



PAZIENTE UROLOGICO

*Riabilitazione
e cure trasversali*

GENOVA • 1 Marzo 2025

AUDITORIUM I.T.T.L. NAUTICO SAN GIORGIO

Edificio, Calata Darsena



Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomatologia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

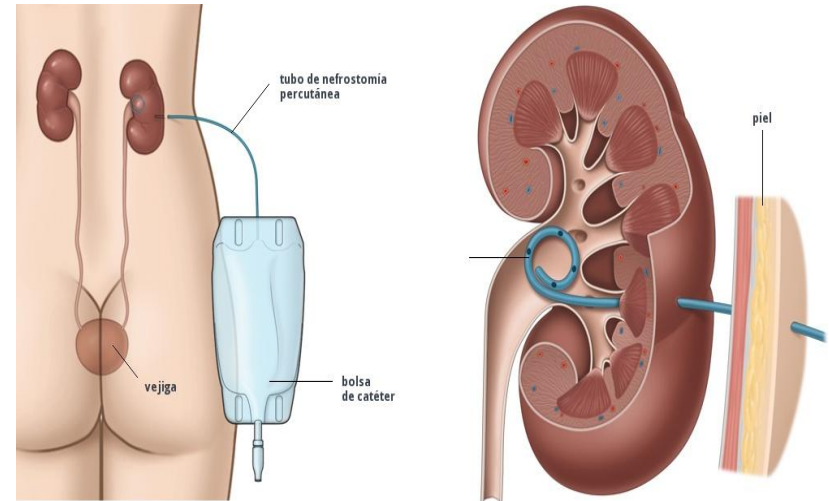
La gestione della
nefrostomie: stato
dell'arte ed evidenze dal
panorama italiano

Antonio Valenti, CNS
avalenti@mauriziano.it

Una nefrostomia è un tubo di drenaggio posto nella loggia renale.

Drena direttamente l'urina dal rene al di fuori dal corpo.

L'uso di tubi per nefrostomia disposti per via percutanea è stato inizialmente descritto nel 1955 , dove l'operatore ha usato varie misure di tubi in polietilene su aghi 10 e14 G.



Indicazioni principali

Terapeutica – Drenaggio di raccolte, infusione di farmaci, prelude a trattamenti endourologici

Derivativa – In tutte le situazioni in cui si renda necessaria la derivazione temporanea o definitiva delle urine (es.:IRA ostruttiva; ostruzioni neoplastiche)

Diagnostica – Complementare ad altre procedure diagnostiche in situazioni in cui sia necessaria la derivazione urinaria (es.:rene escluso)

Percutaneous Nephrostomy Infusion

Nursing considerations for treatment of upper urinary tract urothelial carcinoma

Eryn Draganski, MSN, AGCNS-BC, OCN®, Ellen Sterman, MA, APN-C, AOCNS®, ACNS, RN-C and Kathy Morris, BSN, RN, OCN®, RNC

VOLUME 21, NUMBER 6 CLINICAL JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING



Complicanze

Legate alla procedura
interventistica

Evento raro le complicanze maggiori
(sanguinamento/perforazione
intestinale....)



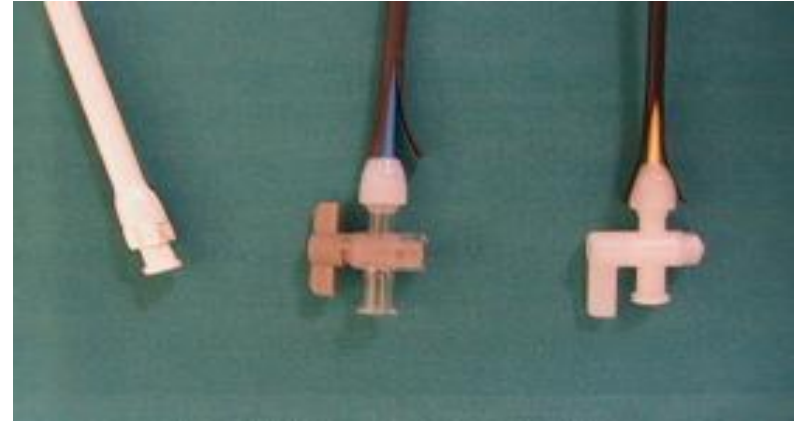
Complications of percutaneous nephrostomy in the treatment of malignant ureteral obstructions: single-centre review. Radiol med (2006) 111:562–571

Complicanze

Kinking/attorcigliamento

Sposizionamento

Rottura del catetere



Complications of percutaneous nephrostomy in the treatment of malignant ureteral obstructions: single-centre review. Radiol med (2006) 111:562–571

La letteratura è carente nell'ambito della gestione della nefrostomia.

In base alla mancanza di prove, non è noto il grado in cui le tecniche di gestione raccomandate dai percorsi di assistenza clinica pubblicati o dai fogli informativi per i pazienti rilevati nei siti di istituzioni ospedaliere prevengano possibili complicanze.

Le raccomandazioni traggono forza dalle migliori pratiche nella cura delle ferite e dei cateteri e sulla fisiopatologia del sistema urinario.



TITLE: Nephrostomy and Biliary Tube Management: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines

DATE: 4 September 2014



Al ritorno dalla procedura di posizionamento della nefrostomia si consigliano le seguenti modalità gestionali:

- Verificare che la nefrostomia sia funzionante
- Quantificare la diuresi oraria, se inferiore a 30 ml/h avvisare il curante
- Verificare che il catetere per nefrostomia sia fissato nel sito di uscita con sistema suture less o punto di sutura e con medicazione (preferire film poliuretano per maggiore sicurezza e resistenza all'acqua)



ACI Urology Network. Nursing management of patients with nephrostomy tubes. 2012. Disponibile su http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/165917/Nephrostomy-Tubes-Toolkit.pdf (ultima consultazione apr 2020)

- Monitorare le medicazioni almeno due volte al giorno
- Monitorare segni e sintomi ogni 30 minuti per le prime due ore, quindi una volta ogni ora per le successive due ore
- Consigliare il riposo a letto per 4 ore

Nei giorni seguenti verificare la medicazione, il sistema di fissaggio per evitare l'attorcigliamento del catetere, il sito di inserzione per sanguinamento, segni di infezione (dolore, arrossamento, gonfiore, perdite) e registrare i dati raccolti e la diuresi su un diagramma di bilancio dei fluidi.



Mentre è consentita la doccia dopo aver protetto con film in poliuretano la medicazione, il bagno e l'uso di vasche idromassaggio o piscine non sono raccomandati con una nefrostomia.

Salvo controindicazione, consigliare di bere da 1,5 a 2,5 litri di liquidi al giorno per garantire la pervietà e ridurre il rischio d'infezione.

Inoltre si raccomanda di :

- Fornire al paziente almeno 3 ulteriori sacche di raccolta e 3 set di medicazione prima della dimissione e fornire indicazioni sul loro reperimento secondo le procedure locali
- Fornire dei controlli di follow up.



ACI UROLOGY NETWORK - NURSING

NURSING
MANAGEMENT OF
PATIENTS WITH
NEPHROSTOMY TUBES

GUIDELINES AND PATIENT INFORMATION
TEMPLATES

La nefrostomia deve essere controllata regolarmente (*una volta per turno*) per la pervietà e qualsiasi segno anomalo o sintomi. (Grado A)



La tecnica asettica deve essere utilizzata per i cambi di medicazione, l'irrigazione del tubo o quando si raccolgono dei campioni. (Grado A)



Stephenson M, PhD. Evidence Summary. Care of the Percutaneous Nephrostomy Tube. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI18740



Le nefrostomie devono essere fissate saldamente e la sacca di drenaggio deve essere ancorata per evitare spostamenti o attorcigliamento del tubo. (Grado A)

I pazienti devono essere istruiti per quanto riguarda la cura del tubo, come monitorare la pervietà e quando cercare assistenza. (Grado A)

Stephenson M, PhD. Evidence Summary. Care of the Percutaneous Nephrostomy Tube. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI18740



Indipendentemente dalla dimensione della siringa, si consiglia di utilizzare una soluzione inferiore a 10 ml. (Grado B)

È possibile utilizzare normale soluzione salina o acqua sterile come soluzione per il lavaggio, a meno che non sia stato specificamente ordinato dal medico. (Grado B)

È necessaria una rigorosa tecnica asettica durante il lavaggio del tubo di nefrostomia. (Grado B)



Yimei Li, MBBS, MMed, MPH. Evidence Summary.
Nephrostomy Tube Flushing. The Joanna Briggs
Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI1661



La soluzione inserita deve essere lasciata scaricare per gravità. In alternativa, può essere aspirata con cautela. (Grado B)

La siringa deve essere spinta delicatamente con cautela e non si deve esercitare una pressione eccessiva. (Grado B)

**BEST
PRACTICE**

Se il sistema appare ostruito, si consiglia di controllarne la presenza di attorcigliamento o dislocamento del tubo, direzione del rubinetto e posizione del paziente. Se il problema persiste, contattare il medico. (Grado B)

Yimei Li, MBBS, MMed, MPH. Evidence Summary. Nephrostomy Tube Flushing. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI1661



Segui le istruzioni seguenti se il tuo medico ti ha detto che va bene pulire la tua borsa per nefrostomia a casa **e non hai un sistema immunitario indebolito.**

- Lavarsi le mani prima di maneggiare il tubo per nefrostomia.
- Pulire l'area intorno al tubo con **acqua e sapone ogni giorno.**
- Tenere la sacca di drenaggio più in basso del rene per evitare che l'urina torni indietro.
- È possibile pulire la borsa dopo averla rimossa dal tubo. Usa un altro contenitore per raccogliere l'urina mentre pulisci la sacca. Per pulire il sacchetto, riempilo con 2 parti di aceto e 3 parti di acqua e lascialo riposare per 20 minuti. Quindi svuotalo e lascialo asciugare all'aria.
- Svuotare il sacco di drenaggio prima che sia completamente pieno o ogni 2 o 3 ore.
- Non nuotare o fare il bagno mentre si dispone di un tubo per nefrostomia. Puoi fare la doccia dopo aver avvolto l'estremità del tubo per nefrostomia con un involucro di plastica.
- Cambiare la medicazione intorno al tubo nefrostomico ogni 3 giorni circa o quando si bagna o si sporca.

Un'infermiera ti insegnerà come cambiare la medicazione.



Adaptation Date: 3/2/2022

Adapted By: Alberta Health Services

<https://myhealth.alberta.ca/health/AfterCareInformation/pages/conditions.aspx?hwid=zc2006&>

Cambio della medicazione del tubo per nefrostomia

Una delle due sostanze detergenti può essere utilizzata per pulire la pelle intorno al tubo nefrostomico. La nostra scelta preferita è la **clorexidina**.

Dovrai rimuovere la medicazione nel punto in cui il tubo entra dal lato del bambino, pulire l'area e sostituire la medicazione 1-3 volte a settimana.

Se si utilizza la clorexidina:

1. Lavarsi le mani con acqua e sapone.
2. Prepara i tuoi rifornimenti posizionandoli su una superficie pulita vicina. Avrai bisogno di una benda Tegaderm, un tampone di clorexidina e una garza divisa 2x2.
3. Dopo aver raccolto le scorte, rimuovere e gettare la vecchia benda e la medicazione Tegaderm. Puoi scegliere di indossare guanti sterili o non sterili.
4. Lavarsi le mani dopo aver rimosso le medicazioni sporche.
5. Aprire la clorexidina e utilizzare un movimento di strofinamento avanti e indietro che segue uno schema circolare attorno al sito di uscita per 30 secondi. Lascia asciugare la pelle all'aria per 60 secondi.
6. Posizionare la garza divisa 2x2 attorno al tubo.
7. Applicare il Tegaderm sopra il 2x2 e sopra il tubo.

Se l'urina perde intorno al tubo e fa bagnare la medicazione, dovrai cambiarla immediatamente. Dovresti anche chiamare il medico di tuo figlio e informarlo della perdita.

- Sottoimbottitura monouso (monouso) e un panno pulito
 - **Sapone normale, acqua calda e guanti medici nuovi**
 - Bende in garza sterile
 - Medicazione adesiva trasparente o nastro medico
 - Barriera cutanea
 - Dispositivo di fissaggio del tubo
 - Pellicola protettiva per la pelle
 - **Perossido di idrogeno e soluzione salina** (se prescritta da un operatore sanitario)
 - Medicinali per la pelle (se prescritti da un operatore sanitario)
 - Sacco della spazzatura
- Controllare il sito di ingresso del tubo.

- Cambiare la medicazione ogni 1-2 giorni o dopo aver fatto la doccia.
- Lavarsi le mani.
- Rimuovere la vecchia medicazione e pulire ogni giorno intorno al **tubo con un panno pulito monouso, utilizzando acqua e sapone liquido delicato.**
- Sciacquare bene.
- Asciugare.
- Applicare una nuova medicazione pulita, fare attenzione a posizionare il tubo in modo che non si attorcigli.

- Evita le vasche idromassaggio e il nuoto.
- Non lasciare che il sito della puntura sia sott'acqua poiché ciò potrebbe portare allo sviluppo di infezioni.
- Fare la doccia **durante i primi 14 giorni** dopo il posizionamento del tubo
- Prima di fare la doccia, coprire la medicazione con un doppio strato di pellicola trasparente (detta anche Saran Wrap) e fissare i bordi sulla pelle.

La pelle intorno al sito di inserimento del tubo per nefrostomia deve essere mantenuta **pulita per** prevenire l'infezione, posizionare una medicazione sterile intorno al sito in cui il tubo lascia il pelle.

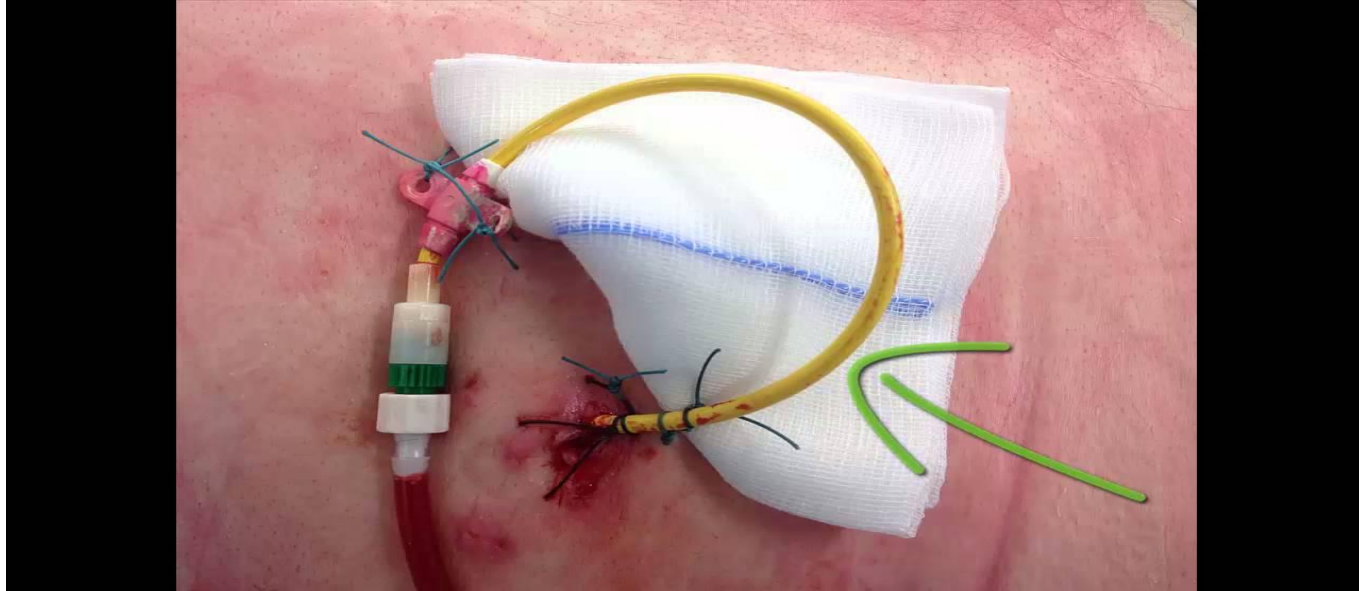
La medicazione va cambiata almeno due volte a settimana, soprattutto se la medicazione si bagna. La sacca di drenaggio deve essere cambiata settimanalmente insieme al tubo di collegamento.

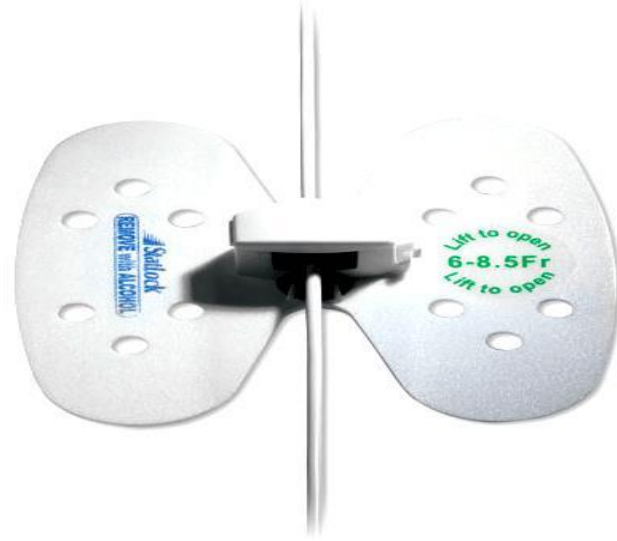
I pazienti possono fare la **doccia e il bagno 48 ore** dopo l'inserimento del tubo. Proteggere la pelle con un involucri di plastica durante la doccia o fare il bagno.

Dopo 14 giorni il paziente può fare la **doccia senza alcuna protezione per il tubo.**

Ricordarsi di assicurarsi che il tubo sia sempre sicuro.

Il nuoto non è raccomandato finché il tubo è in posizione.

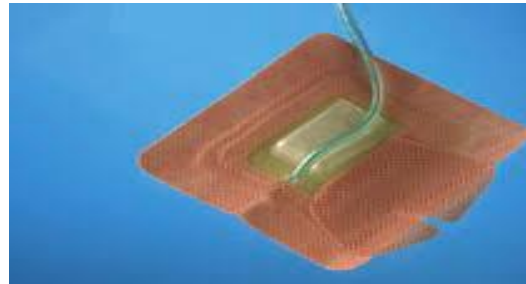




Drain Guard



Drain Fix



Opsite post-op visible







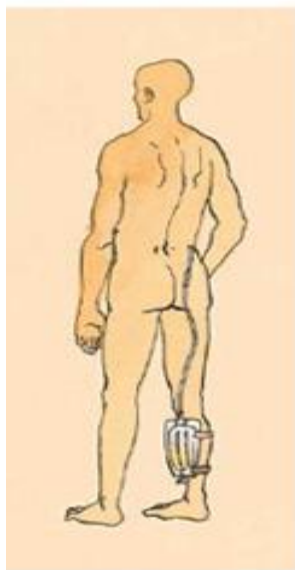


Figura 1:
Nefrostomía en la que el catéter se ha conectado a una bolsa de pierna.



Figura 2:
Nefrostomía en la que el catéter se ha introducido dentro de una bolsa de urostomía



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Asian Journal of Surgery

journal homepage: www.e-asianjournalsurgery.com



Letter to Editor

Application of ostomy bag in patients with biliary fistula after biliary surgery



Incidence of urinary tract infections in patients with permanent percutaneous nephrostomy after implementation of a standardized care program

Patricia Volkow,^{1*} Héctor García-Aranda,¹ Angelita A. Vázquez-Gutiérrez,² Víctor Lárraga-Mancilla,¹ Andrea Dávila,¹ Consuelo Velázquez,³ Jorge Guerrero-Ixtláhuac,⁴ and Patricia Cornejo-Juárez¹

¹Department of Infectious Diseases; ²Nursing Division; ³Microbiology Laboratory; ⁴Interventional Radiology Department. Instituto Nacional de Cancerología, Mexico City, Mexico



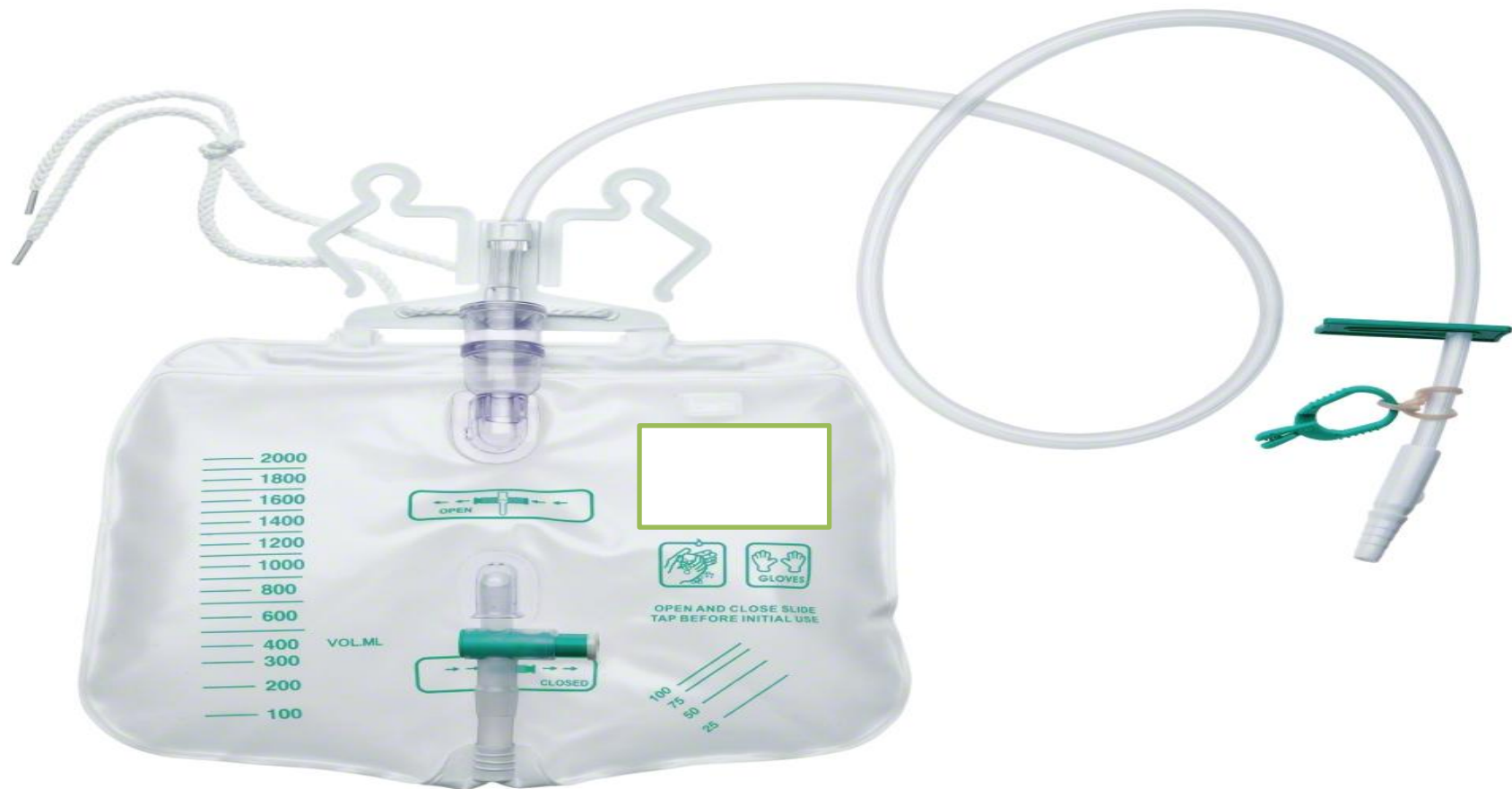
Table 2. Isolated microorganisms and sensitivity of urine cultures from patients with percutaneous nephrostomy catheters hospitalized for urinary tract infection

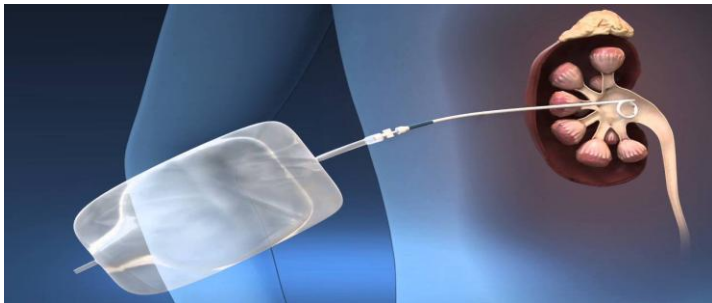
Characteristics	P0 (n = 113)		P1 (n = 74)	
	n	%	n	%
Patients with at least one UTI-RH episode	61	54	4	5.4











Nephrostomy Bag Cover

www.sew-inspired.com



Come per altri dispositivi medici, i nefrostomici, sono soggetti a molteplici complicanze, in particolare gli eventi infettivi.

Non appena viene posizionato il dispositivo viene prontamente colonizzato dalla flora microbica ospite, portando allo sviluppo di un complesso biofilm tridimensionale.

Questa struttura contiene un'alta concentrazione di microrganismi che sono sotto controllo da parte sia del sistema immunitario che degli antimicrobici. Inoltre, il biofilm e le incrostazioni intraluminali possono causare malfunzionamenti e infezione clinica, che può variare dalla pielonefrite all'ascesso perirenale e renale e non ultimo batteriemia fino allo shock settico.

Il biofilm e le incrostazioni intraluminali possono causare malfunzionamenti e infezione clinica

Il biofilm funge da serbatoio di organismi che possono perpetuare un episodio di infezione o facilitarne la ricaduta con notevoli costi per il sistema sanitario.

Le linee guida dell' Infectious Diseases Society of America per prevenzione, diagnosi e trattamento dell'infezione del tratto urinario associato ai cateteri (IVU) non ha affrontato l'infezione da catetere per nefrostomia

McDevitt JL, Acosta-Torres S, Zhang N, Hu T, Odu A, Wang J, et al. Long-term percutaneous nephrostomy management of malignant urinary obstruction: estimation of optimal exchange frequency and estimation of the financial impact of patient compliance. *J Vasc Interv Radiol.* 2017;28:1036–42 e8.

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50:625–63.



Inoltre, a causa della mancanza di solide evidenze scientifiche, gli approcci diagnostici e terapeutici ottimali non sono ben definiti. È accertato che la sostituzione un catetere vescicale cronico a permanenza, nei casi di infezione sintomatica, si traduce in una defervescenza più rapida e diminuzione delle ricadute a breve termine. Questo può essere indicato anche per le nefrostomie in situazioni simili.

Tuttavia, una volta sostituito il nuovo presidio potrebbe essere esposto a organismi che proliferano attivamente, con conseguente nuova formazione di biofilm, che porta infezioni ricorrenti correlate al dispositivo. Queste IVU recidive possono influenzare la qualità della vita dei pazienti, aumentare i costi, ritardare ulteriori terapie e inoltre l'uso ripetuto di antimicrobici può essere associato aumento della resistenza antimicrobica.



Raz R, Schiller D, Nicolle LE. Chronic indwelling catheter replacement before antimicrobial therapy for symptomatic urinary tract infection. J Urol. 2000;164:1254–8.

Nephrostomy management: a challenge for the stoma care nurse between lack of resource and the imperative of patients'safety. A Expert Consensus Document form the Italian Technical-Scientific Association of Stomatherapy and Pelvic Floor Rehabilitation (AIOSS)



Aim Investigate the management of the topic with a focus on patient experiences and material procurement issues and define a proposal for a care management model.

Design Experts Consensus document

Method Three accredited educational events were held and targeted a group of experts composed of physicians, stoma care nurses and urology nurses. Three specific working methods have been adopted: mind maps, the temporal sequence of existing interventions and the appreciative inquiry.



Findings

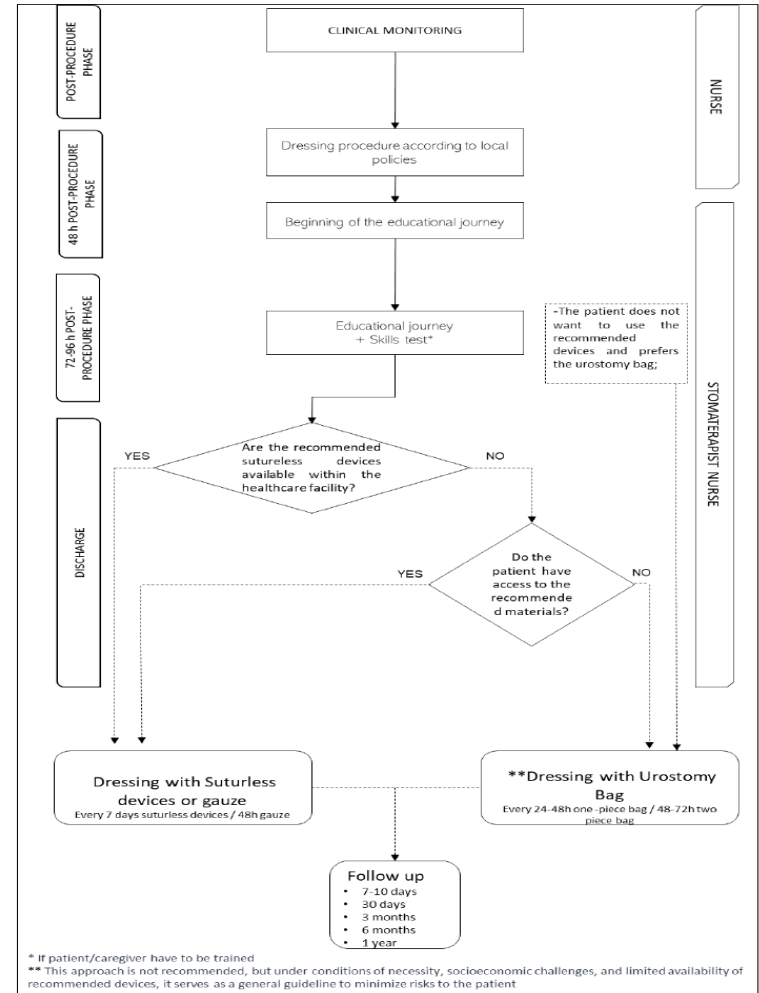
The events collectively attracted 89 experts. Among the participating centers, 50% reported the use of sterile dressing systems, 40% utilized urostomy bag dressings, and the remaining 10% exhibited significant variability in their approaches. Notably, the availability of suture-less systems proved to be a challenge within the regions. A patient care pathway has been established.

Conclusion

The event allowed us to take stock of the nephrostomised patient, with the proposal of a pathway that stems from a structured analysis not only of the evidence but also of the intra- and extra-hospital care contexts.



Figure 1: Framework for the management of patients following nephrostomy placement



TITOLO La gestione infermieristica delle nefrostomie: uno studio osservazionale multicentrico. Studio NEMAN

Promotore dello studio

AIOSS (Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia)

Investigatori principali

Mattia Zamprogno

Antonio Valenti

Centro Coordinatore

Azienda Ospedaliera Mauriziano, Largo Turati 62, 10128
Torino



Obiettivi dello studio

- Descrivere le modalità di gestione nelle sedi di indagine
- descrivere le complicanze correlate alla gestione del nefrostomico
- descrivere la qualità di vita correlata dei pazienti.

Endpoint dello studio

Dalla rilevazione degli esiti della pratica assistenziale definire un percorso di cura per questa tipologia di pazienti



Materiali e Metodi

Tipo di studio

Studio Prospettico Osservazionale
Multicentrico

Popolazione in studio

La popolazione in studio è formata da pazienti sottoposti, in regime d'elezione o in urgenza, al posizionamento di uno o più cateteri nefrostomici

Metodi

Si procederà alla raccolta dei dati delle cartelle cliniche e durante gli accessi ambulatoriali di follow up di pazienti che posizioneranno un nefrostomico presso la sede ospedaliera inclusa nello studio nel periodo

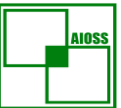


Variabili ricercate

-
- Tempo di permanenza del nefrostomico
- Numero di sostituzioni del nefrostomico
- N eventi infettivi
- Rottura/attorcigliamento del nefrostomico
- Interventi educativi alla gestione della nefrostomia
- Ostruzione del nefrostomico
- Dislocamento del nefrostomico
- Alterazione della cute peristomale
- Alterazione area stomale (esempio granuloma/ fissurazione, diastasi cutanea)
- Sistema di fissaggio (punto di sutura, sistema suture less, filo di seta)
- Presidi di medicazione (garza e cerotto, medicazioni avanzate, presidi di raccolta)
- Tempi di rinnovo del presidio di medicazione
- Qualità di vita rilevata a un mese, tre mesi e sei mesi dal posizionamento del nefrostomico con la versione italiana dello Stoma-QOL, (Questionario sulla Qualità di Vita delle Persone portatrici di Stomia) o fino alla sua rimozione....

Strumenti di raccolta dati

I dati relativi alle variabili ricercate verranno inseriti all'interno di una CRF predisposta sul software aziendale REDCap.



No!

A red pencil is shown from a top-down perspective, angled towards the bottom right. The word "No!" is written in a large, bold, black sans-serif font across the white surface. A thick red line is drawn under the word, extending from the pencil's tip towards the left.

Bibliografia

- Pabon-Ramos WM, Dariushnia SR, Walker TG, d'Othée BJ, Ganguli S, Midia M, Siddiqi N, Kalva SP, Nikolic B; Society of Interventional Radiology Standards of Practice Committee. Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Nephrostomy. J Vasc Interv Radiol. 2016 Mar;27(3):410-4.
- Clinical Practice. Nursing care and management of patients with a nephrostomy. Nursing Times. November 2019 / Vol 115 Issue 11.
- Nephrostomy and Biliary Tube Management: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014 Sep 4.
- Stephenson M. Evidence Summary. Care of the Percutaneous Nephrostomy Tube. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI18740.
- ACI Urology Network. Nursing management of patients with nephrostomy tubes. 2012. Disponibile su http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/165917/Nephrostomy-Tubes-Toolkit.pdf (ultima consultazione febbraio 2020)
- The Joanna Briggs Institute. Recommended Practice. Care of the Percutaneous Nephrostomy Tube. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI18741.





Una mancata produzione di urina o la presenza di sangue nella sacca di raccolta o dolore al fianco può indicare che il catetere è bloccato, si raccomanda di irrigare la nefrostomia.

Questa deve essere eseguita utilizzando una tecnica asettica per ridurre al minimo il rischio di infezione secondo la procedura seguente:

- Spiegare la procedura al paziente.
- Predisporre il materiale
- Posizionare il paziente sul lato opposto al catetere o seduto.
- Lavarsi le mani e/o usare un gel per le mani e indossare guanti (non sterili).
- Rimuovere con cura il sistema di raccordo, facendo attenzione a non tirare il catetere e posizionare in una garza sterile il raccordo della sacca di raccolta.
- Smaltire i guanti.



Nephrostomy and Biliary Tube Management: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014 Sep 4.



- Lavarsi le mani e/o usare un gel per le mani e indossare i guanti sterili.
- Indossare dispositivi di protezione individuale (DPI)
- Disinfettare il punto di connessione con alcool al 70% + clorexidina 2%
- Instillare delicatamente soluzione salina normale sterile con una siringa da 10 ml (disponibili pre riempite in commercio). Non superare i 10 ml.
- Non aspirare o forzare, se si verifica resistenza, chiedere al paziente di sdraiarsi sulla schiena e poi di nuovo sul fianco. Se la resistenza continua, avvisare il medico.
- Informare il medico se non si verifica fuoriuscita di urina
- Documentare nella cartella clinica del paziente



Nephrostomy and Biliary Tube Management: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014 Sep 4.

La medicazione del sito di inserzione varia dalle 48 ore con l'uso di garze sterili a 7 giorni con il sistema di stabilizzazione suture less. Si consiglia di sostituire la medicazione ogni qualvolta sia sporca, bagnata o staccata. Il materiale occorrente è il seguente:

- Guanti: 2 paia (uno sterile, uno non sterile)
- Soluzione antisettica (secondo le procedure in uso nel servizio di cura)
- Garza sterile
- Materiale di medicazione, (garze pretagliate e cerotto (TNT o poliuretano) oppure dispositivi di stabilizzazione
- Materiale informativo per l'educazione del paziente riguardante la cura del catetere nefrostomico

- Le medicazioni devono essere eseguite utilizzando una tecnica asettica per ridurre al minimo il rischio di infezione secondo la seguente procedura:



- Lavarsi le mani e/o usare un gel per le mani e indossare guanti (non sterili).
- Rimuovere con cura la medicazione, facendo attenzione a non tirare il catetere.
- Smaltire la vecchia medicazione/ e guanti.
- Lavarsi le mani e/o usare un gel per le mani e indossare i guanti sterili.
- Controllare il sito di inserzione e valutare la presenza di dolore, arrossamento, gonfiore o segni di infezione.
- Disinfettare il sito con antisettico (secondo le procedure in vigore nel servizio di cura), iniziando dall'interno verso l'esterno. Lasciare asciugare l'antisettico.
- Applicare una nuova medicazione. È possibile utilizzare un dispositivo di stabilizzazione esterno.
- Rimuovere i guanti e lavarsi le mani.
- Documentare la procedura nella cartella del paziente.



Cura della nefrostomia e consigli sulla dimissione

Se indicato, insegnare al paziente / famiglia come:

- Controllare la sacca di drenaggio, la sacca da gamba e / o la sacca da notte
- Gestire efficacemente le sacche di raccolta (da gamba e per la notte), con particolare attenzione al rischio di attorcigliamento / torsione
- Come effettuare la medicazione del sistema di fissaggio del catetere, fare riferimento ai servizi territoriali se questo non è possibile
- Applicare le sacche di raccolta
- Aprire e chiudere il rubinetto di drenaggio sulla sacca del catetere per lo svuotamento (da 4 a 5 volte al giorno o quando la sacca è piena per circa la metà, poiché la sacca può provocare lo spostamento del catetere)

