



Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12  
Rev. 00  
del 24/05/2016  
pag 1/17

## L'aspirazione endotracheale e igiene del cavo orale

Rev.	Data	Motivazione della revisione	Redazione	Verifica	Approvazione
00	24/05/2016	<i>prima stesura</i>	Cpsi R. Sardelletto <i>[Signature]</i> Cpsi M. Sparago <i>[Signature]</i>	C.I.O <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>	Direttore Sanitario Dr A. Giordano <i>[Signature]</i>





Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12  
Rev. 00  
del 24/05/2016  
pag 1/17

## INDICE

<b>ASPIRAZIONE ENDOTRACHEALE: DEFINIZIONE/SCOPO</b>	Pag. 2-5
COMPLICANZE	Pag. 6
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Pag 7/10
BIBLIOGRAFIA	Pag. 11
<b>IGIENE DEL CAVO ORALE: RAZIONALE SCIENTIFICO, SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	Pag 11/12
MATERIALE OCCORRENTE	Pag 12
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Pag 13/14
RACCOMANDAZIONI	Pag 14
COMPLICANZE	Pag 14
RIFERIMENTI NORMATIVI, LEGISLATIVI E SCIENTIFICI	Pag 15
BIBLIOGRAFIA	Pag 16/17

Il primo bisogno fondamentale dell'uomo è di respirare normalmente, questo non è possibile se non si garantisce l'apertura delle vie aeree e il mantenimento della loro pervietà, se queste per vari motivi, non sono assicurate si mette in serio pericolo la vita del malato pregiudicando la capacità di ventilazione e

ossigenazione spontanea o artificiale.

Da questo emerge l'importanza di una manovra, quale l'aspirazione tracheale, allo scopo di mantenere la pervietà delle vie aeree.

Le secrezioni non più espulse causano: - Alterazione degli scambi respiratori

- Infezioni
- Atelettasie ( riduzione del contenuto d'aria nel polmone)
- Ostruzioni delle vie espiratorie

#### **DEFINIZIONE:**

rimozione meccanica delle secrezioni dall'albero tracheobronchiale per mezzo di una fonte aspirante e di un sondino inserito nelle vie aeree tramite una via naturale (Bocca, Naso) o Artificiale (Stoma, Protesi respiratorie).

#### **SCOPO:**

- A. mantenere pervie le vie aeree rimuovendo secrezioni e/o materiale estraneo
- B. promuovere e migliorare gli scambi respiratori
- C. prevenire gli effetti collaterali della ritenzione di secrezioni
- D. ottenere un campione da laboratorio per esame culturale (diagnosi)

#### **A CHI:**

tutti i malati che non sono in grado autonomamente di espellere in modo autonomo ed efficace le loro secrezioni:

1. Malati post-operati che hanno subito interventi al torace o all'addome perché inibiscono il riflesso della tosse a causa del dolore che si scatena con i colpi di tosse
2. Malati con malattie neurologiche e/o muscolari con il riflesso della tosse alterato, o per difficoltà o incapacità di contrazione dei muscoli coinvolti nel meccanismo della tosse (es. Guillan-Barre, Distrofia muscolare, Tetano, cachessia e defedamento)
3. Malati in Coma o con uno stato di coscienza alterato.
4. Malati intubati o tracheotomizzati perché le vie aeree sono isolate dalla via digerente non possono quindi né deglutire né espettorare le loro secrezioni.

#### **QUANDO:**

la bronco aspirazione viene eseguita solo al bisogno, quando l'esame obiettivo ne pone l'indicazione.

La bronco aspirazione è l'ultima manovra da applicare quando tutte le altre procedure infermieristiche e fisioterapiche si sono dimostrate inefficaci.

Per valutare la presenza di secrezioni vengono effettuate le seguenti valutazioni:

#### **VALUTAZIONE Uditiva:**

in presenza d'abbondanti secrezioni il respiro diventi stertoroso, si ha presenza di tosse.

**VALUTAZIONE VISIVA:** alterazioni della frequenza respiratoria, dispnea, agitazione, tachicardia, alterazioni della meccanica ventilatoria, colorito cianotico, tosse, respiro superficiale.

**VALUTAZIONE TATTILE:** appoggiando il palmo della mano sul torace del malato si percepiscono delle vibrazioni, questo fremito tattile, è dovuto al passaggio d'aria attraverso abbondanti secrezioni.

**AUSCULTAZIONE:** è possibile identificare in quale campo polmonare sono presenti le secrezioni e unitamente alla visione della Rxgrafia del torace indirizzarci alla scelta delle posture utili. Nel caso in cui l'auscultazione fosse positiva per rantoli a grosse bolle (fase inspiratoria) la bronco aspirazione e la FKT diventano indilazionabili. La presenza di ronchi (fase espiratoria) ci indirizza verso un'ostruzione infiammatoria che non pregiudica nell'immediato l'ossigenazione.

La bronco aspirazione viene applicata anche per valutare e garantire la pervietà della protesi respiratoria e nel sospetto d'inalazione di ristagno gastrico o di secrezioni delle vie aeree superiori.

Per gli ammalati sottoposti a ventilazione meccanica oltre ai segni e sintomi sopraelencati vanno aggiunti i dati reperibili al ventilatore quali: variazione delle pressioni respiratorie nelle ventilazioni volumetriche e variazione del Tidal Volume nelle ventilazioni pressometriche, innesco dell'allarme di Pressione di picco e allarme di Volume Minuto inferiore.

**PERCHE' :** Le secrezioni non più espulse causano:

**INFEZIONI:** il secreto tracheobronchiale è un buon terreno di coltura, può quindi facilitare l'impianto di microrganismi e la formazione di un processo infiammatorio.

**OSTRUZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE:** secrezioni particolarmente dense concorrono alla formazione di tappi mucosi e/o al deposito delle stesse sulle parti declivi delle vie aeree causando atelettasie e ostruzioni delle protesi respiratorie.

**ALTERAZIONE DEGLI SCAMBI RESPIRATORI:** le secrezioni aumentano le resistenze inspiratorie ed espiratorie delle vie aeree; questo richiede da parte del malato un aumento del lavoro respiratorio in persone che hanno una funzionalità respiratoria precaria e/o compromessa e la formazione di aree di disventilazione.

**ATELECTASIE:** è la riduzione del contenuto aereo nel parenchima polmonare causato da un'ostruzione bronchiale cui segue un progressivo riassorbimento dell'aria a valle dell'ostruzione determinando una diminuzione della superficie disponibile per gli scambi gassosi.

**CON COSA:** materiale occorrente

1. Guanti monouso sterili
  2. Soluzione fisiologica e siringhe da 5-10 ml.
  3. Fonte d'aspirazione con regolazione del vuoto, tubi di connessione e vaso di raccolta.
- Le pressioni d'aspirazione devono essere di 100-150 torr..

La pressione d'aspirazione è valutata occludendo il tubo d'aspirazione e leggendo sul manometro il valore di pressione negativa.

4. Sondini d'aspirazione. Il diametro del sondino non deve superare la metà del diametro interno della protesi respiratoria. (3CH=1mm, se viene utilizzata una via naturale si utilizzano sondini con diametro 12-14 CH).

5. Acqua sterile per pulire il sistema d'aspirazione.

6. Lubrificante idrosolubile: è utilizzato solo per la bronco aspirazione nasotracheale, per ridurre il traumatismo del sondino contro le mucose.

7. Pallone autoespansibile con reservoir, tubo di connessione a fonte d'ossigeno, sistema di ventilazione, fonte d'ossigeno umidificata.

8. Stetoscopio.

Lavarsi accuratamente le mani prima e dopo la manovra. Utilizzare sistemi di protezione (mascherina, occhiali). Utilizzare sempre metodiche asettiche e materiale sterile.

#### **COME:**

##### **bronco aspirazione per via naso-tracheale**

Il sondino deve essere introdotto, negli ammalati senza protesi respiratoria, sino in prossimità della carena tracheale, questa è a circa 3-4 dita trasverse sotto la fossetta giugulare. La stima della profondità avviene misurando con il sondino la distanza tra la punta del naso e il lobo auricolare, e tra lobo auricolare ed il punto situato 3-4 dita trasverse sotto la fossetta giugulare. Una volta effettuato questo memorizzare la parte di sondino che deve restare fuori dalla narice.

Posizionare il malato semiseduto e informarlo sulla manovra.

Indossare i guanti (non sono indispensabili quelli sterili), lubrificare il sondino, inserire in una narice il sondino non collegato alla fonte d'aspirazione, farlo avanzare sino in prossimità della glottide, in questo punto è possibile udire all'estremità prossimale del sondino rumori stertorosi e vedere appannarsi in fase espiratoria la parte prossimale del sondino.

A questo punto con una manovra decisa ma allo stesso tempo delicata, quando il malato inspira inserire il sondino nelle vie aeree per la lunghezza stimata.

Collegarsi all'aspirazione e bronco aspirare rapidamente <10 sec.

Ritrarre il sondino con l'aspirazione attiva e praticando movimenti rotatori.

Controllare i parametri vitali del malato e attendere fino a che non siano ripristinati valori d'ossimetria e parametri respiratori adeguati.

Se viene evidenziata la necessità di rimuovere ulteriori secrezioni, ripetere le manovre sopra descritte.

Segnare l'avvenuta aspirazione, la qualità delle secrezioni e gli eventuali problemi riscontrati.

##### **Bronco aspirazione tramite protesi respiratoria in malati ventilati meccanicamente.**

Informare il malato della manovra.

Per prevenire le complicanze legate alla manovra il malato deve ricevere una iperossigenazione e iperinflazione almeno 30 sec. prima della manovra e almeno 1 min. dopo la manovra, questo preferibilmente con la ventilazione manuale con pallone Ambu e Reservoir, utilizzando una Frazione Inspirata di O<sub>2</sub> (FiO<sub>2</sub>) di 1 e aumentando la Frequenza Respiratoria (Fr) e/o Volume Corrente.

Utilizzare materiale sterile e tecnica asettica.

Connettere il sondino alla fonte di aspirazione.



Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12

Rev. 00

del 24/05/2016

pag 1/17

Introdurre il sondino con l'aspirazione non attiva, NON superare l'estremità distale della protesi respiratoria. Aprire l'aspirazione e bronco aspirare rapidamente (10-15 sec.). Uscire dalla protesi con l'aspirazione attiva praticando movimenti rotatori.

Se si evidenzia la necessità di rimuovere ulteriori secrezioni, ripetere le manovre sopradescritte.

In caso di secrezioni particolarmente dense, di difficile aspirazione o adese alla protesi respiratoria, instillare nella protesi respiratoria 5 ml di soluzione fisiologica sterile, quindi ventilare manualmente il malato con il pallone ambu e ripetere la manovra.

Valutare il tipo di secrezioni, registrare la manovra e le eventuali complicanze.

**Se a disposizione si possono utilizzare i sistemi chiusi di broncoaspirazione (closed tracheal suction system CTSS) a patto di un adeguato settaggio del ventilatore, della metodica di ventilazione, Fi O<sub>2</sub> o l'uso, se presente, dei sistemi di iperossigenazione incorporati al ventilatore.**

#### COMPLICANZE:

**Infezioni:** la manovra deve essere eseguita con tecnica asettica e materiale sterile.

**Ipossiemia:** oltre alla rimozione delle secrezioni si rimuovono anche aria e ossigeno, provocando ipossiemia, questa è prevenibile e correggibile con la pre e post ossigenazione.

**Fame d'aria, Ansia:** la fame d'aria e l'ansia legata alla manovra causano tachicardia, ipertensione, agitazione, arrossamento in viso.

**Collasso Alveolare e Atelettasie:** durante l'aspirazione TB vengono rimosse le Secrezioni ma anche O<sub>2</sub> e volumi di aria potendo provocare il collasso degli alveoli e conseguente atelettasia.

**Stimolazione vagale:** è il nervo principale dell'albero tracheobronchiale.

Durante la manovra, con il sondino lo si può stimolare, determinando bradicardie ( F.C.<60/min.).

La bradicardia, l'ipossiemia e la stimolazione vagale possono causare aritmie potenzialmente maligne.

Controllare durante la manovra il tracciato E.C.G. (se in uso), polso dell'ammalato, Sa O<sub>2</sub>, colorito cutaneo e stato generale.

**Traumi della mucosa:** ogni volta che il sondino raggiunge la mucosa tracheale può lesionarla con due meccanismi, in modo diretto e con il vuoto applicato. Questo tipo di lesioni può causare infiammazioni della

mucosa, petecchie emorragiche, emorragie della mucosa, edema.

Queste lesioni sono prevenibili utilizzando una tecnica corretta (tempi e modalità).

**Broncospasmo:** l'irritazione causata dall'aspirazione può provocarlo.

*Aumento della pressione intracranica.*

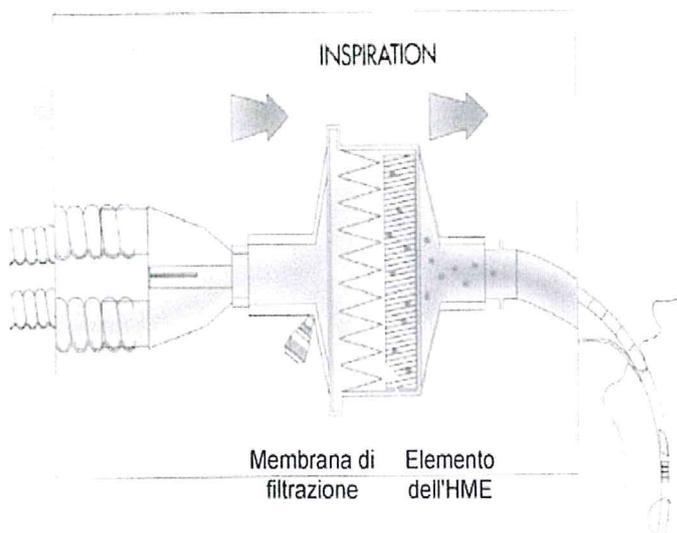
*Iperensione o ipotensione.*

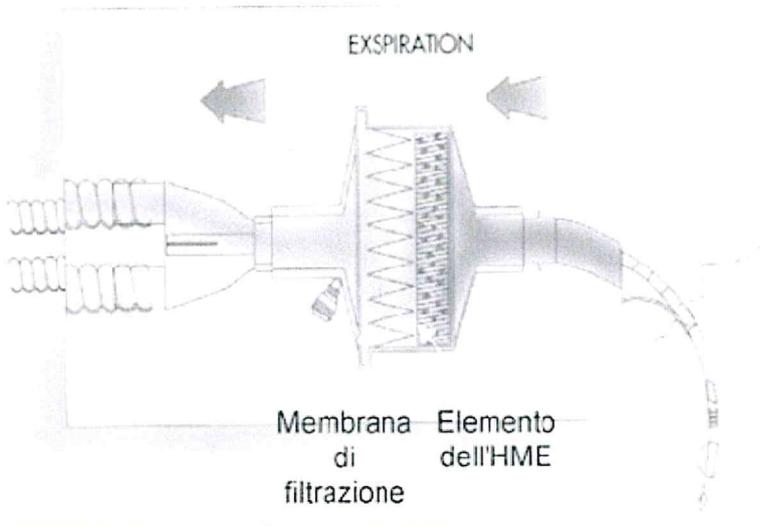
**Tutto il materiale per effettuare una rianimazione cardio polmonare (R.C.P.) deve essere presente.**

### DESCRIZIONE ATTIVITA'

AZIONE	MOTIVAZIONE
Indossare un guanto sterile	
Sfilare il sondino con il guanto sterile per poi connetterlo al sistema di aspirazione	
Se il paziente è connesso al ventilatore meccanico, prendere con il guanto non sterile delle garze pulite e porle sul punto di connessione fra mouth e protesi respiratoria e, facendo leva sulle garze, disconnettere il mouth dalla protesi respiratoria ribaltando la garza sul mouth Se la cannula è di tipo fenestrato con controcanula fenestrata, prima di effettuare la manovra di aspirazione è necessario sostituire la controcanula fenestrata con quella non fenestrata	La controcanula fenestrata deve essere sostituita con una non fenestrata perché altrimenti, l'estremità del sondino potrebbe "incunarsi" nelle fenestrature, rendendo inefficace la manovra e provocando traumatismi
Introdurre il sondino nella protesi respiratoria con aspirazione non attiva fino a giungere al termine della protesi respiratoria	L'aspirazione non deve essere attiva perché se lo fosse, potrebbe favorire l'ancoramento del sondino alle parti molli della trachea favorendo eventuali traumatismi. Il sondino deve rimanere all'interno della protesi per evitare di provocare traumatismi alla mucosa della trachea.
Azionare l'aspirazione ed aspirare ed aspirare per non più di 10/15 sec ritirando il sondino compiendo dei movimenti rotatori	Il tempo della manovra non deve protrarsi oltre i 15 secondi in quanto, durante la manovra, non si rimuovono solo secrezioni ma anche l'aria contenuta nei polmoni facendoli collabire. A questo si deve aggiungere che, durante la manovra, il paziente non è connesso a nessuna fonte di ossigeno
Se il paziente lo era precedentemente, riconnettere il paziente alla fonte di ossigeno	
Controllare quantità e caratteristiche delle secrezioni aspirate.	Il controllo delle secrezioni serve a valutarne la presenza di sangue, di purulenza ecc. e per sincerarsi che siano aspirabili e non dense. In questo ultimo caso sarà necessario provvedere a fluidificarle con una o più delle seguenti strategie: _ aumentare l'apporto idrico; _ approntare un umidificatore attivo; _ somministrare mucolitici.
Valutare le condizioni del paziente	

Lavare il circuito di aspirazione con soluzione sterile	
Chiudere il sistema aspirante	
Staccare il sondino dal sistema di aspirazione tenendolo con la mano protetta dal guanto, ripiegarlo su se stesso e sfilare il guanto così rovesciato ponendo all'interno il sondino	Ribaltando il guanto sul sondino di aspirazione si tenta di ridurre, contenendola all'interno del guanto stesso, la dispersione di materiale biologico
Smaltire il guanto contenente il sondino	
Sistemare il paziente in una posizione confortevole	La posizione migliore, in quanto facilita l'espansione polmonare, è quella semiseduta con lo schienale posto 30-45 gradi
Rimuovere i DPI e lavarsi le mani	È un'azione molto importante per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
Riordinare e reintegrare il materiale utilizzato	Lasciare in ordine il materiale è un preciso dovere che si ha nei confronti dei colleghi i quali potrebbero avere urgentemente bisogno di quello stesso materiale e che devono poter trovare velocemente e facilmente
Registrare nella documentazione del paziente l'avvenuta esecuzione della procedura e le caratteristiche e la quantità delle secrezioni	Documentare le attività che si eseguono è necessario per i seguenti motivi: _ favorire la continuità assistenziale; _ favorire la personalizzazione dell'assistenza; _ documentare in maniera esaustiva le attività erogate; _ ridurre i tempi dell'assistenza; _ favorire le analisi future per ricerche e studi; _ evidenziare l'attività lavorativa dell'infermiere.





**Negli umidificatori attivi (HH)** il gas erogato dal ventilatore passa attraverso l'acqua per caricarsi di vapor acqueo ad una temperatura pari a quella ambientale. La temperatura lato paziente viene controllata e mantenuta artificialmente ai livelli desiderati. La condensa prodotta dall'umidità in eccesso viene raccolta in appositi contenitori posti lungo la linea espiratoria del circuito.

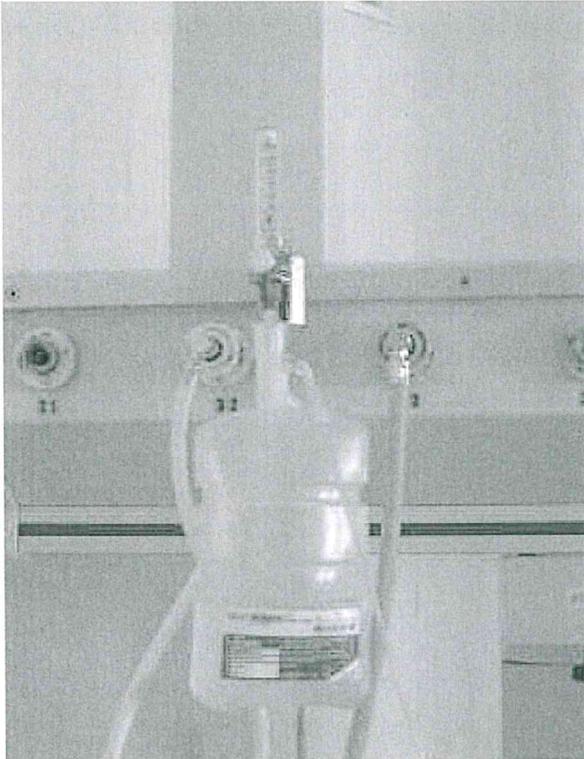


Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12  
Rev. 00  
del 24/05/2016  
pag 1/17





## IGIENE DEL CAVO ORALE

### RAZIONALE SCIENTIFICO

La ventilazione artificiale è una strategia salvavita utilizzata nei pazienti critici, ma altresì gravata da complicanze infettive.

La Polmonite Associata a Ventilazione Meccanica (VAP) rappresenta la principale complicanza infettiva nei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale, con un tasso d'incidenza variabile tra il 6 ed il 28% (alcuni studi riportano percentuali del 52%).

Oltre all'elevata frequenza, queste infezioni sono gravate da un alto indice di mortalità, che nei reparti di cure intensive è di circa il 30%.

La VAP è strettamente correlata a due importanti meccanismi patogenetici: la colonizzazione batterica del tratto aero-digestivo e l'aspirazione dei secreti contaminati nelle basse vie respiratorie.

 <p>Azienda Ospedaliera di Caserta Sant'Anna e San Sebastiano di rilievo nazionale e di alta specializzazione</p>	 <p>Comitato Infezioni Ospedaliere P.O. 12</p>	<p>P.O. 12 Rev. 00 del 24/05/2016 pag 1/17</p>
--	---	--

A livello orale la normale flora batterica a predominanza Gram-positiva si trasforma in Gram-negativa anaerobia. I patogeni responsabili delle infezioni sono spesso localizzati nella placca dentale e sulla mucosa orale.

L'intubazione orale rende complicato l'accesso per la pulizia e difficile la chiusura della bocca, comportando secchezza delle fauci. Nell'arco di 48 ore dall'ammissione in ospedale la composizione della flora batterica subisce un mutamento, con aumento dei Gram-negativi, e la costituzione di un substrato di microrganismi più virulento (ad es. *Stafilococcus aureus* meticillino-resistente e *Pseudomonas aeruginosa*), che include agenti eziologici della polmonite.

L'igiene del cavo orale è un aspetto molto importante dell'approccio preventivo della VAP nell'assistenza infermieristica

### **SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

Eseguire la corretta tecnica dell'igiene del cavo orale nei pazienti con tubo o cannula tracheale in respiro spontaneo o ventilazione meccanica per garantirne l'efficacia, mantenere il cavo orale integro, prevenire la VAP e le infezioni delle vie respiratorie

La procedura si applica a tutti gli pazienti totalmente dipendenti in ventilazione meccanica o assistita o in respiro spontaneo ricoverati nelle strutture di degenza dell'ospedale.

### **MATERIALE OCCORRENTE**

- Spazzolino con setole morbide con sistema di aspirazione
- Tampone asciutto con sistema di aspirazione
- Collutorio a base di clorexidina
- Sol. Fisiologica fiale
- Abbassalingua monouso.
- Guanti monouso non sterili
- Traversa monouso
- Set tubi per aspirazione del cavo orale
- maschera con visiera e/o occhiali
- Camice protettivo
- Manometro per misurazione pressione cuffia IOT



Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12  
Rev. 00  
del 24/05/2016  
pag 1/17

DESCRIZIONE ATTIVITA'

AZIONE	MOTIVAZIONE
Informare l'utente se cosciente	Promuovere la sicurezza psicofisica, la collaborazione e l' adempimento della normativa vigente.
Predisporre tutto il materiale occorrente	Avere in prossimità dell'utente una immediata disponibilità del materiale occorrente compreso quello per lo smaltimento
Posizionare il paziente a 30°- 45° tenendo conto delle condizioni cliniche.	Prevenire l'aspirazione delle secrezioni.
Eseguire l'igiene delle mani	Rispettare i cinque momenti OMS
Indossare camice, maschera con visiera e/o occhiali e guanti	Prevenire il rischio biologico nell'operatore
Posizionare la traversa monouso sotto il mento del paziente	Contenere la contaminazione dei liquidi biologici
NEL PAZIENTE CON TUBO O CANNULA TRACHEALE Controllare la pressione della cuffia (20-30 mm Hg) del tubo endotracheale o della cannula. Rimuovere fissaggi.	Prevenire eventuale inalazione delle secrezioni e delle soluzioni usate per la pulizia del cavo orale ed evitare la dislocazione della protesi respiratoria
Controllare la dentatura ispezionando la cavità orale con l'uso dell'abbassalingua.	Osservare e rilevare problematiche relative allo stato della mucosa orale (eventuale presenza di infiammazioni, ulcerazioni, sanguinamenti e labbra screpolate, fessurazioni, herpes labiale).
spazzolare accuratamente (brushing) i denti (se presenti) procedendo dalla parte posteriore della cavità orale verso quella anteriore spazzolando anche la lingua e il palato duro risciacquare accuratamente e contestualmente aspirare	pulizia del cavo orale e promuovere la rimozione della placca dentale
Pulire la mucosa delle guance e il palato molle facendo uso del tampone inumidito con Sol. Fisiologica e contestualmente aspirare	Garantire una corretta sequenza ed efficace pulizia della mucosa del cavo orale
Inumidire il tampone con il collutorio alla Clorexidina 0,12% avendo cura di applicarlo su tutto il cavo orale	Favorire un'efficace decolonizzazione del cavo orale con antisettico appropriato e inibire la formazione della placca
Rimuovere i guanti	Prevenire il rischio biologico

Eseguire il lavaggio delle mani	Rispettare i cinque momenti OMS
Riposizionare il paziente	Assicurare comfort
NEL PAZIENTE CON TUBO O CANNULA TRACHEALE : riposizionare fissaggi	Prevenire lesioni da pressione da parte del tubo nel cavo orale
Indossare i guanti	Prevenire il rischio biologico nell'operatore
Eliminare il materiale monouso negli appositi contenitori per i rifiuti e ricondizionare il materiale pluriuso	Prevenire il rischio biologico e rendere l'ambiente igienicamente idoneo per le successive procedure
Rimuovere tutti DPI	Prevenire contaminazioni ambientali
Eseguire igiene delle mani	Rispettare i cinque momenti OMS
Registrare l'esecuzione della procedura	Annotare sul foglio infermieristico

### RACCOMANDAZIONI

- Eseguire la procedura di pulizia del cavo orale con una soluzione di clorexidina gluconato(0,12%) non meno di 2 volte al giorno.
- Eseguire la pulizia del cavo orale con movimenti efficaci, ma delicati per non provocare conati di vomito ed evitare lesioni delle mucose.
- Formare ed aggiornare il personale sulla corretta tecnica dell'igiene del cavo orale, e sulle misure di controllo appropriate atte a prevenire l'insorgenza delle polmoniti batteriche.
- Registrare nella documentazione clinica la frequenza dell'igiene del cavo orale.

### COMPLICANZE

- Lesioni della mucosa orale e dei denti
- Perdita di pressione della cuffia del tubo oro tracheale.
- Sposizionamento accidentale del tubo oro tracheale.
- Infezioni del cavo orale e dell'apparato respiratorio.
- Sanguinamento
- Intolleranza ai prodotti utilizzati

RIFERIMENTI NORMATIVI, LEGISLATIVI E SCIENTIFICI

AUTORE	TITOLO	DATA
CO.R.I.S.T,	Protocolli infermieristici per l'igiene del cavo orale nei pazienti in V.M.	2009
RNAO	Nursing Best Practic Guidline	2008
Susan E. Coffin et al SHEA	Strategies to Prevent Ventilator Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals	2008
Ministero della Salute	Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori	2012
Pelucchi G, Ciucur M., et. al. Scenario ANIARTI	L'igiene del cavo orale	2013



Azienda Ospedaliera  
di Caserta  
Sant'Anna  
e San Sebastiano  
di rilievo nazionale  
e di alta specializzazione



Comitato Infezioni Ospedaliere  
P.O. 12

P.O. 12

Rev. 00

del 24/05/2016

pag 1/17

## BIBLIOGRAFIA

Ames NJ Evidence to support tooth brushing in critically ill patients Am J Crit care 2011 may; 20(3): 245-50.

American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171:388-416

Dickinson S, Zalewski CA. Oral Care During Mechanical Ventilation: Critical for VAP Prevention. Critical Connection. February 2008

Tantipong H, Morkchareonpong C, Jaiyindee S, Thamlikitkul V, Randomized Controlled Trial and Meta-analysis of Oral Decontamination with 2% Chlorhexidine Solution for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia . Infect Control Hosp Epidemiol. 2008 Feb ; 29 (2):131-6

Fields LB, Oral care intervention to reduce incidence of ventilator- associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. J Neurosci Nurs. 2008 Oct;40(5):291-8

Pineda LA, Saliba RG, El Sohl AA. Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: a meta-analysis, Critical Care 2006, 10:R35

Fourrier F et Al. Effect of gengival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: A double-blind placebo-controlled multicenter study,

Crit Care Med 2005; Vol.33, No.8:1728-1735

Kola A, Gastmeier P. Efficacy of oral chlorhexidine in preventing lower respiratory tract infections. Meta-analysis of randomized controlled trials, Journal of Hospital Infection 2007;66:207-216

## **Bibliografia**

**Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, “Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle unità di terapia intensiva” Dossier 203-2011, Bologna, 2011**

**Atti del IX congresso A.I.O.S.O., Savona 29-30 aprile 2011**

**Atti del VIII congresso A.I.O.S.O., Desenzano del Garda (BS) 7-8 maggio 2010**

**C. Sironi, G. Baccin, “Procedure per l’assistenza infermieristica”, Masson, 2006 Milano**

**C. Spairani, T. Lavalle (a cura di), “Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica”, Masson, 2001, Milano**

**C. Zotti, M.L. Moro (a cura di), “Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza” Centro Stampa della Regione Emilia Romagna, Bologna, 2010**

**L.J. Carpenito, “Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica”, Sorbona, 1996, Milano**

**Procedura Aziendale (Azienda USL Ravenna) “assistenza alla persona con problemi respiratori” P107 dicembre 2005**