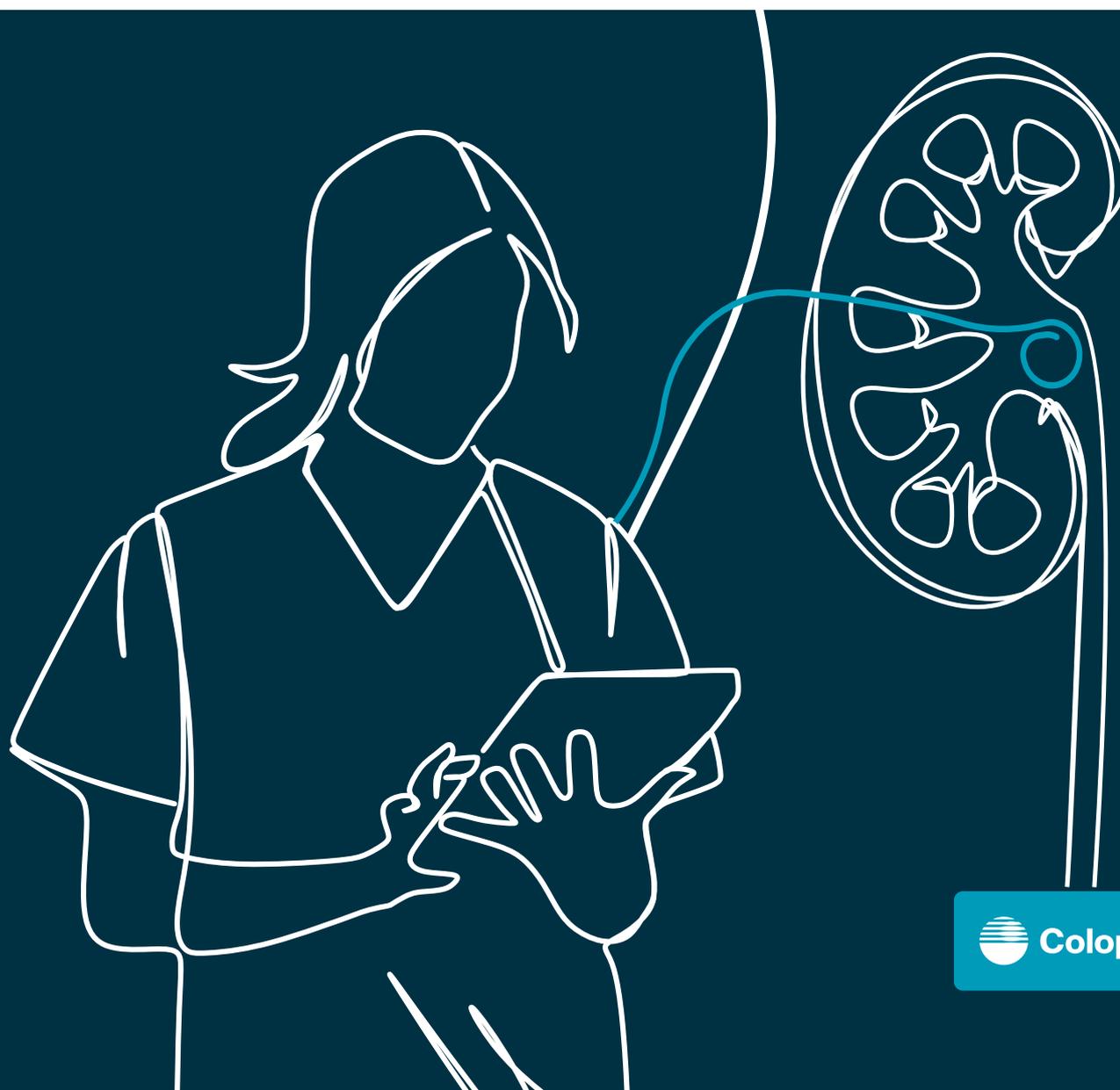


Guía profesional para el manejo adecuado de nefrostomías

Colección investigación y cuidados en ostomías.



ISBN: 978-84-09-73817-5
DEPÓSITO LEGAL: M-13885-2025
EDITA: Coloplast Productos Médicos, S.A

© 2025 Todos los derechos reservados.
Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
o soporte sin la expresa autorización del propietario

Autoras

Gago Ferreiro, María Cruz

Supervisora urología-otorrino. HU de Pontevedra, Pontevedra

Galán Tundidor, Manuela A.

Supervisora urología-quirúrgica. HU de Guadalajara, Guadalajara

González Alcolea, M.^a Isabel

Enfermera CMA. HU Puerta Hierro-Majadahonda, Madrid

González Lluva, Concepción

Supervisora urología. HGU Gregorio Marañón, Madrid

González López, Patricia

Enfermera urología. HU 12 de octubre, Madrid

Guillermo Alonso, M.^a Teresa

Enfermera urología. HGU Gregorio Marañón, Madrid

Martínez Escandell, Ana Isabel

Supervisora urología-cirugía cardiotorácica. HU La Paz, Madrid

Málaga Bernal, M.^a Teresa

Supervisora urología-cirugía general. HU 12 de octubre, Madrid

Revisores



Dr. Eduardo García Blázquez
Market Manager Ostomy Care

<https://orcid.org/0000-0003-1229-3229>



Sara Manero Higuera
Ostomy Care

<https://orcid.org/0009-0006-5394-121X>

Índice

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AUTORES Y REVISORES | 3 |
| 1. Descripción de nefrostomía | 6 |
| 2. Indicaciones de la nefrostomía | 8 |
| 3. Tipos de dispositivos de nefrostomías | 9 |
| 4. Tipos de curas de nefrostomías | 12 |
| 4.1. Apósito – bolsa pierna | 12 |
| 4.2. Dispositivo de urostomía de 3 piezas | 13 |
| 4.3. Dispositivo de urostomía de 1 pieza | 14 |
| 5. Complicaciones | 16 |
| 5.1. Obstrucción del catéter | 16 |
| 5.2. Salida del catéter | 17 |
| 5.3. Rotura conexión catéter | 17 |
| 5.4. Infección | 18 |
| 5.5. Dermatitis de piel | 18 |
| 5.6. Sangrado | 19 |
| 6. Cuidados de las nefrostomías al alta hospitalaria para el paciente y educación sanitaria al paciente y cuidador principal | 19 |
| 6.1. Apósito y bolsa de pierna | 19 |
| ▶ Higiene y cuidados | 19 |
| ▶ Observaciones importantes | 20 |
| ▶ Motivos de consulta en su centro de salud | 20 |
| 6.2. Bolsa de urostomía de 1 y de 3 piezas | 20 |
| ▶ Higiene y cuidados | 20 |
| ▶ Motivos de consulta en su centro de salud | 21 |
| ▶ Cómo prevenir y solucionar problemas cutáneos | 22 |
| 7. Otros cuidados | 23 |
| 7.1. Nutrición | 23 |
| 7.2. Actividad física | 23 |
| 7.3. Higiene | 23 |
| 7.4. Recomendaciones | 23 |
| 8. Recomendaciones en base a la evidencia obtenida | 23 |
| 9. Preferencia de pacientes | 24 |
| 10. Conclusiones | 26 |
| 11. Bibliografía | 26 |

1. DESCRIPCIÓN DE NEFROSTOMÍA

De forma habitual, cuando se precisa una derivación de la orina, se utilizan las vías naturales del aparato urinario (uretra y uréter). Sin embargo, cuando, por alteraciones anatómicas que impiden su cateterismo o necesidades terapéuticas (por ejemplo: litotricia percutánea) que precisan un acceso directo a las cavidades renales, es necesario establecer una comunicación directa con las cavidades renales desde el exterior: NEFROSTOMÍA.

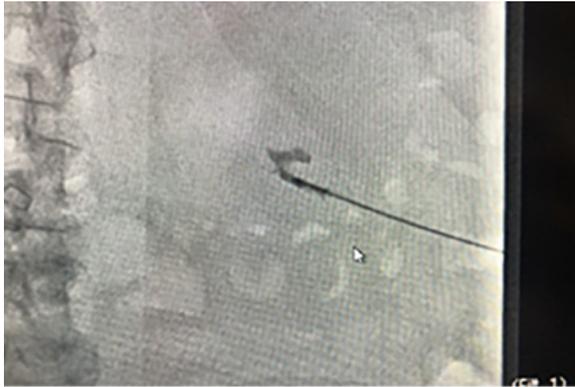
Una **nefrostomía** es una punción percutánea del sistema colector renal para conseguir un acceso directo desde la pared del abdomen a la vía urinaria del riñón que permita:

- El drenaje de orina a través de un catéter de nefrostomía.
- La introducción de contraste radiopaco para estudios radiológicos.
- Utilización de instrumental quirúrgico para realizar litofragmentación de litiasis renal, tratamiento percutáneo de neoplasias uroteliales del tracto urinario superior (TUS) y sondajes anterógrados ureterales.

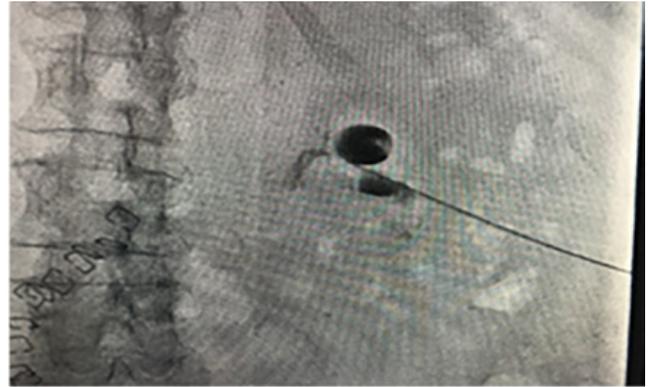
TÉCNICA DE REALIZACIÓN

La realización se lleva a cabo por los Servicios de Urología o Radiología Intervencionista habitualmente de forma ambulatoria con anestesia local y/o sedación.

- Con el paciente en decúbito se procede, bajo control ecográfico, a colocar una aguja de punción fina (Chiba 25 cm. 22 G) en cavidades renales (Figura 1).
- Una vez que se comprueba la salida de orina se opacifica la vía urinaria con contraste para (Figura 2).
- Bajo control radioscópico, realizar una punción con aguja con camisa teflonada 5-6 Fr en dirección a un cáliz dorsal del riñón (Figura 2).
- Comprobada la salida de orina que confirma la correcta área de punción se procede a pasar guías de acero que tutorizarán de forma coaxial el paso de los diferentes catéteres dilatadores hasta calibre suficiente para permitir (Figura 3).
- Colocar catéter de nefrostomía calibre 8-12 Ch multiperforadora en el extremo tipo pig-tail que quedan enrolladas a nivel de pelvis renal (Figura 4).
- Fijación del catéter a nivel cutáneo con punto de seda y/o dispositivos que mantengan la correcta colocación de la sonda de nefrostomía evitando su salida accidental (Figuras 5 y 6).



1. Punción aguja Chiba.



2. Opacificación cavidades renales.



3. Paso Guía.



4. Nefrostomía.

Figuras 1-4: Colocación nefrostomía.

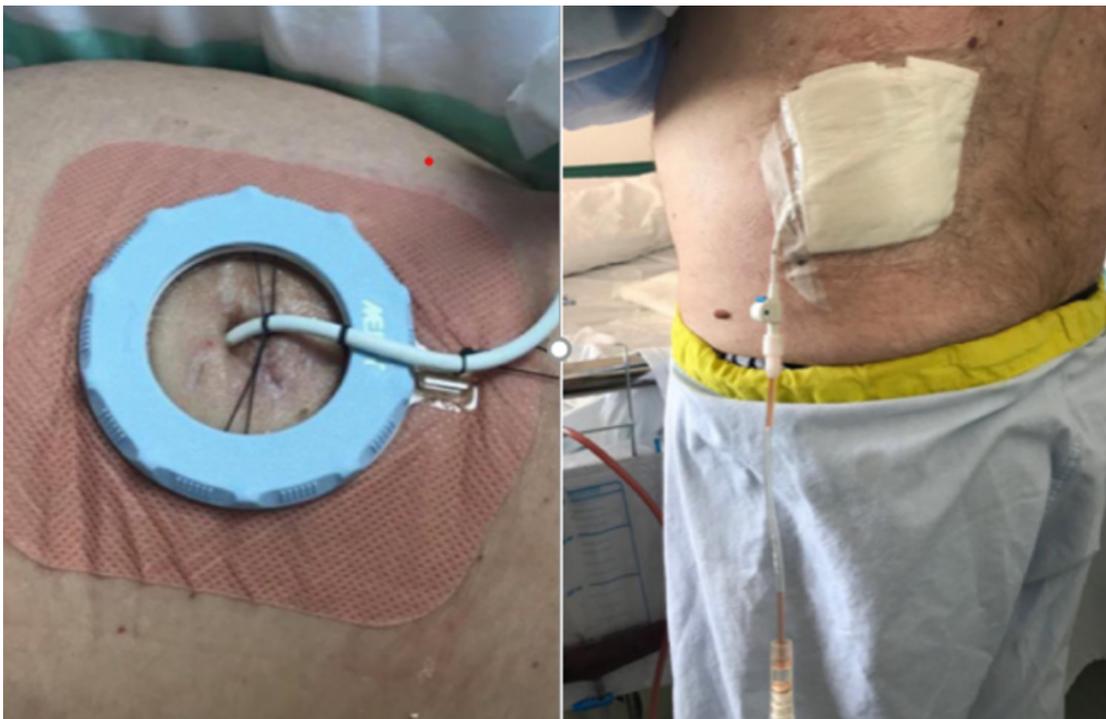


Figura 5: Sistemas de fijación de la nefrostomía.



Figura 6: Cura con bolsa de urostomía.

2. INDICACIONES DE LA NEFROSTOMÍA

La nefrostomía puede realizarse como:

PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICO (habitualmente se trata de nefrostomías colocadas de forma transitoria) para:

- Estudios radiológicos: **pielografía anterógrada** en casos de riñones no funcionantes o mal visualizados con contrastes intravenosos.
- Nefrolitotomías percutáneas (fragmentación de litiasis renales complejas).
- Quimiolisis de cálculos renales.
- Resección de tumores uroteliales de pelvis y cálices renales.
- Sondajes ureterales de forma anterógrada.

DERIVACIÓN URINARIA DEL TUS (colocadas de forma permanente o hasta la resolución del proceso que originó la necesidad de su realización):

- Sepsis urinarias que cursan con obstrucción ureteral.
- Obstrucciones del TUS (nefrostomías de descarga) por:
 - Litiasis pieloureterales.

- Tumores ureterales o vesicales con atrapamiento del meato ureteral en vejiga.
- Atrapamiento ureteral secundario a:
 - Fibrosis retroperitoneal.
 - Tumores ginecológicos.
 - Cánceres colorrectales.
 - Lesiones post-radioterapia.

3. TIPOS DE DISPOSITIVOS DE NEFROSTOMÍAS

El paciente tendrá que llevar un dispositivo colector, comúnmente llamado bolsa de urostomía, para recoger la orina que sale por el catéter, que permanecerá hasta la resolución de su problema.

Las bolsas están formadas por dos elementos diferentes: el adhesivo que se pega a la piel y la bolsa para recoger la orina.

Estos adhesivos, además de pegar, cuidan la piel ya que llevan en su composición unas sustancias que la protegen evitando que se irrite. Por este motivo, Ud. deberá ajustar en la medida de lo posible el adhesivo al punto de salida del catéter.

Todas las bolsas de urostomía constan de:

- Una válvula de vaciado con tapón: es un pequeño grifo, que permite vaciarlas cada vez que estén llenas.
- Una válvula anti-reflujo: que permite el paso de la orina hacia abajo, pero impide que la orina retorne al punto del catéter, evitando posibles infecciones.

Existen 2 tipos de bolsas:



1. Bolsas de 1 pieza (Figura 7): El adhesivo está unido a la bolsa colectoras formando un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel y se retira en conjunto en cada cambio. Se suele cambiar cada 24 horas por término medio. Con la utilización de estas bolsas se conseguirá discreción, ya que son muy flexibles y no abultan nada.

Estos dispositivos suelen utilizarse cuando la piel que rodea el catéter es capaz de aguantar sin irritarse el cambio frecuente de adhesivo y se quiera utilizar un dispositivo discreto y flexible.

Figura 7: Dispositivo de urostomía de 1 pieza.

2. Bolsas de 3 piezas con enganche mecánico (Figura 8): Están formadas por dos elementos por separado: el disco adhesivo y la bolsa, que se aseguran entre si a través de un tercer elemento que es el aro de cierre o *clipper*. El disco adhesivo de estos sistemas se puede dejar pegado a la piel 2 o 3 días, mientras que la bolsa, se cambiará 1 vez al día.

Tanto en la versión de 1 pieza como en la de 3 piezas con enganche mecánico, podrá encontrar varios tamaños, con el fin de que pueda escoger el que mejor se adapte a sus necesidades.

Este dispositivo se deberá utilizar siempre que el factor primordial sea la protección cutánea y el cambio de adhesivo deba realizarse con escasa frecuencia. Al estar formados por disco y bolsa, abultan un poco más que los dispositivos de 1 pieza. Como ventaja presentan, que al permanecer el disco sobre la piel de 48 a 72 horas, el sellado del disco entorno al estoma esta garantizado durante varios días.



Figura 8: Dispositivo de urostomía de 3 piezas con enganche mecánico.

Tanto las bolsas de 1 pieza como las de 3 piezas con enganche mecánico se deben vaciar cada 3 o 4 horas. Para ello, habrá que quitar el tapón siliconado y estriado, de la válvula de vaciado.

Si la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, lo más recomendable es elegir un sistema de 3 piezas que asegure el reposo de la misma, durante varios días. Si por el contrario la piel tolera los cambios frecuentes de adhesivo, lo más cómodo y discreto será el sistema de 1 pieza.

OTRAS BOLSAS:

Bolsa de drenaje nocturno (Figura 9): Se usa para almacenar la orina por la noche asegurando un descanso ininterrumpido sin necesidad de vaciar la bolsa con tanta frecuencia. Tiene una capacidad de 2 litros y se conecta a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía.

Esta bolsa de drenaje se colgará de un gancho en el lateral de la cama, procurando que quede siempre por debajo de la bolsa de urostomía para así facilitar el flujo de la orina.

Bolsa de pierna (Figura 10): Para ampliar la capacidad de recogida de orina durante el día, existen unas bolsas adaptables a la pierna, con una capacidad entre 600-800 ml, que se conectan a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía. El uso de estas bolsas le dará una mayor independencia en determinadas ocasiones, como son los viajes, trabajo, excursiones...

Recuerde que la bolsa que elija le debe aportar una gran seguridad, pero a la vez debe proteger su piel. Es fundamental que el adhesivo de la bolsa elegida se ajuste lo máximo posible al catéter de nefrostomía.



Figura 9: Bolsa de drenaje nocturno.



Figura 10: Bolsa de pierna.

Le aconsejamos que, dado que existen multitud de dispositivos, busque el asesoramiento de su enfermera. Es muy importante que vigile la salida continua de orina por el catéter de nefrostomía.

4. TIPOS DE CURAS DE NEFROSTOMÍAS

La zona de inserción del catéter de la nefrostomía debe de estar tapada y protegida por 2 razones:

- Evitar infecciones.
- Evitar salidas accidentales del catéter.

En función del sistema colector utilizado existen 3 tipos de curas de las nefrostomías para evitar esas complicaciones:

- Apósito convencional-bolsa pierna.
- Dispositivo de urostomía de 3 piezas.
- Dispositivo de urostomía de 1 pieza.

4.1 APÓSITO – BOLSA PIERNA

Material necesario para la realización de la cura (Figura 11):



Figura 11: Material necesario para la realización de la cura con apósito convencional – bolsa de pierna.

- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Apósito transparente, transpirable.
- Suero salino.
- Bolsa de diuresis de pierna.

- Solución antiséptica tipo clorhexidina.
- Conexión de catéter a bolsa recolectora de pierna.
- Liga para sujetar bolsa a pierna.

Técnica:

- Lavado de manos y utilización de guantes no estériles.
- Colocar al paciente decúbito lateral.
- Retirar el apósito sujetando el catéter para evitar tirones y desplazamiento del mismo.
- Quitarse los guantes no estériles y colocarse los guantes estériles.
- Limpiar la zona de inserción del catéter con gasas estériles y clorhexidina acuosa al 2% haciendo movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Dejar secar y aplicar solución antiséptica.
- Colocar una gasa estéril abierta por la mitad entre la piel y el catéter.
- Colocar una gasa por encima del catéter para evitar el contacto del catéter con el pegamento del esparadrapo.
- La alargadera debe orientarse de tal manera que forme una línea recta para evitar acodamientos.
- Proteger la llave de 3 pasos con una gasa para evitar úlceras por presión (UPP) en el paciente por contacto y presión directa.
- Conectar la bolsa de diuresis.
- Mantener la bolsa de diuresis por debajo de la cintura.
- Realizar la cura cada 48 – 72 horas.
- Cambiar antes si existiera humedad por salida de orina pericatóter, sangrado o signos de infección.

4.2. DISPOSITIVO DE UROSTOMÍA DE 3 PIEZAS

Material necesario para la realización de la cura (Figura 12):

- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Suero salino.
- Solución antiséptica.
- Dispositivo de urostomía de 3 piezas.
- Bolsa de diuresis.



Figura 12: Material necesario para la realización de la cura con un dispositivo de urostomía de 3 piezas o de 1 pieza.

Técnica:

- Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
- Despegar el disco de la piel suavemente de arriba abajo sujetando la piel con la mano para no dar tirones y evitar desplazamiento del catéter.
- Quitarse los guantes no estériles y colocarse los guantes estériles.
- Limpiar la zona de inserción del catéter con clorhexidina acuosa al 2% haciendo movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Dejar secar y aplicar solución antiséptica.
- Colocar el disco introduciendo el catéter por el orificio del mismo. Si fuera necesario recortar el orificio lo justo para introducir el catéter consiguiendo así la menor zona de piel expuesta.
- Colocar la bolsa alojando el catéter dentro no rebasando la válvula anti-reflujo de la misma.
- Cambiar el disco cada 2- 3 días.
- Sustituir la bolsa todos los días limpiando el catéter con gasas y suero salino.
- Vigilar el punto de inserción del catéter.
- Vigilar posibles problemas de la piel tales como dermatitis, erosiones ...

4.3. DISPOSITIVO DE UROSTOMÍA DE 1 PIEZA

Material necesario para la realización de la cura (Figura 12):

- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Suero salino.
- Solución antiséptica.

- Dispositivo de urostomía de 1 pieza (Figura 13)
- Bolsa de diuresis.



Figura 13: Dispositivo de urostomía de 1 pieza y dispositivo no adecuado para emplear en este tipo de cura.

Técnica:

- Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
- Despegar el disco de la piel suavemente de arriba abajo sujetando la piel con la mano para no dar tirones y evitar tirones del catéter.
- Quitarse los guantes no estériles y utilizar los guantes estériles.
- Limpiar la zona de inserción del catéter con clorhexidina acuosa al 2% haciendo movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Dejar secar y aplicar solución antiséptica.
- Colocar el disco introduciendo el catéter por el orificio del mismo. Si fuera necesario recortar el orificio lo justo para introducir el catéter consiguiendo así la menor zona de piel expuesta.
- Colocar la bolsa alojando el catéter dentro no rebasando la válvula anti-reflujo de la misma.
- Cambiar el dispositivo todos los días.
- Vigilar el punto de inserción del catéter.
- Vigilar posibles problemas de la piel tales como dermatitis, erosiones...



Video explicativo de cómo lavar y hacer la cura de la nefrostomía.

5. COMPLICACIONES

Tanto la colocación como la permanencia de la nefrostomía no se hallan exentas de complicaciones relacionadas con:

- **EL CATÉTER**
 - Obstrucción del catéter.
 - Salida del catéter.
 - Rotura conexión del catéter.
- **PERMANENCIA DE LA NEFROSTOMÍA**
 - Infección.
 - Dermatitis de piel.
 - Sangrado, que normalmente suele ser leve.
 - Granulomas.

5.1. OBSTRUCCIÓN DEL CATÉTER

El primer signo que alertará sobre la obstrucción del catéter es la disminución/ausencia del débito urinario y el síntoma que presentará el paciente es el dolor lumbar por aumento de la presión en cavidades renales. El procedimiento a seguir de forma inmediata es desobstrucción del catéter.

Para ello pasaremos a explicar cómo realizaremos dicha desobstrucción.

En primer lugar, prepararemos el MATERIAL necesario:

- Paño estéril.
- Sistema colector.
- Gasas.
- Desinfectante.
- Guantes no estériles.
- Empapador.
- Jeringa de 5 cc.
- Suero fisiológico.

Cuando existe obstrucción, la enfermera tendrá en cuenta que la primera actuación y muy importante será ASPIRAR suavemente con objeto de intentar extraer la causa que ocasionó la oclusión de la luz del catéter.

Si al aspirar observamos que sale orina, comenzaremos a lavar suavemente para lo cual utilizaremos una jeringa de 5cc con suero fisiológico que introduciremos poco a poco y recuperaremos el mismo, lo repetiremos unas cuantas veces hasta que veamos que el catéter está permeable (Figura 14).

La razón de utilizar una jeringa de este tamaño, es que el volumen de la cavidad pielocalicial renal es reducido por lo que debe evitarse introducir volúmenes mayores de suero de lavado ya que podemos provocar una distensión dolorosa del riñón (tipo cólico renal) o provocar una diseminación de la orina y los posibles gérmenes en su seno vía hematológica (riesgo de sepsis). El dolor referido por el paciente será el que nos indique el límite del volumen con el que realizaremos el lavado.



Figura 14: Lavado de la nefrostomía.

5.2. SALIDA DEL CATÉTER

Los enfermeros tendrán que saber que los catéteres de nefrostomías tienen unas marcas para controlar la posición del mismo. Se deben tener referenciadas dichas marcas cuando el catéter está en posición correcta para evaluar el posible desplazamiento de la sonda y la medida de dicha salida.

Pequeñas salidas manteniendo el drenaje adecuado de orina se pueden resolver fijando adecuadamente el dispositivo; sin embargo, cuando la salida es mayor con disminución o ausencia del débito urinario es necesario su sustitución bajo control radiológico por el especialista responsable.

5.3. ROTURA CONEXIÓN CATÉTER

El signo que nos pondrá sobre aviso es la salida de orina fuera del sistema colector por lo que se deberá sustituir dicha conexión (Figura 15). Si no disponemos de una nueva conexión podemos utilizar una sonda tipo Foley que cortaremos a nivel distal por donde introduciremos directamente el catéter de nefrostomía. Para saber que calibre es el más adecuado nos fijaremos en el calibre de la nefrostomía: número Ch y utilizaremos una sonda Foley cuyo calibre sea el doble del de la nefrostomía (por ejemplo: una nefrostomía calibre 6 Ch se ajusta con una sonda Foley 12 Ch)



Figura 15: Cambio conexión catéter nefrostomía.

5.4. INFECCIÓN

Puede ser local por el punto de fijación de la nefrostomía. Nos daremos cuenta porque habrá exudado a dicho nivel. Para resolverlo realizaremos curas del punto y vigilaremos su inserción (Figura 16).

Si es una infección urinaria el paciente referirá dolor lumbar, orina turbia y fiebre, deberemos recoger un urocultivo y llamaremos al urólogo.



Figura 16: Curas nefrostomía.

5.5. DERMATITIS DE PIEL

Puede ser por el punto de anclaje de la Nefrostomía; lo que realizaremos será el cambio del punto y si es por la bolsa de urostomía realizaremos limpieza de la piel y utilizaremos cremas barrera (Figura 17).



Figura 17: Dermatitis por catéter de nefrostomía.

5.6. SANGRADO

Habitualmente es de intensidad leve/moderada debido a movimientos del propio catéter: recomendaremos aumento de ingesta hídrica al paciente y realizaremos lavados manuales si se produce obstrucción por coágulos. Ante la persistencia de la hematuria o si se produce un sangrado pericatóter procederemos a poner en conocimiento del facultativo responsable dicha complicación.

6. CUIDADOS DE LAS NEFROSTOMÍAS AL ALTA HOSPITALARIA PARA EL PACIENTE Y EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE Y CUIDADOR PRINCIPAL

6.1. APÓSITO Y BOLSA DE PIERNA

- HIGIENE Y CUIDADOS

Mantener siempre la zona limpia y seca.

Cambiar la bolsa previo lavado de manos y tocando lo menos posible la conexión bolsa-sonda.

1. Dúchese con el apósito. Puede necesitar al principio una persona que le ayude.
2. Retire los apósitos y gasas mojadas con ayuda de un familiar, cuidando de no tirar del catéter.
3. Limpie la zona alrededor del catéter con suero fisiológico o agua hervida con sal retirando todos los restos de sangre, etc. con gasas estériles.
4. Colocar las gasas como el dibujo (Figura 18), procurando que el catéter no se doble.
5. Lávese las manos al finalizar.



Figura 18: Colocación de las gasas durante la higiene y cuidado de la nefrostomía.

- **OBSERVACIONES IMPORTANTES**

- Observar la salida de la orina o signos de irritación en la piel.
- Evitar que la bolsa de orina esté por encima de la cintura para evitar las infecciones por el posible reflujo al riñón. La bolsa no debe rozar nunca el suelo o zonas contaminadas.
- Vigilar el color y el olor de la orina, teniendo en cuenta que hay alimentos y medicinas que pueden alterarlos.
- Beber de 1,5 a 2 litros de agua al día, si no existe contraindicación médica.
- Se recomienda cambiar la bolsa de orina diariamente.

- **MOTIVOS DE CONSULTA EN SU CENTRO DE SALUD**

- Fiebre, dolor, inflamación local, enrojecimiento, exudado.
- Hematuria (sangre en orina).
- Ausencia de orina.
- Salida accidental del catéter.

6.2. BOLSA DE UROSTOMÍA DE 1 Y DE 3 PIEZAS

- **HIGIENE Y CUIDADOS**

Prepare todo el material necesario antes de comenzar el cambio de dispositivo. Si utiliza un dispositivo de 1 pieza o si utiliza un dispositivo de 3 piezas y tiene que cambiar el disco, en ocasiones basta con dilatar manualmente el orificio. Es importante que el orificio sea solo el necesario para el paso del catéter, evitando recortar el adhesivo previamente, así conseguimos exponer la menor zona de la piel al contacto con la orina (entre 15 y 20 mm suele ser suficiente).

Vacíe la bolsa usada en el inodoro y despegue el adhesivo de la piel suavemente, de arriba hacia abajo. Esta operación se debe hacer poco a poco, sujetando la piel con una mano para no dar tirones y cuidando de no tirar del catéter (Figura 19). Recuerde que es muy probable que el catéter esté anudado con un punto de fijación a la piel para evitar su salida accidental, por ello procure no dar tirones al movilizarlo.

Limpie la piel de alrededor del estoma suavemente con agua y jabón neutro, haciendo movimientos circulares de fuera hacia dentro. Es conveniente que aplique algún desinfectante en la zona del punto de punción. A continuación, debe secarla perfectamente con una gasa a toquecitos, evitando frotar bruscamente (Figura 20).

Retire el film transparente que protege el adhesivo e introduzca la punta del catéter por el orificio que hemos recortado previamente. Seguidamente adhiera el adhesivo a la piel procurando dejar el catéter justo en el centro del orificio. Es mejor si lo hace empezando de abajo arriba. Durante esta operación la piel debe estar bien seca. La posición ideal para la maniobra es sentado o bien acostado del lado contrario a donde esté insertado el catéter.

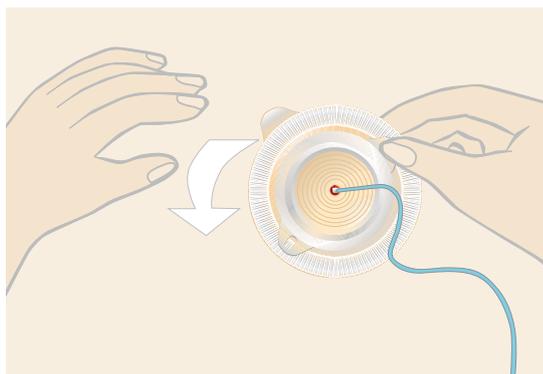


Figura 19: Retirada del disco adhesivo.

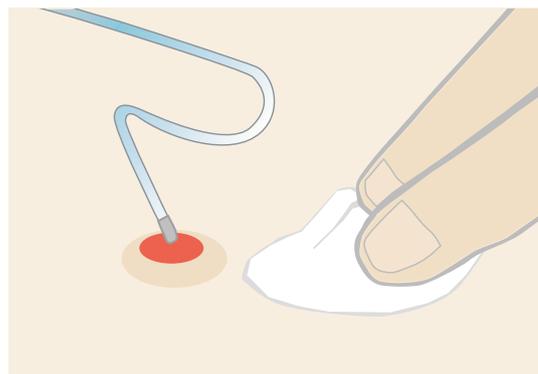


Figura 20: Limpieza de la piel periestomal.

Si usa un dispositivo de 3 piezas, una vez colocado el disco adhesivo debe adaptar la bolsa sobre el aro de enganche del mismo una vez enrollado el catéter en la parte superior de la bolsa y alojando su extremo en uno de los laterales superiores de la misma. A continuación, cierre el *clipper* presionado sobre sus extremos hasta oír un “clic”. En caso de que el hilo que anuda el catéter tenga los cabos largos, es conveniente que los “pise” a ambos lados entre el disco y la bolsa. Recuerde que deberá cambiar su bolsa diariamente y el disco cada 2-3 días.

Ponga el dispositivo usado en una bolsa de plástico y deséchelo en la basura.

Por último, no olvide lavar sus manos.

• MOTIVOS DE CONSULTA EN SU CENTRO DE SALUD

- Si deja de salir orina por el catéter o la cantidad disminuye de manera importante.
- Si nota dolor en la zona del riñón.
- Si la orina se vuelve turbia, blanquecina o roja.
- Si se sale el catéter o ahora lo ve más largo que antes.
- Si se sueltan los puntos que lo fijan a la piel.
- Si presenta fiebre.

• CÓMO PREVENIR Y SOLUCIONAR PROBLEMAS CUTÁNEOS

Como hemos dicho, la salud de la piel periestomal es sumamente importante ya que nos va a garantizar el buen sellado de los adhesivos y por lo tanto la seguridad frente a posibles fugas. Si seguimos las normas higiénicas y de colocación explicadas, la piel no tiene por qué irritarse. No obstante, es conveniente saber qué hacer en caso de que se produzca.

La regla de oro para mantener la piel saludable es no traumatizarla ni física ni químicamente.

- Físicamente significa no raspar, no frotar, despegar los adhesivos con suma delicadeza, cortar el vello con tijeras.
- Químicamente significa no usar detergentes, ni alcohol, ni permitir que la orina permanezca durante mucho tiempo en contacto con ella.

Cuando la irritación ya se ha producido, se pueden utilizar cremas barrera para curarla, pero, lo más importante, es que el dispositivo que usemos asegure el reposo de la piel, sellando correctamente la zona que rodea al catéter y evitando su contacto con la orina. Un sistema múltiple, bien ajustado e incluso sellado con alguna pasta o resina moldeable, donde el disco adhesivo pueda permanecer varios días pegado a la piel, suele ser suficiente para curar la irritación cutánea y, si a pesar de haber elegido un sistema de este tipo, Ud. sigue teniendo la piel irritada, puede ser que el disco no se le ajusta bien por la presencia de un pliegue, hundimiento, etc. que provoque la filtración de la orina. En este caso es necesario reevaluar la necesidad de cambiar a un dispositivo o utilizar accesorios para conseguir un sellado efectivo.

7. OTROS CUIDADOS

7.1. NUTRICIÓN

- Dieta sana y equilibrada.
- Beber de 1,5 a 2 litros de agua/líquidos al día.
- Fruta y zumos ricos en vitamina C (orina ácida – no infección de orina).
- Cenar 3 horas antes de irse a la cama.



7.2. ACTIVIDAD FÍSICA

- No limitará su movilidad.
- Actividad física moderada.
- No es recomendable la natación.



7.3. HIGIENE

- Lavarse las manos antes y después de la manipulación de la bolsa.
- Ducha, no baño.
- Ducha diaria antes del cambio de bolsa.



7.4. RECOMENDACIONES

- Proteger el dispositivo del sol y del calor.
- Ropa holgada, sin comprimir el dispositivo.
- No es incapacitante, debe llevar una vida normal.
- Llevar material de recambio siempre.



8. RECOMENDACIONES EN BASE A LA EVIDENCIA OBTENIDA

Existe una gran variabilidad en cuanto a los procedimientos utilizados en cada hospital y el manejo enfermero de las nefrostomías.

No existe uniformidad en cuanto al tipo de cura utilizada, predominando ligeramente el uso de apósito + bolsa de pierna, frente al uso de bolsa de urostomía.

El 86% de los pacientes prefirieron la bolsa de urostomía (Figura 21), mencionando que la utilización de la misma les proporciona más libertad de movimientos a la hora de la higiene. Asimismo, como ventaja inicial apuntan el no necesitar ir al centro de salud para su cambio, lo que implica un ahorro de tiempo tanto para el paciente como para el personal de enfermería.

En los pacientes portadores de bolsa de diuresis se ha observado una buena adaptación al dispositivo utilizado aportándoles una gran autonomía en su vida diaria, aunque cabe recalcar la importancia del apoyo tanto familiar como profesional a la hora de la realización de las curas. En cuanto a las complicaciones más frecuentes destacan la obstrucción del catéter por acodamientos y los tirones accidentales del catéter.

La elección del tipo de cura debe estar más centrada en el perfil y necesidades individualizadas de cada paciente (edad, situación de dependencia, estado físico, psíquico, etc.), que en aspectos meramente técnicos.

Se resaltan como pilares fundamentales en los cuidados del paciente nefrostomizado tanto la labor del cuidador principal como el seguimiento del personal de enfermería.

9. PREFERENCIA DE PACIENTES

Según los datos extraídos de la encuesta pasada a los pacientes el 86% (Figura 21) han elegido la bolsa de urostomía, la cual les proporciona mayor seguridad, un manejo más fácil y adaptación a la vida diaria.

VENTAJAS:

- Higiene más fácil.
- Autonomía curas.

INCONVENIENTES:

- Problemas cutáneos.

En los pacientes portadores de bolsa de diuresis se ha observado una buena adaptación al dispositivo utilizado aportándoles una gran autonomía en su vida diaria, aunque cabe recalcar la importancia del apoyo tanto familiar como profesional a la hora de la realización de las curas. En cuanto a las complicaciones más frecuentes destacan la obstrucción del catéter por acodamientos y los tirones accidentales del catéter.

La elección del tipo de cura debe estar más centrada en el perfil y necesidades individualizadas de cada paciente (edad, situación de dependencia, estado físico, psíquico, etc.), que en aspectos puramente técnicos.

VENTAJAS:

- Buena adaptación.

INCONVENIENTES:

- Apoyo familiar y profesional necesario.
- Problemas con el catéter como acodaduras o salida.

Decir que es más grave y con más riesgo para el paciente la retirada accidental de la nefrostomía y que al cambiarlo a disco y bolsa de urostomía desaparece el problema.

En los casos de dermatitis, en una semana cambiando el tipo de cura, se soluciona el problema. Los pacientes preferían volver al tipo de cura con disco y bolsa porque les parecía más seguro además de aportar mayor independencia.

Dependiendo de la edad del paciente y del estado físico y psíquico se decidía un tipo de cura u otro y también de los cuidados que teníamos que realizar en las nefrostomías. Las primeras 48/72 horas desde la colocación de la nefrostomía necesitan lavados manuales con lo cual hasta ese momento los mantenemos con apósito y esparadrapo.

Valoración de los pacientes

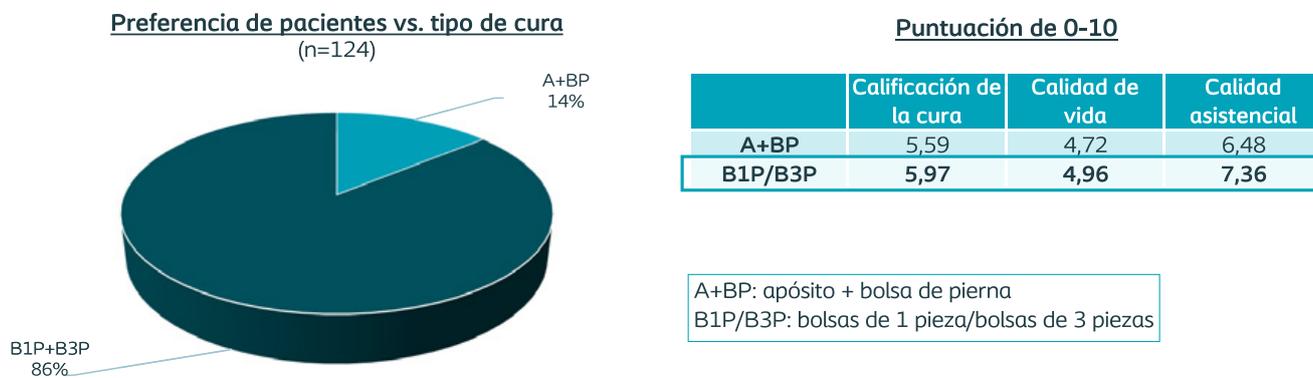


Figura 21: Valoración de los pacientes sobre el tipo de cura.

10. CONCLUSIONES

- Tras analizar los datos obtenidos apuntamos a que los dos tipos de curas no están exentas de complicaciones.
- Cura de bolsa y disco tiene el riesgo de producir dermatitis y prurito en la piel periestomal, mientras que la cura con apósito y bolsa tiene las complicaciones de retirada accidental y acodadura y salida del catéter.
- Teniendo en cuenta las condiciones físicas, psíquicas y el nivel de dependencia del paciente se decide cuál de los dos tipos de curas es más beneficioso para el mismo en cuanto a su calidad de vida teniendo en cuenta por supuesto la opinión del propio paciente dándole así más implicación y empoderamiento en su cuidado.
- En lo que coinciden todos los pacientes es en la importancia de poder tener una enfermera referente para dudas, curas, complicaciones, etc. una vez dados de alta.
- El paciente podrá recoger las bolsas en la farmacia que previamente le habrá prescrito su enfermera o médico.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo García MD, Denia Cortés Á, Flores Bautista AB, Montealegre Galera L, Villada Munera A. Cuidados hospitalarios del paciente portador de nefrostomía percutánea protocolo de enfermería. Revisión 2013 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) [Internet]. 2013 ene. Disponible en: <https://n9.cl/1rrsp0>
2. Carballo Chinarro, AI. Fundación Te cuidamos. Asistencia y orientación sanitaria. Guía rápida de nefrostomía. 2008
3. Gorjón Hernández J, Gonçalves Arregui C, Hernández San Antonio N, García González C, Velasco Díez P. Nefrostomía: diseño e implantación de una guía de cuidados al alta. *Enfuro*. 2009; 109:13-4.
4. Alcocer Pérez-España A, Barbacil Millán S, Castaño González I, García Morato JM, González Lluva C, Huertga Bueno M, Martínez Carrión P, Vidal Villacampa ME, Zamanillo Aller M. Manual sobre derivaciones urinarias. Productos médicos Coloplast. Madrid 2012.
5. Pérez Fentes DA, Puñal Pereira A, González Pablo L, García Freire C, Novás Castro S, Blanco Parra M. Nefrostomía percutánea bilateral como tratamiento de la cistitis hemorrágica severa. *Arch. Esp. Urol.* [Internet]. 2010 Jun [citado 2025 Mar 19]; 63(5): 387-390. Disponible en: <https://n9.cl/d5z4up>

