



A **nefrostomia** é um procedimento utilizado para derivar o fluxo urinário por meio da inserção de um cateter na via coletora renal, atravessando a parede abdominal ou dorsal. É indicada principalmente em casos de obstrução do trato urinário, fístulas urinárias ou complicações associadas a doenças benignas e neoplásicas dos sistemas urinário, ginecológico e gastrointestinal. A **troca do cateter** deve ocorrer, idealmente, a cada 60 a 90 dias, sendo o intervalo de 60 dias o mais custo-efetivo. Trocas realizadas antes de 30 dias exigem ambiente cirúrgico, enquanto as posteriores podem ocorrer em sala de procedimento, com ou sem auxílio de imagem.

### **I. ASSISTENCIAL**

#### **1. INDICAÇÕES DE TROCA DE NEFROSTOMIA (AMBIENTE CIRÚRGICO OU SALA DE PROCEDIMENTO)**

- Saída acidental do cateter;
- Troca programada (intervalos estabelecidos pela equipe médica para cada paciente, em geral, entre 60 e 90 dias);
- Obstrução do cateter de nefrostomia;
- Infecção do trato urinário (ITU) associada a sonda de nefrostomia (a indicação de troca do cateter nos casos de ITU baseia-se no conceito da formação de biofilme no cateter)

#### **CONTRAINDICAÇÃO A TROCA FORA DO AMBIENTE CIRÚRGICO**

- Nefrostomia recente, em que o pertuito ainda não está bem estabelecido (confeção inicial <30 dias)

#### **2. LOCAL PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Se pertuito já formado (mais de 30 dias): Centro de Medicina Diagnóstica Avançada (MDA), sempre que disponível em até 60 minutos.

Controle por imagem (pielografia com contraste) é fundamental para garantir o correto posicionamento do cateter e evitar complicações renais.

- **Consultório/Ambulatório:** na sala de procedimento, se não houver disponibilidade imediata no MDA ou centro cirúrgico. O uso de imagem é opcional, desde que haja boa técnica e urina clara nas primeiras 60 minutos; imagem confirmatória pode ser feita em até 12 horas.
- **UPA:** mesmas orientações do ambulatório; deve ser feita troca em sala de procedimento
- **Enfermaria:** MDA ou no centro cirúrgico.
- **UTI:** MDA, exceto em casos de instabilidade hemodinâmica, quando pode ser realizado à beira leito, em locais adequados e guiado por ultrassonografia.

Em todos os casos, se não houver intercorrências e o cateter apresentar drenagem adequada, o exame de imagem confirmatório pode ser adiado por até 12 horas.

#### **3. EQUIPE**

Urologista formado, seja ele médico assistente CLT, PJ, preceptor ou fellow OU radiologista intervencionista (contratado da instituição) OU residente da urologia (já com graduação e residência completa em cirurgia geral) a depender do número de casos prévios (residente deve realizar seus primeiros 10 procedimentos sob supervisão direta de médico assistente da urologia. A partir de então, ou quando o preceptor o considerar apto, poderá realizar a troca de forma parcialmente independente, mas com assistente disponível para eventuais dificuldades).

#### **4. ORIENTAÇÃO PRÉ E PÓS-PROCEDIMENTO**

##### **Orientação ao paciente:**

- Explicar sobre o procedimento, pontuando riscos
- Higiene das mãos antes e após tocar no cateter e sistema coletor;
- Manter o cateter fixado ao corpo para evitar tração acidental e sem dobras;
- Não permitir que a bolsa coletora de urina encoste no chão ou em superfícies contaminadas
- Ingerir quantidade de líquidos adequada (30 ml/kg/dia, se não houver contraindicação médica);
- Manter bolsa coletora abaixo no nível do rim e pinça *clamp* aberta;
- O intervalo da troca, se não houver indicação do urologista, deve ser de 90 dias.
- Manter a inserção da nefrostomia limpa e seca, evitando curativos oclusivos após 30 dias da confecção

## ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL

- Realizar o procedimento com técnica asséptica adequada e com a paramentação completa
- Antes do procedimento:
  - verificar o uso de anticoagulantes e o valor de hemoglobina;
  - uso de antibioticoterapia para tratamento de infecção de trato urinário: Se sim, a última dose do antimicrobiano deve ter sido administrada no período antes de sua meia vida. Caso já tenha passado o tempo de meia vida do antimicrobiano, administrar a próxima pouco antes do procedimento. Em caso de uso de glicopeptídeos (ex. vancomicina) e quinolonas a infusão deve ser iniciada de 90 a 120 minutos antes do procedimento e infundir em 1 hora, finalizando até 5 minutos antes da troca.

## 5. DESCRIÇÃO

- Técnica Asséptica;
- Posicione o paciente em decúbito ventral ou lateral
- Desconectar cateter de nefrostomia de bolsa coletora
- Antissepsia cirúrgica das mãos, colocação de EPIs
- Limpeza, antissepsia de pele e do cateter de nefrostomia prévio. Seguida de colocação de campo estéril;
- Pielografia com contraste e controle pela escopia pelo cateter de nefrostomia prévio;
- Esvazie o balão do cateter Foley em uso (se for o caso) e retire o cateter Foley ou o cateter de Kit de nefrostomia;
- Se cateter Foley: lubrifique com xilocaína gel e introduza o cateter na profundidade do cateter anterior;
- Realizar pielografia controle, para checar posicionamento de cateter e insuflar 2-3 ml e água destilada no balão;
- Se cateter de Kit de nefrostomia: Introduzir o fio guia pelo pertuito e introduzir o cateter novo do Kit de nefrostomia pela técnica de Seldinger;
- Pinças - encaminhar ao CME em recipiente rígido com tampa (caixa de transporte) vedada e com identificação. A equipe de enfermagem ficará responsável pelo processo de devolução do material;
- Realizar pielografia controle, para checar posicionamento de cateter do Kit de nefrostomia e realizar a fixação com dispositivo próprio e uso de bloqueio anestésico local;
- Conectar bolsa coletora de urina sistema fechado.

## 6. ORIENTAÇÕES PÓS PROCEDIMENTO

- Procurar enfermeiro ou médico em presença de urina turva ou cheiro forte, urina com sangue, dor ou sensibilidade aumentada em flancos, calafrio ou febre, vazamento de urina ao redor do cateter;
- Os curativos são necessários somente no primeiro mês da confecção da nefrostomia, e se houver secreção; A bolsa coletora só deverá ser trocada se apresentar defeitos;
- Não é indicada a lavagem da bolsa de urina com produtos como álcool, degermante ou sabão;
- Se o paciente optar por usar a *leg bag* à noite, poderá ser conectada uma outra de 2.000 ml no bico de drenagem da *leg bag*, que será retirada pela manhã para que o paciente tenha maior liberdade de movimentos;
- Procurar unidade de pronto atendimento no mesmo dia assim que possível após perda de nefrostomia acidental

## II. GLOSSÁRIO

ITU - Infecção do Trato Urinário

MDA - Medicina Diagnóstica Avançada

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## III. Referências Bibliográficas

- [1] Saad WE, Moorthy M, Ginat D. Percutaneous nephrostomy: native and transplanted kidneys. Tech Vasc Interv Radiol. 2009;12(3):172
- [2] McDevitt JL, Acosta-Torres S, Zhang N, 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(7): 1036

Código Documento:	Elaborador:	Revisor::	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW488.1	Oliver Rojas Claros Marcelo Apezato Rodrigo Camargo Leão Edelmuth	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	08/12/2025	10/12/2025