

# ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΗΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

## ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΝΛσιας



**Φροντίδα και χειρισμός ασθενούς με  
τραχειοστομία:  
Από τη ΜΕΘ στα τμήματα του Νοσοκομείου**

- (I) Κατευθυντήριες οδηγίες
- (II) Εκπαιδευτικό υλικό
- (III) Δείκτες μέτρησης αποτελέσματος



## Υπόβαθρο

Η τραχειοστομία είναι μία κοινή πρακτική στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η διαδερμική τεχνική προτιμάται ευρέως σήμερα, ωστόσο η χειρουργική τραχειοστομία παραμένει πρώτη επιλογή σε δύσκολες περιπτώσεις. Η τραχειοστομία έχει πολλά πλεονεκτήματα, όπως: χρειάζεται λιγότερη καταστολή, είναι καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή, προκαλεί μικρότερο τραυματισμό στο λάρυγγα, έχει μικρότερη αντίσταση αεραγωγού και συνεπώς μικρότερο έργο αναπνοής, ενώ επίσης επιτρέπει ταχύτερο απογαλακτισμό από τον αναπνευστήρα. Ωστόσο, ενέχει και συγκεκριμένους κινδύνους, γι' αυτό το λόγο χρειάζεται επισταμένη φροντίδα για να διατηρηθεί η βατότητα του αυλού, να αποφευχθούν φαινόμενα αναπνευστικής ανακοπής και να προληφθούν νοσοκομειακές λοιμώξεις. Ως εκ τούτου η σωστή φροντίδα της τραχειοστομίας μειώνει τη νοσηρότητα, τη θνητότητα και το κόστος νοσηλείας.

## Στόχος κατευθυντήριας οδηγίας

Η πρόληψη και αντιμετώπιση ανεπιθύμητων συμβαμάτων (απόφραξη, αιμορραγία, λοίμωξη) σε ασθενείς με τραχειοστομία, μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.

## Συστάσεις

### ΜΕΡΟΣ Α'

#### Ι. Ενδείξεις τραχειοστομίας

<b>Παρατεταμένος μηχανικός αερισμός</b>
Φροντίδα αεραγωγού σε καταστάσεις αυξημένου κινδύνου εισρόφησης (πολυνευροπάθεια, προμηκικό σύνδρομο, λαρυγγική βλάβη, παρατεταμένη καταστολή ΚΝΣ, κώμα, κλπ)
<b>Παρατεταμένη ανάγκη για ενδοτραχειακή αναρρόφηση</b>
Απόφραξη ανώτερου αεραγωγού (οίδημα λάρυγγα, στένωση τραχείας, όγκος, πάρεση κάτω λαρυγγικών νεύρων)
Τραύμα ή σοβαρή λοίμωξη φάρυγγα ή λάρυγγα
Μείωση καταστολής

**Φροντίδα και χειρισμός ασθενούς με τραχειοστομία:  
Από τη ΜΕΘ στα τμήματα του Νοσοκομείου**

**II. Αντενδείξεις τραχειοστομίας**

Ασταθή κατάγματα ΑΜΣΣ

Σοβαρή λοίμωξη της περιοχής του λαιμού

Μη ελεγχόμενη διαταραχή πήκτικότητας

Υψηλή PEEP ή αυξημένες απαιτήσεις σε O<sub>2</sub>

Αιμοδυναμική αστάθεια

Αυξημένη ενδοκράνια πίεση

Προηγθείσα ακτινοθεραπεία στην περιοχή του λαιμού

Δύσκολη ανατομία (εκσεσημασμένη παχυσαρκία, παχύς-κοντός λαιμός, βρογχοκήλη, μετατόπιση τραχείας)

Εγγύτητα σε βαριά εγκαύματα ή χειρουργικά τραύματα

**III. Επιπλοκές τραχειοστομίας**

Αιμορραγία

Απόφραξη αυλού

Τραυματισμός τραχείας (ρήξη οπισθίου τοιχώματος, κάταγμα ημικρίκιου)

Στένωση τραχείας

Τραύμα οισοφάγου

Λοίμωξη τραχειοστόματος

Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο

Πνευμομεσοθωράκιο, εμφύσημα

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ**

Επισυνάπτονται τα εξής αρχεία:

1. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ (αναλυτικές κατευθυντήριες οδηγίες)
2. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑΣ (συνοπτικός οδηγός)
3. ΔΕΛΤΙΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ ΣΤΟ ΘΑΛΑΜΟ

## ΜΕΡΟΣ Γ'

### ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Στην παρακάτω εικόνα φαίνεται το κομμάτι της έκθεσης του Ευρωπαϊκού προγράμματος παρακολούθησης δεικτών έκβασης και αξιολόγησης της ποιότητας στις ΜΕΘ 'PROSAFE', που αφορά την εκτίμηση της συχνότητας επανεισαγωγών στη ΜΕΘ. Μέσω αυτού του report και εισάγωντας ένα πιο εξειδικευμένο δείκτη αιτίας επανεισαγωγής, μπορούμε να εκτιμήσουμε τον ακριβή αριθμό ασθενών που επανεισάγονται στη ΜΕΘ λόγω κάποιας επιπλοκής της τραχειοστομίας ή/και τον μέσο όρο νοσοκομειακής νοσηλείας /θνητότητάς τους.

#### Centre CY001 - Years 2010, 2011 Outcome indicators - Adult patients

<b>Last hospital mortality *</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alive	627	78.2
Dead	175	21.8
Missing	7	

<b>Readmission from ward</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	809	95.2
Yes	41	4.8
Missing	0	

  

<b>Number of readmissions (N=41)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	32	78.0
2	7	17.1
>2	2	4.9
Missing	0	

  

<b>Timing of readmission (N=41)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Within 48 hours	7	17.1
Within 72 hours	13	31.7
Within 96 hours	17	41.5
After 96 hours	24	58.5
Missing	0	

  

<b>Timing readmission (days)</b>	<b>N</b>	<b>41</b>
Mean		10.5
SD		11.9
Median		5.8
Q1-Q3		2.8-12.4

Φροντίδα και χειρισμός ασθενούς με τραχειοστομία:  
Από τη ΜΕΘ στα τμήματα του Νοσοκομείου

PROSAFE project

**ICU stay (days)**

Mean	7.0
SD	10.7
Median	3
Q1-Q3	1-7
Missing	1

**ICU stay (days)**

**Alive (N=721)**

Mean	6.2
SD	9.1
Median	2
Q1-Q3	1-6
Missing	0

**ICU stay (days)**

**Dead (N=128)**

Mean	11.4
SD	16.3
Median	5
Q1-Q3	2-12.2
Missing	0

**Stay after ICU (days) \***

**Alive (N=690)**

Mean	12.9
SD	20.4
Median	6
Q1-Q3	4-13
Missing	6

**Hospital stay (days) \***

Mean	21.5
SD	25.3
Median	13
Q1-Q3	8-25.8
Missing	7

**Hospital stay (days) \***

**Alive (N=632)**

Mean	20.7
SD	24.0
Median	13
Q1-Q3	8-24
Missing	0

**Hospital stay (days) \***

**Dead (N=170)**

Mean	24.4
SD	29.6

## Βιβλιογραφία

1. Kristian Rørbæk Madsen, Henrik Guldager, Mikael Rewers, Sven-Olaf Weber, Kurt Købke-Jacobsen & Reinhold Jensen. Guidelines for Percutaneous Dilatational Tracheostomy (PDT) from the Danish Society of Intensive Care Medicine (DSIT) and the Danish Society of Anesthesiology and Intensive Care Medicine (DASAIM). Dan Med Bull 2011;58(12):C4358.
2. Standards for the care of adult patients with a temporary tracheostomy. The intensive care society standards 2008.
3. Report Prosafe Project. Years 2010, 2011. Centre CY001. Page 35.

**ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ:** Γ. Μιξίδης, Μ. Φωκά, Σ. Κόκκορης, Θ. Κυπριανού

**Ημερομηνία έκδοσης – αναθεώρησης:** ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2013 - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2015