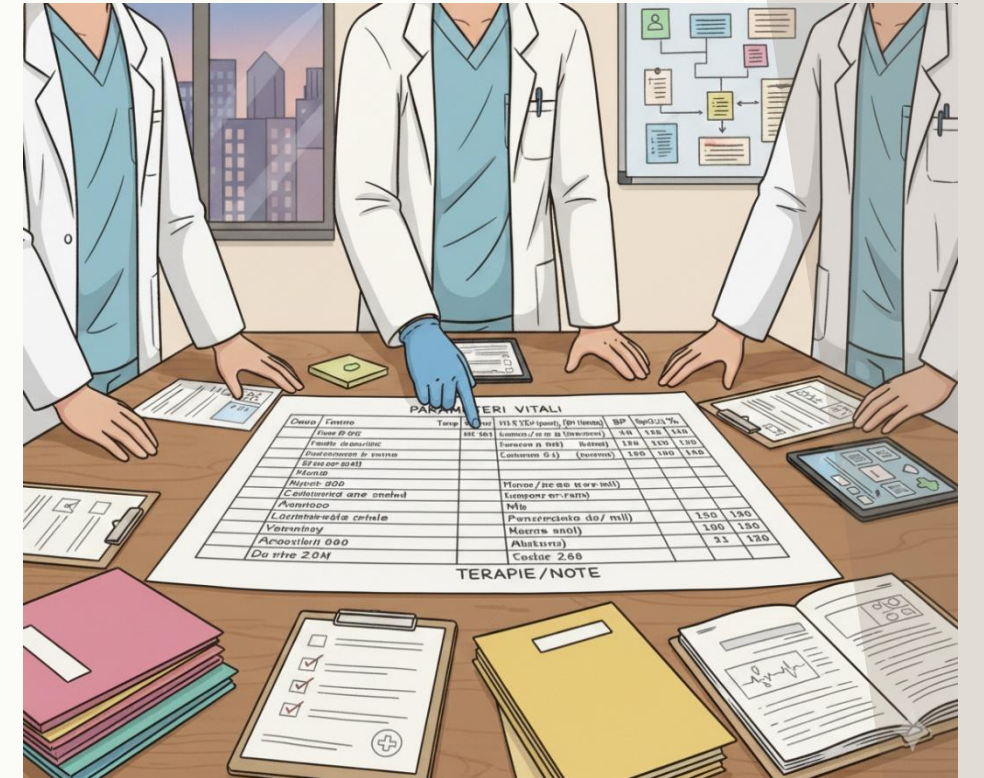
Possibili complicanze

- Ipossiemia
- Stimolare il riflesso del vomito
- Stimolazione vagale (ipotensione ed aritmie)
- Traumi della mucosa tracheale (danni meccanici provocati dal sondino e dall'aspirazione)
- Infezioni (invasività della manovra e dal rischio di migrazione di microrganismi dalle prime vie verso le basse vie respiratorie)



Cosa e come riportare in cartella

- Dati pre-intra-post esecuzione
- Tipo di aspirazione eseguita e l'ora di esecuzione
- Qualità e quantità delle secrezioni
- Risposta clinica del paziente e PV



Ore 9:00 Respirazione gorgogliante e rumorosa. La SpO2 mostra un decremento da 95% a 90%.

Lo sforzo nel tossire è fievole ed inefficace.

Sollevato il pz in posizione di Fowler e somministrato O2 4L/min tramite occhialini.

Eseguita aspirazione tracheale e ri-ossigenazione.

Polmoni appaiono liberi, la Saturimetria indica una SpO2 95%