

LA MANIPULACIÓ DE LA VIA ÀEREA ES CONSIDERA DE MÀXIM RISC DE CONTAGI

EPI PACIENT COVID 19: Bata impermeable, mascareta FFP2, mascareta quirúrgica, guants, davantal, gorro, ulleres o pantalla facial.

CURA DE LA FERIDA QUIRÚRGICA

- Tècnica estèril fins la cicatrització de l'apstoma.
- Manipulació minimitzant el desplaçament de la cànula, per evitar desconfort del pacient, tos o erosions de la tràquea.
- Retirar punts a partir del 8è dia.
- Procediment:
 1. Afluixar la fixació sense risc de decanular.
 2. Retirar l'apòsit tacat.
 3. Netejar les secrecions i eixugar.
 4. Descartar complicacions:
 - Inspeccionar l'estat de la ferida
 - Palpar-la: descartar emfisema subcutani
 - Olorar-la: fetor d'anaerobis, possible infecció
 5. Aplicació de clorhexidina aquosa. Si la ferida està ben cicatritzada ja no caldrà.
 6. Adaptar un apòsit de gases estèrils.
 7. Fixació en posició i tensió justa.

ASPIRACIÓ DE SECRECIONS TRAQUEALS. És una tècnica estèril

El diàmetre de la sonda d'aspiració no ha de ser superior a la meitat del diàmetre intern de la cànula.

La sonda d'aspiració estarà connectada a l'aspirador amb una connexió en Y.

1. Connectar saturador.
2. Introduir suaument (1-10 cm com a molt), **sense aspirar**.
3. Iniciar l'aspiració, constant, amb un moviment rotatori fins l'extracció total. La durada total no hauria d'excedir els 12 segons.
4. Observar la saturació O₂ i la FC (pausa i ventilació abans de repetir l'aspiració).
5. Canvi de sonda en cada nova aspiració.
6. Repetir les aspiracions fins que no siguin productives i l'auscultació pulmonar sigui normal.
7. Evitar: Moviments de pistó i moviments ràpids i secs.
8. Netejar el circuit d'aspiració amb sèrum fisiològic o aigua destil·lada estèril.

Si el pacient dessatura, s'aturarà el procediment i s'hiperoxigenarà abans de continuar amb les aspiracions.

CANVI DE LA CÀNULA INTERNA

- Com a norma cada 8h (mínim/12h)
- El canvi variarà en funció de les secrecions
- Tècnica asèptica.
- Procediment:
 1. Posicionar al pacient amb el cap en posició neutra o lleument hiperextès.
 2. Retirar la cànula amb un lleuger gir evitant mobilitzacions brusques.
 3. Guardar la cànula interna per la seva posterior higiene segons protocol.
 4. Introduir la cànula nova agafant per l'extrem exterior preservant l'asèpsia.

POSSIBLES COMPLICACIONS

Obstrucció de la cànula.

- Retirar la cànula interna i animar a tossir al pacient.
- Preparar material per aspiració + pulsioxímetre i aspirar, es pot introduir unes gotetes de SF o mucolític. Retirar el moc amb pinces si és molt espès.

Sagnat periestomal.

- Aplicar gasa, apòsit o Surgicel, fent compressió al voltant de la cànula.
- Si augmenta o no s'automatolimita fer Interconsulta amb el cirurgià que la va realitzar.

Decanulació accidental.

- Tornar a col·locar la cànula.
- Si no és possible col·locar una cànula de diàmetre inferior o tub de IOT i posteriorment intentar recanular amb la seva cànula habitual.
- Avisar a ORL si complicacions.