



Dr. Phelipe Celestino

CIRURGIA ROBÓTICA UROLOGÍA • CRM/SC 28.670 • RQE 18.820



**NEFRECTOMIA:
TRATAMIENTO DE NÓDULOS
E CISTOS COMPLEXOS**

SÚMARIO

Apresentação	02
Anatomia do Rim	02
Fisiologia Renal	03
O Carcinoma de Células Renais	04
Fatores de Risco	04
Qual a diferença entre o Nódulo e o Cisto Renal Complexo?	05
Tratamento dos Tumores Renais	07
Entendendo O Papel da cirurgia Preservadora do Rim (Nephron-Sparing Surgery)	07
Existe Alguma Forma de Predizer Qual Será o Grau de Dificuldade da Cirurgia?	08
Nefrectomia Parcial Robótica	08
Nefrectomia Videolaparoscópica	09
O Que Preciso Saber Antes de Realizar a Cirurgia?	09
Corro Risco de Precisar de Hemodiálise?	09
Cuidados Pré-Operatórios	10
Cuidados Pós-Operatórios	12
Dúvidas Frequentes	14

APRESENTAÇÃO

Primeiramente, nós, do núcleo de urologia da UROCAD, gostaríamos de dar-lhe as boas vindas.

Formulamos este material a fim de descrever a rotina do nosso serviço no tratamento dos nódulos e cistos renais complexos, trazendo importantes informações sobre a anatomia dos rins, o comportamento da doença, as indicações de tratamento e esclarecimentos sobre o procedimento. Aqui também serão abordados temas relacionados aos cuidados pós-operatório e às principais complicações associadas, embora estas sejam muito pouco frequentes.

Esperamos que este manual forneça ao paciente e familiares informações de maneira didática sobre a cirurgia conhecida como nefrectomia. Salientamos, ainda, que este material não possui o intuito de esgotar o tema em questão. Toda a equipe multidisciplinar do núcleo de urologia estará disponível para sanar quaisquer dúvidas que possam surgir ao longo do tratamento.

ATENÇÃO

Este guia educativo tem o intuito de esclarecer dúvidas e fornecer informações aos pacientes da UROCAD (Instituto Catarinense de Urologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo) que receberam indicação de tratamento cirúrgico de nódulos ou cistos renais complexos. Deve ser utilizada no contexto peri-operatório apenas pelos pacientes do nosso serviço.

ANATOMIA DO RIM

Os rins são órgãos em formato de “feijão” com peso aproximado de 150g nos homens e 135g nas mulheres. Eles medem em torno de 11cm de comprimento por 6 cm de largura e estão localizados no compartimento posterior do abdome, conhecido como retroperitônio.

Em torno de 25% do sangue bombeado pelo coração destina-se a estes órgãos, que possuem inúmeras funções imprescindíveis à manutenção do bom funcionamento corporal.

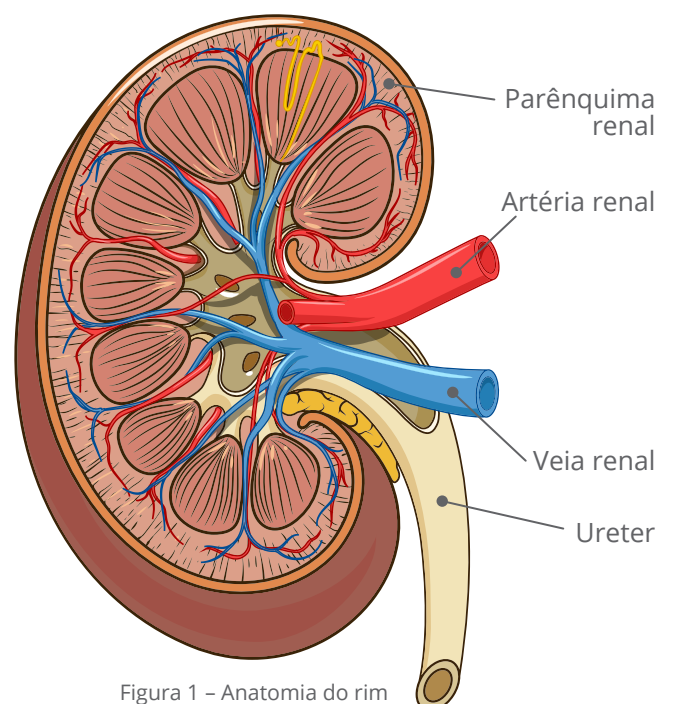


Figura 1 – Anatomia do rim

FISIOLOGIA RENAL

Cada rim possui em torno de 1 milhão de néfrons, que podem ser comparados a micro-sistemas de filtração que estão acoplados a um complexo sistema de drenagem, conhecido como sistema coletor.

A função mais conhecida dos rins é filtração das “impurezas” do sangue, que são eliminadas através da urina. Entretanto, os rins desempenham inúmeras outras funções, dentre elas:

- Produção de importantes hormônios como a renina (que participa do controle do tônus vascular e manutenção da pressão arterial) e a eritropoietina (que atua na medula óssea estimulando a produção dos glóbulos vermelhos);
- Manutenção do equilíbrio hídrico através do controle da quantidade dos líquidos corporais na corrente sanguínea e nos tecidos.
- Regulação das taxas fisiológicas dos principais eletrólitos responsáveis pelo bom funcionamento das células do organismo, como o sódio, o potássio, o cálcio e o fósforo.
- Filtração e excreção escórias nitrogenadas, toxinas e metabólitos de medicamentos ingeridos.



Figura 2 – Estrutura da menor unidade funcional do rim, conhecida também como néfron.

O CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIAS

A principal forma de apresentação do câncer de rim é o achado incidental de nódulos sólidos ou cistos complexos em exames de imagem. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a incidência estimada é de 7 a 10 casos por ano para cada 100 mil habitantes. O prognóstico desse tipo de câncer costuma ser favorável, e depende, dentre outros fatores, da idade e doenças preexistentes do paciente e da rapidez entre o diagnóstico e tratamento.

O câncer de rim pode ser diagnosticado em três fases distintas. A primeira delas é quando a lesão está totalmente confinada ao órgão (forma localizada); felizmente, esta é a forma mais comum de apresentação. A segunda é quando já ocorreu o crescimento de células tumorais para fora do órgão (forma localmente avançada) e a terceira é quando ocorreu implantação de células tumorais em outros órgãos, como nódulos linfáticos, pulmões e ossos.

FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do câncer de rim são a obesidade, hipertensão arterial, diabetes e história familiar da doença em parentes de primeiro grau.



Figura 3- Fatores de risco para o câncer de rim.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE O NÓDULO E O CISTO RENAL COMPLEXO?

Os principais fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do câncer de rim são a obesidade, hipertensão arterial, diabetes e história familiar da doença em parentes de primeiro grau.

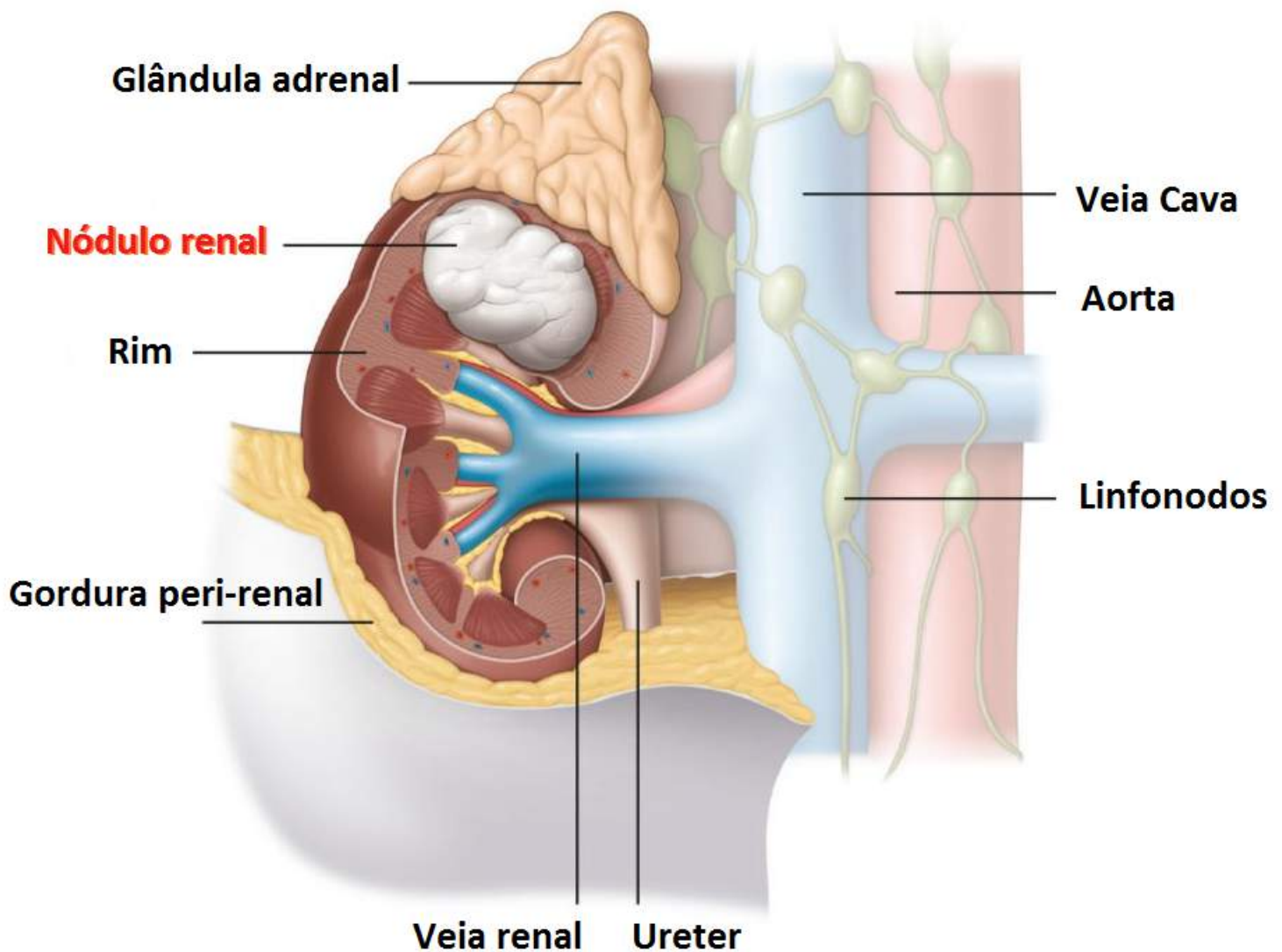


Figura 4- Nódulo renal

Se o diagnóstico que fez você chegar ao urologista foi o de “nódulo renal”, pode passar para a sessão de “Tratamento de Nódulos e Cistos Renais Complexos”, pois a próxima sessão se destina àqueles que chegaram ao especialista pelo diagnóstico radiológico de cisto renal complexo.

AFINAL, O QUE SÃO OS CISTOS COMPLEXOS?

No fim da década de 80, o médico norte-americano Morton Bosniak percebeu que o comportamento dos cistos renais eram muito variáveis, fato que o motivou a publicar um importante estudo em que sugeriu uma classificação das lesões renais císticas.

A análise foi feita através de exames de imagem com uso de contraste venoso, podendo ser os cistos classificados em 5 categorias distintas. Através disso, o Dr. Bosniak e sua equipe permitiram que, a partir daí, os pacientes tivessem um diagnóstico preciso e pudesse ser traçado um plano para acompanhamento clínico ou tratamento definitivo da lesão.

Os três primeiros tipos, classificados com o Bosniak I, II e IIF, possuem baixíssimo potencial de abrigar células tumorais em suas paredes e com chances remotas de se tornarem malignos após o diagnóstico. Esses tipos de cistos são os mais comuns e, portanto, podem ser apenas observados ou acompanhados através de exames de imagem.

Por outro lado, os cistos complexos foram classificados entre os tipos III e IV. Isso porque uma mesma lesão apresenta tanto componente de cisto (líquido) quanto de nódulo (sólido).

Sendo assim, o que diferencia essas duas lesões? Abaixo, apresentamos uma figura que pode explicar um pouco melhor:

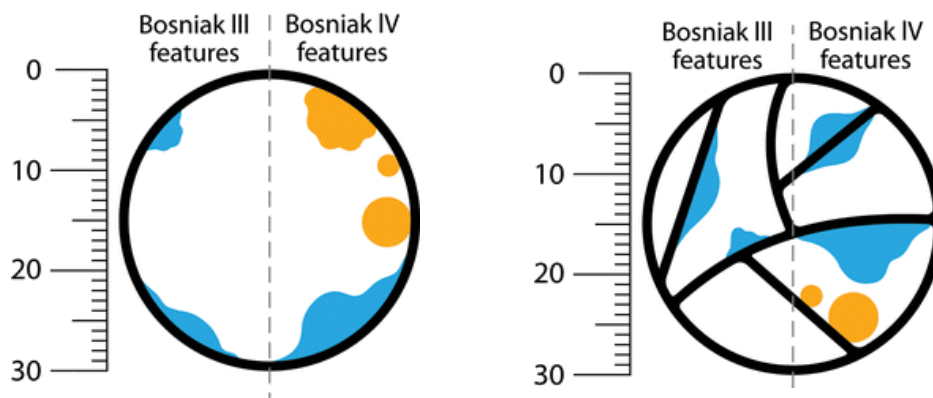


Figura 5- Ilustração da diferença entre os cistos tipo III e IV

- A lesão Bosniak III possui probabilidade de abrigar células cancerígenas em suas paredes em torno de 50% dos casos.
- Já o Bosniak IV apresenta até 90% de chance de malignidade. É devido a isto que estas lesões (tipos III e IV), atualmente possuem indicação de tratamento cirúrgico.

Vale a pena reforçar que o acompanhamento clínico destes tipos de lesões complexas pode ser feito, mas é uma recomendação de exceção, sendo reservada apenas aos casos em que o paciente possui idade muito avançada ou quando possui um risco anestésico que não permita realizar a cirurgia.

TRATAMENTO DOS TUMORES RENAIIS

As células do câncer renal são quase que totalmente resistentes a tratamentos como radioterapia ou quimioterapia. Por isso, a cirurgia consiste na principal forma de tratamento.

Na grande maioria das vezes, indicamos a retirada apenas do nódulo ou do cisto complexo, com preservação da maior parte do rim (cirurgia conhecida como nefrectomia parcial) ou, em casos de tumores mais volumosos, a retirada total do rim (conhecida como nefrectomia radical).

A cirurgia pode atualmente ser dividida em três modalidades. A cirurgia convencional ou aberta, a cirurgia videolaparoscópica e a cirurgia assistida por robô (ou cirurgia robótica).

Os urologistas da UROCAD possuem treinamento qualificado obtido em grandes serviços do país e do exterior, a fim de propor quase que exclusivamente as vias minimamente invasivas (robótica ou videolaparoscópicas), deixando a cirurgia aberta reservada apenas aos casos de exceção.

ENTENDENDO O PAPEL DA CIRURGIA PRESERVADORA DO RIM (NEPHRON-SPARING SURGERY)

Até pouco tempo atrás, possuir um nódulo renal era praticamente sinônimo de ter uma indicação para retirada completa do rim. Entretanto, com o avanço tecnológico e científico a partir dos anos 2.000, o tratamento cirúrgico do câncer de rim sofreu uma verdadeira revolução.

Isto porque hoje temos investido nas técnicas que são capazes de preservar o órgão com a retirada apenas da lesão tumoral em um número cada vez maior de casos, por meio de incisões cada vez menores. Isso foi possível graças ao advento das técnicas minimamente invasivas, como é o caso da cirurgia robótica e videolaparoscópica, que trazem como principais benefícios ao paciente:

- Recuperação pós-operatória mais rápida, com menor tempo de hospitalização;
- Retorno mais rápido às atividades diárias;
- Menor perda de sangue, com redução das taxas de hemotransfusão;
- Redução da dor (a maioria dos pacientes não necessita de medicamentos para controle da dor após a alta).

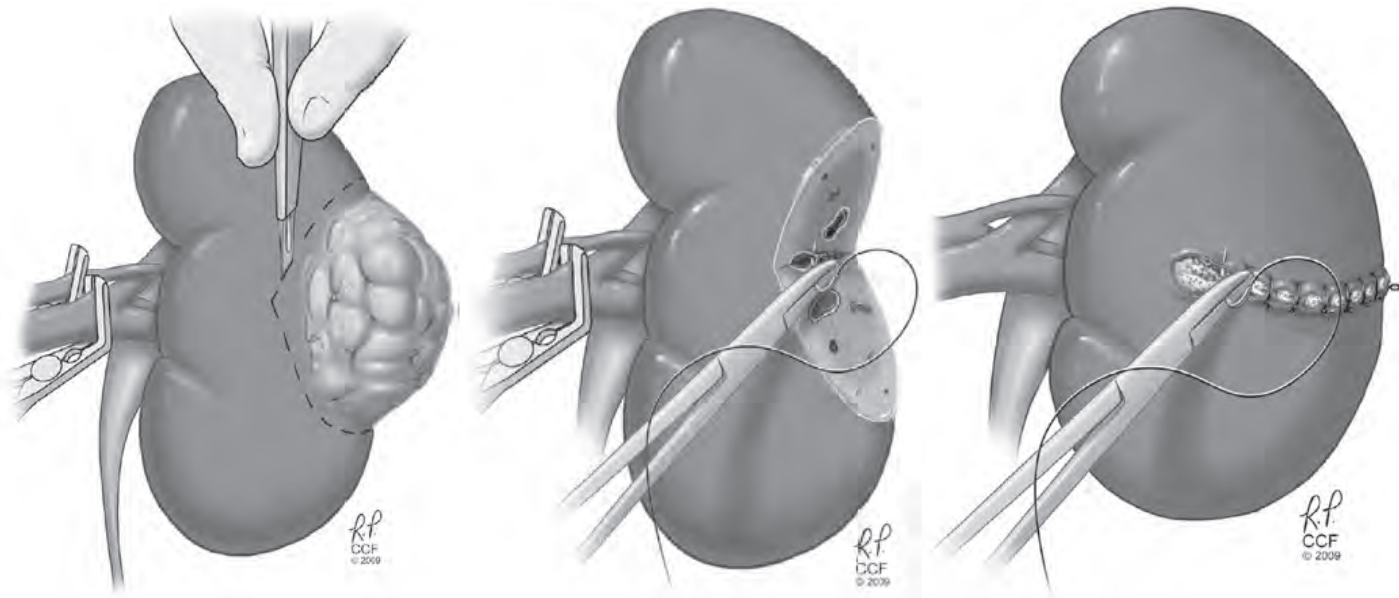


Figura 6- A primeira imagem mostra a remoção cirúrgica do nódulo, a segunda mostra o rim após a retirada da lesão e a terceira mostra a reconstrução do rim.

EXISTE ALGUMA FORMA DE PREDIZER QUAL SERÁ O GRAU DE DIFICULDADE DA CIRURGIA?

Sim, existe. Para que você possa entender um pouco melhor, vamos fazer uma comparação?

Imagine que seu rim é um caju e que temos duas situações:

- Situação I: seu rim é um caju e o nódulo é a castanha.
- Situação II: agora imagine que seu nódulo está localizado bem no centro da polpa do fruto...

Certamente, você concluiu que a situação I apresenta um cenário mais favorável (este exemplo ilustra o caso de um nódulo exofítico). Já na situação II, em que se retrata o caso de um nódulo endofítico, teremos que dispor de mais estratégias e recursos para destacar esta lesão do centro da polpa, machucando o fruto o mínimo possível.

Para isso, foram desenvolvidos diversos estudos para prever antes da cirurgia o grau de dificuldade do procedimento. Isso permite que a equipe de cirurgiões tenha maiores taxas de sucesso na busca dos dois principais objetivos, que são a cura da doença e a preservação do rim

NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA

A cirurgia robótica é considerada uma “evolução” da cirurgia videolaparoscópica. O termo ainda pode parecer tecnologia de “ficção científica” para alguns, mas já é uma realidade nos Estados Unidos e países da Europa há mais de duas décadas. Só os EUA possuem hoje mais de 2.500 plataformas robóticas distribuídas em todos os estados. No Brasil, a primeira cirurgia robótica foi realizada em 2008 em São Paulo/SP e hoje temos mais de 80 plataformas em pleno funcionamento nas 5 regiões do país.

O Sistema de Cirurgia Robótica, conhecido como Plataforma DaVinci, é patenteada pela empresa norte-americana Intuitive Surgical, com sede na Califórnia (EUA). Na realidade, o robô nada mais é do que um sistema que segue os comandos das mãos do cirurgião, através de pinças que possuem mais flexibilidade e maior número de movimentos com maior precisão e delicadeza.



Figura 7- Cirurgião no console de comando e demais membros da equipe atuando de forma auxiliar na cirurgia.

Devido à sua excelência e padrão de qualidade, o método vem ganhando cada vez mais espaço em território nacional.

Os benefícios de se optar pela cirurgia robótica para as cirurgias renais são:

- Visualização da imagem em 3D e com alta definição (1080p);
- Ampliação do campo cirúrgico em até 10x;
- Melhor detalhamento dos planos dos tecidos;
- Movimento escalonado com filtração do tremor fisiológico da mão humana;
- Melhor ergonomia para o cirurgião (console cirúrgico);
- Reconstrução mais segura e detalhada das camadas do rim naqueles casos em que a lesão precisou ser removida de uma localização mais profunda

NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

É realizada através de pequenas incisões abdominais, através das quais as pinças são inseridas e manipuladas diretamente pelas mãos do cirurgião. As pinças laparoscópicas, ao contrário das pinças do robô, possuem movimentos um pouco mais limitados, uma vez que elas possuem apenas um eixo de movimentação. Assim como na cirurgia robótica, o material cirúrgico é retirado por uma pequena incisão que pode variar de 2 a 4 centímetros e é realizada na região próxima do umbigo (nas cirurgias parciais) ou por uma incisão na região da virilha ou acima da linha dos pêlos pubianos (nefrectomia radical).

O QUE PRECISO SABER ANTES DE REALIZAR A CIRURGIA?

Todos os pacientes que vão se submeter à cirurgia de preservação do rim precisam saber que, embora a chance seja muito baixa, pode haver a necessidade de totalização da nefrectomia. Isso quer dizer que, durante o procedimento, podem surgir situações que façam com que o cirurgião e a sua equipe julguem mais seguro e prudente retirar o órgão por completo.

Pelas mesmas razões, pode ser que se faça necessária a conversão da cirurgia para a via aberta para a garantia da segurança do paciente, caso também o cirurgião e sua equipe assim o decidirem, embora esta situação seja extramamente rara.

As outras complicações que também podem ser decorrentes não só da nefrectomia, como também de todo e qualquer procedimento cirúrgico são: sangramento, infecção da ferida operatória e o tromboembolismo venoso. Ressalta-se que atuamos sempre voltados para a prevenção destas complicações, fazendo com que elas também sejam muito pouco frequentes entre os nossos pacientes.

CORRO RISCO DE PRECISAR DE HEMODIÁLISE?

Mesmo quando se remove um rim por completo, sabemos que o outro rim torna-se vicariante, ou seja, passa a trabalhar mais para que o organismo não “sinta falta” do outro órgão.

As cirurgias preservadoras do rim são ainda mais eficazes em se prevenir futuras hemodiálises, uma vez que o rim operado volta a funcionar logo após a cirurgia.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Agora, esclareceremos como normalmente ocorre o período próximo à cirurgia, desde os dias que a precedem, a chegada ao hospital, bem como os dias de internação que a sucedem.

É NECESSÁRIA A MUDANÇA DA DIETA NA VÉSPERA DA CIRURGIA?

Não há necessidade de ser realizada nenhuma mudança na dieta nem procedimentos para preparo intestinal. Recomendamos apenas uma dieta leve no jantar da véspera da cirurgia.

PRECISO SUSPENDER MEDICAÇÕES QUE USO CONTINUAMENTE?

Geralmente, recomenda-se que antiagregantes plaquetários (remédios usados para “afinar o sangue”), como o ácido acetilsalicílico (AAS) e o clopidogrel sejam suspensos com 7 dias de antecedência, enquanto anticoagulantes orais como a varfarina devem ser suspensos com 5 dias. Existe um novo grupo de anticoagulantes orais (rivaroxaban, apixaban) que devem ser suspensos 48 horas antes da cirurgia e só devem ter seu uso retomado por orientação médica. Já as medicações antihipertensivas e antiarrítmicas comumente não necessitam ser suspensas. Os hipoglicemiantes orais (medicamentos para controle do diabetes) devem ser suspensos na véspera e no dia da cirurgia.

Você deverá tomar seus demais medicamentos normalmente na véspera da cirurgia e aqueles que você costuma tomar pela manhã, devem ser ingeridos com uma quantidade mínima de água (5ml) na manhã da cirurgia.

POR QUE PRECISO REALIZAR UMA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA?

A anestesiologia é a especialidade da medicina cuja finalidade mais conhecida é a realização do ato anestésico (anestesia geral, bloqueios espinhais e regionais).

Entretanto, o médico anestesiológico é responsável por diversas outras variáveis que são decisivas para um bom resultado pós-operatório. Isso inclui a compensação de doenças pré-existentes, adequado controle da dor e da ansiedade, fornecimento adequado de oxigênio e controle dos sinais vitais (como pressão arterial e temperatura) durante todo o procedimento.

Isto torna a consulta pré-anestésica um dos grandes pré-requisitos para uma cirurgia bem-sucedida. O anestesista conhecerá o paciente de antemão: suas doenças crônicas, suas alergias, suas eventuais dificuldades para determinados tipos de anestesia e analisará todas as medicações de que você faz uso. Deste modo, ele poderá programar uma anestesia personalizada conforme suas necessidades, resultando em uma maior segurança trans-operatória.

ATENÇÃO: É fundamental comunicar ao anestesista se você apresenta qualquer tipo de alergia. Informar também se você é portador de marcapasso.

QUAL ANESTESIA É REALIZADA?

Quando a técnica minimamente invasiva (ou seja, laparoscópica ou robótica) é empregada, a anestesia mais utilizada é a geral venosa, a qual pode ser associada ou não ao bloqueio espinhal (raquianestesia ou anestesia peridural).

QUANDO DEVO FICAR EM JEJUM?

O tempo mínimo de jejum é de 8 horas antes do horário planejado para a cirurgia. O jejum é completo, você não deverá ingerir sequer água. Em caso de atrasos para o início da cirurgia ou jejum mais prolongado, a equipe de nutrição poderá oferecer bebidas especiais para uma melhor hidratação. Não coma ou beba nada antes de conversar com a equipe de enfermagem.

DEVO FAZER TRICOTOMIA (RETIRADA DOS PÊLOS) DO ABDOME E DA REGIÃO PUBIANA?

Não. Esse procedimento, se necessário, será realizado logo após a anestesia pela própria equipe médica ou de enfermagem.

ATENÇÃO: Se você utiliza próteses capilares ou unhas postiças, a equipe anestésica e de enfermagem deverá ser informada com antecedência. Estes itens deverão ser retirados antes do procedimento cirúrgico.

QUAL O TEMPO DE CIRURGIA?

O tempo cirúrgico é muito variável, pois depende de vários fatores, incluindo o tempo para anestesia, anatomia do paciente e volume e posição da lesão. Além disso, inclui-se um determinado tempo para recuperação pós-anestésica em sala específica ou, se já indicado previamente, em UTI.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

No pós-operatório imediato, recomenda-se que o paciente permaneça em repouso relativo, ou seja, mantenha-se em posição deitada ou sentada até que se sinta confortável para andar. Não existe um tempo mínimo para deambulação, mas isso deve ser iniciado o mais precocemente possível, tão logo o paciente se sinta confortável e seguro. Na primeira vez em que for se levantar após a cirurgia, faça isso lentamente. Sente-se primeiro, aguarde alguns minutos, e se levante após. Isso evitará reduções bruscas na pressão arterial.

CUIDADOS COM A SONDA VESICAL DE DEMORA

A sonda vesical é um dispositivo que é inserido na uretra (canal da urina) antes da cirurgia. Sua principal função é a monitorização do volume urinado durante a cirurgia e no pós-operatório. Ela sempre deverá permanecer abaixo do nível da cintura. A equipe de enfermagem da UROCAD foi treinada para orientar o paciente e os familiares acerca de todos os cuidados necessários com este dispositivo. A sonda vesical comumente é retirada no primeiro dia após a cirurgia.



Figura 8- Sonda vesical e bolsa coletora de urina.

CUIDADOS COM DRENO ABDOMINAL



Figura 9- Dreno abdominal.

Após o término da cirurgia, um dreno abdominal (Figura 9) é alocado na cavidade pélvica e tem por objetivo drenar líquido linfático ou resíduos de sangue que porventura venham a se acumular na região operada. A depender do volume drenado, este dispositivo poderá ser retirado ou pode ser mantido. Nesse caso, a equipe médica orientará no momento da alta a data em que o paciente deverá retornar para a retirada.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO: O QUE É E COMO PREVENIR?

Entende-se por tromboembolismo venoso (TEV) como o evento em que ocorre a formação de um coágulo (trombo) no leito venoso. Os locais mais frequentes de formação do trombo são os membros inferiores e a pelve. O maior risco associado à trombose venosa profunda é que haja a embolização (migração) deste coágulo para a circulação dos pulmões, fenômeno conhecido como tromboembolismo pulmonar.

O principais fatores de risco são: cirurgia recente, neoplasia maligna, mobilidade reduzida, idade avançada, obesidade e passado de tromboembolismo venoso.

A principal medida para profilaxia do TEV é a deambulação (caminhada) precoce, no mesmo dia ou no dia seguinte à operação. Também recomendamos o uso de meias elásticas mesmo após a alta, por até 2 semanas.



Figura 10- Profilaxia de TEV: meias elásticas de média compressão

QUE MEDICAÇÕES DEVO USAR AO RECEBER ALTA?

Considerando o baixo potencial que a cirurgia minimamente invasiva possui para causar dor, usamos principalmente os analgésicos simples como dipirona e paracetamol para um adequado controle da dor. Sugerimos o uso de medicações opóides de baixa potência apenas para os casos em que a dor seja refratária à analgesia simples. Além destes fármacos, sugerimos o uso de medicamentos anti-eméticos (controle de náuseas e vômitos), antifiséticos (controle de gases intestinais) e o uso de dietas e medicações laxativas.

Alguns pacientes se queixam de constipação intestinal (“intestino preso”). Além da dieta laxativa, você poderá usar medicamentos laxativos, e, se necessário, supositórios de glicerina ou mesmo lavagens intestinais (enemas). Estes produtos podem ser facilmente comprados nas farmácias.

VOU FICAR COM CICATRIZES?

Sim. As técnicas cirúrgicas demandam a incisão da pele e portanto haverá cicatrizes. As técnicas minimamente invasivas apresentam cicatrizes muito reduzidas (ao redor de 1 a 2 centímetros).

APÓS A ALTA

Ao receber a alta, o paciente e os familiares serão informados sobre a data da primeira revisão pós-operatória que geralmente ocorre com 2 semanas. Nesta ocasião, o médico informará o laudo do exame anatomo-patológico. A partir daí, será estipulada a periodicidade das consultas.

DÚVIDAS FREQUENTES

QUANDO POSSO RETORNAR AS RELAÇÕES SEXUAIS?

As relações sexuais podem ser retomadas a partir de 3 a 4 semanas após a cirurgia desde que o paciente se sinta à vontade para tal.

QUANDO POSSO VOLTAR A DIRIGIR?

Em geral, os pacientes voltam a dirigir a partir de duas semanas, dependendo principalmente da evolução pós-operatória.

QUANDO POSSO VOLTAR A TRABALHAR?

Se seu trabalho não exige esforço físico podem ser retomados a partir de duas semanas. Se a atividade profissional exige esforço físico, pode ser necessário um período de afastamento em torno de 1 mês.

QUANDO NECESSITO PROCURAR ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO?

Os principais motivos de procura ao pronto-socorro são: desconforto abdominal, dor lombar de forte intensidade, sangramentos, eliminação de coágulos, febre, tosse, falta de ar, edema (inchaço) do membro inferior, hiperemia (vermelhidão) ou saída de pus das feridas operatórias.

PRECISO USAR ANTIBIÓTICOS APÓS A ALTA?

Atualmente, é recomendado o uso de antibióticos apenas na indução anestésica e nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Na grande maioria dos casos, não é necessário o uso de antibióticos em casa.

COMO LIMPO AS FERIDAS E QUANDO DEVO RETIRAR OS CURATIVOS?

Podem-se utilizar água e sabão neutro no banho. Os curativos impermeáveis devem ser retirados após 24-48h, em geral ainda na internação, e as “tirinhas” (Steri-Strip) sobre a pele não necessitam ser retiradas. Pode-se aguardar que caiam sozinhas.

QUANDO DEVO RETIRAR OS PONTOS?

Utilizamos pontos absorvíveis e desta maneira não necessitam ser removidos.

EXISTE ALGUMA MEDICAÇÃO DA QUAL EU NÃO DEVA FAZER USO?

No pós-operatório de cirurgia renal, evitamos de uma maneira geral o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, pois estes podem reduzir um pouco o fluxo de sangue para os rins.

FIZ A CIRURGIA A RETIRADA TOTAL DO RIM: QUE CUIDADOS DEVO TOMAR?

Se você realizou a nefrectomia radical (retirada total do rim), você passou a ser portador de “rim único” e, desta forma, precisa tomar alguns cuidados especiais.

Os principais cuidados consistem em manter uma boa hidratação corporal, reduzir a ingestão de sal e de proteínas de origem animal. Outra recomendação importante é controlar rigorosamente doenças crônicas que sabidamente são deletérias ao rim, como: hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

Se você possui “rim único”, deve adotar cautela extrema e, se possível, evitar o uso de: anti-inflamatórios não-esteroidais, contraste venoso iodado e algumas substâncias nefrotóxicas (como gentamicina, amicacina e vancomicina).

Além disso, se faz necessário acompanhamento pelo menos anual com o seu nefrologista.

Trompowsky Corporate Medical Tower
Av. Trompowsky, 291 – Torre 1- sala 603
Centro, Florianópolis/SC, CEP 88015-300



(48) 3209-1649



(48) 98817-1119



contato@urocad.com.br

