



Quick-Alert®

CIRRNET®

## «Fissazione di cannule orofaringee e nasofaringee (cannule di Guedel e di Wendel), e di tubi endotracheali»

### Casi segnalati in CIRRNET®

#### Caso 1

«Paziente con insufficienza respiratoria. Credevo che gli fosse andato di traverso il cibo e ho allertato il medico. La broncoscopia immediata ha rivelato una cannula di Wendel dietro la lingua, nella trachea. Cannula tolta. Il paziente è tornato a respirare normalmente. Era una Wendel senza boccaglio per la fissazione. Durante il trasferimento non è stato detto niente di una Wendel oppure non l'ho sentito. Nella documentazione ho letto più tardi che il paziente ha una Wendel. Le cannule di Wendel senza boccaglio per la fissazione non vengono più utilizzate. Ogni Wendel deve essere fissata.»

#### Caso 2

«Il paziente giunge in sala risveglio con una cannula di Wendel misura 6,0, dato che la lingua ostruiva leggermente le vie respiratorie. La Wendel gli dava fastidio, e lui avvicinava continuamente la mano al naso per sfregarlo. Noi gli tenevamo le mani, ciò nonostante è riuscito con un movimento brusco a toccarsi il viso e a sfregarsi il naso, facendo sparire la Wendel. L'infermiere accorso alla nostra chiamata ha dovuto individuare la Wendel con una torcia prima che potessimo ripescarla con una pinza Péan. Per fortuna, il paziente non si è ribellato mentre gli fissavamo il capo. Con i responsabili delle cure infermieristiche si discute se esistano altri tipi di Wendel e se non sia il caso di sostituire queste cannule, oppure di come assicurare la fissazione delle Wendel in futuro. → 28.10.11 Le cannule di Wendel pericolose sono state ritirate dall'assortimento e sostituite da altre con un'estremità più larga, che impedisce alla cannula di scivolare all'interno del naso.»

#### Caso 3

«Scivolamento del tubo. L'elettrodo è stato posizionato sul tubo a spirale con un cerotto Transpore, sopra il quale è stata poi applicata la fissazione del tubo. La colla si è leggermente sciolta, facendo allentare la fissazione del tubo, che si è dislocato. La superficie del tubo a spirale è di un materiale diverso rispetto al tubo normale.»

## Commento da parte degli esperti

In caso di emergenza medica, spesso vengono utilizzati dispositivi meccanici per tenere libere e assicurare le vie respiratorie. Mentre i dispositivi orofaringei (= cannule di Guedel) possono essere utilizzati solo su pazienti privi del riflesso della deglutizione e di quello faringeo (ossia privi di coscienza) per facilitare la ventilazione con la maschera, i dispositivi nasofaringei (= cannule di Wendel) possono essere impiegati anche nei pazienti con riflessi intatti e respirazione spontanea. Si ricorre ai tubi endotracheali quando la respirazione deve essere assicurata in maniera definitiva e per un periodo prolungato, di norma quindi in caso di ventilazione meccanica perdurante.

Gli ausili orofaringei e nasofaringei per la respirazione sono «corpi estranei» che, se dislocati, possono provocare un'ostruzione delle vie respiratorie superiori. Una dislocazione comporta però anche il pericolo che una via respiratoria aperta vada persa.

**Le cannule di Guedel** vengono inserite attraverso la bocca e servono a impedire che la lingua cada all'indietro. In genere, vengono utilizzate in caso di perdita di coscienza o come protezione anti-morso nei pazienti intubati. I pazienti con cannula di Guedel devono essere sorvegliati!



**Le cannule di Wendel** vengono inserite attraverso il naso e posizionate con la punta nella faringe. Anch'esse evitano la caduta della base della lingua e così l'ostruzione delle vie respiratorie orofaringee, rispettivamente assicurano un flusso d'aria nasofaringeo. Pure i pazienti con cannula di Wendel devono essere sorvegliati!



Né i presidi orofaringei né quelli nasofaringei possono tuttavia impedire un'aspirazione broncopolmonare, dato che l'estremità distale termina sopra la glottide.

**I tubi endotracheali** hanno all'estremità tracheale un pallone gonfiabile (= cuffia) che, tramite un condotto inserito lungo la parete del tubo, può essere riempito in modo controllato d'aria e così fissato al fine di ottenere un'aderenza perfetta del tubo alla parete tracheale. All'estremità superiore si trova un raccordo in materiale sintetico per i tubi del sistema di ventilazione o per il pallone ambu (= connettore). I pazienti con tubo endotracheale devono essere seguiti esclusivamente da personale specializzato appositamente formato, di norma esperti diplomati in cure anestesia o in cure intense SPD SSS e/o specialisti medici.



L'inserimento di cannule di Guedel e di Wendel non deve essere considerato un intervento banale, tutt'altro! Come si può vedere dagli esempi sopraindicati, la dislocazione delle cannule nasofaringee può provocarne l'aspirazione o mettere a repentaglio la vita del paziente. La scelta della cannula giusta (di Guedel o di Wendel), della misura corretta e la sua accurata fissazione sono imprescindibili per l'utilizzo di questi dispositivi. La fissazione prossimale delle cannule di Wendel praticata in passato con una spilla di sicurezza all'estremità superiore è obsoleta, dato che non può impedire la dislocazione del tubo e l'apertura non intenzionale della spilla rappresenta un ulteriore rischio per il paziente e il personale di cura. Le cannule orofaringee e nasofaringee e i tubi endotracheali devono essere sottoposti a controlli regolari che ne verifichino anche la sicurezza.

Una buona fissazione deve:

- evitare nel modo più affidabile possibile una dislocazione della via respiratoria artificiale/dell'ausilio alla respirazione;
- essere facile da applicare sia alla cannula/al tubo, sia al paziente (pelle);
- evitare di provocare punti di pressione o altre lesioni al paziente (trazione, pressione);
- evitare di provocare compressioni o strozzature (il passaggio dell'aria deve essere sempre garantito);
- essere facile e veloce da rimuovere in caso di emergenza medica.

## Commento da parte degli esperti

Oltre alla fissazione, la registrazione scritta e comprensibile dei tubi endobronchiali e delle cannule orobronchiali e nasobronchiali (tipo, dimensioni, ev. dispositivi speciali), incluse le fissazioni diverse da quanto eseguito routinariamente (p.es. filo metallico, sutura), è una componente importante della documentazione medica e infermieristica nella cartella medica. Naturalmente è importante anche la comunicazione tra i gruppi professionali in merito alle cannule/ai tubi inserite/i (incl. tutte le particolarità → cfr. sopra) a ogni cambio di turno del personale medico e infermieristico.

Gli ospedali sono responsabili affinché le cannule di Guedel, di Wendel e i tubi endotracheali vengano impiegati esclusivamente da personale specializzato formato (infermieri specializzati e medici) e i pazienti siano sottoposti a sorveglianza continua!

## Raccomandazioni

- L'inserimento di cannule di Guedel e di Wendel, e di tubi endotracheali è effettuato esclusivamente da personale specializzato formato!
- Documentazione scritta di dimensioni (numero, diametro interno [ID]) e tipo del dispositivo inserito, p.es.:
  - cannula di Wendel o di Guedel;
  - tubo endotracheale;
  - cannula tracheale (con o senza cannula interna);
  - cannula speciale;
  - altri ausili alla respirazione.
- Comunicazione delle cannule inserite soprattutto durante i trasferimenti (p.es. sala risveglio).
- La fissazione delle cannule di Wendel con una spilla di sicurezza è obsoleta!
- Utilizzo di cannule di Guedel e Wendel con un'estremità prossimale molto più larga dell'apertura in cui sono state inserite → la cannula non può dislocarsi all'interno del cavo orale o delle cavità nasali.
- Utilizzo di cannule di Guedel e Wendel con raccordo prossimale non rimuovibile.
- Utilizzo, di preferenza, di un gel anestetico per l'inserimento. In questo modo, si riduce la reazione del paziente al risveglio e quindi il rischio di una manipolazione errata.
- Protezione delle cannule da una dislocazione, esse devono essere fissate con materiale appropriato!

### Letteratura di approfondimento

1. Dornberger I. Maskenbeatmung und Intubation. In: Schwieriges Atemwegsmanagement bei Erwachsenen und Kindern. © 2013 Georg Thieme Verlag KG.
2. Roberts K, Whalley H, Bleetman A. The nasopharyngeal airway: dispelling myths and establishing the facts. *Emerg Med J* 2005;22:394–396. doi: 10.1136/emj.2004.021402.
3. Sicherung der Atemwege. 04/2006 - © Spitta Verlag. [http://www.spitta.de/fileadmin/tt\\_news/shop/pdf/95440/Sicherung%20der%20Atemwege.pdf](http://www.spitta.de/fileadmin/tt_news/shop/pdf/95440/Sicherung%20der%20Atemwege.pdf) (accesso: 11.04.2016)

### Autori ed esperti coinvolti nello sviluppo

- Dr. Frank Olga, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Fröhlich Martin R., diplomato in scienze infermieristiche e della salute, specialista in cure infermieristiche nei settori anestesiologia/medicina intensiva/gestione interventi, ospedale universitario di Zurigo
- Herion Christian, esperto in cure anestesia diplomato SPD SSS, MME Università di Berna, ospedale cantonale di Aarau, FSIA
- Karde Carmen, esperta in cure infermieristiche MScN, ospedale universitario di Zurigo
- Dr. Paganoni Reto, primario di medicina intensiva, ospedale cantonale di Olten
- Dr. Schumacher Philippe, primario di anestesiologia e medicina intensiva, Bürgerspital di Soletta
- Dr. Staender Sven, PD, primario dell'istituto di anestesiologia e medicina intensiva, ospedale di Männedorf
- Vonmoos Roland, responsabile Cure anestesia, ospedale cantonale di Aarau, FSIA
- Prof. dr. Thomas Schnider, primario della clinica di anestesiologia e medicina intensiva, di salvataggio e del dolore, ospedale cantonale di San Gallo

### Approvato dai seguenti gruppi/ associazioni specialistiche

1. FSIA
2. SSAR

### Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.

### Fotografia :

Fotolia, [www.radecker-notfallmedizin.de](http://www.radecker-notfallmedizin.de), [www.notfall-set.de](http://www.notfall-set.de)