FCJP-FACULDADE CIDADE JOÃO PINHEIRO
CURSO DE ENFERMAGEM

GISLÉIA BALTAZAR DE CASTRO

CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS COM RINS POLICÍSTICOS

JOÃO PINHEIRO
2017

ACADÊMICA: GISLÉIA BALTAZAR DE CASTRO

CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS COM RINS POLICÍSTICOS

Trabalho apresentado à Faculdade Cidade João Pinheiro como requisito parcial para obtenção de nota para o curso de enfermagem na disciplina de TCC II, sobre orientação do Professor: Ms. Fernando Fachinelli Rodrigues.

JOÃO PINHEIRO
2017

CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS COM RINS POLICÍSTICOS

GISLÉIA BALTAZAR DE CASTRO

Esta monografia foi apresentada e julgada adequada para obtenção do titulo de bacharel em enfermagem, e aprovada em sua forma final pelo núcleo de pesquisa e iniciação cientifica da Faculdade Cidade de João Pinheiro- FCJP

Banca Examinadora

Rogéria Alves Rosa
Coordenadora do Curso

Fernando Fachinelli Rodrigues
Orientador

Dra. Maria Célia da Silva Gonçalves

Patrícia Helena da Silva

Michelle Barra Caixeta Leão

João Pinheiro – MG

Novembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força, saúde e principalmente sabedoria para poder superar as dificuldades e obstáculos diários que a vida me ofereceu.

Aos meus pais (in memorian), irmãos, parentes e amigos pela paciência, incentivo e apoio incondicional, que sem eles não teria conquistado a minha formação.

Ao meu orientador Ms. Fernando Fachinelli Rodrigues pela paciência, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelos incentivos e broncas e principalmente por acreditar em mim.

A profª. Doutora Maria Célia pela dedicação e empenho com o meu trabalho, principalmente após meu problema de saúde. Com suas conversas e diálogos muito me ajudou neste momento tão difícil.

Aos meus colegas de faculdades que acabaram se tornando grandes amigos, e diariamente cada um com seu jeito e sistema, me acrescentou e contribuiu para a minha formação pessoal e profissional.

A coordenadora do curso Rogéria Alves Rosa pelo auxílio e dedicação durante estes cinco anos de curso, com suas conversas e motivações frequentes não me deixou desistir da minha formação, mesmo com todas as dificuldades. Agradeço pelo incentivo e por sempre acreditar no meu potencial, principalmente após o meu problema de saúde, pois esteve do meu lado no momento mais crucial da minha formação e conclusão do mesmo.

CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTOS COM RINS POLICÍSTICOS

Gisléia Baltazar De Castro*
Fernando Fachinelli Rodrigues**

Resumo: Atualmente o enfermeiro é fundamental na vida e na saúde dos pacientes com rins policísticos autossômica dominante em adulto. Portanto o enfermeiro como profissional intermediário da saúde, deverá saber e preparar para estar apto a orientar esse paciente, por ser um estudo científico, porém ao mesmo tempo muito complexos no ramo da enfermagem. Essa doença renal constitui de um grupo de patologias graves que podem levar o indivíduo a ter complicações sistêmicas graves e vir a óbito se não forem tratadas adequadamente. Neste trabalho será abordada à temática Cuidado na assistência de enfermagem em pacientes adultos com rins policísticos. Essa patologia pode levar o indivíduo a ter doenças renais crônicas que é uma síndrome metabólica decorrente de perda progressiva, geralmente lenta da capacidade excretória renal levando o mesmo a ter um quadro de insuficiência renal crônica, no qual em casos mais avançados, requer tratamento de hemodiálise ou de transplante renal. A doença renal policística autossômica dominante é uma enfermidade renal hereditária mais comum em seres humanos, onde os rins do indivíduo são acometidos por vários cálculos renais biliares que destrói os parâmetros funcionais renais, devido o crescimento e desenvolvimento de múltiplos cistos renais biliares, podendo assim acometer e manifestar em outros órgãos. Este trabalho tem como objetivo realizar um estudo que demonstra o principal papel do enfermeiro na assistência após o diagnóstico da doença renal policística autossômica dominante adulta e formas de tratamento como o acompanhamento com profissionais da área. Com isso, falaremos sobre histologia, anatomia e fisiologia renal; rins policísticos e cuidados na assistência de enfermagem.

Palavras chaves: Enfermeiro, Assistência de Enfermagem, Rins Policísticos.

Abstract: Currently the nurse is fundamental in the life and health of patients with autosomal dominant polycystic kidney disease in adults. Therefore, the nurse as an intermediate health professional should know and prepare to be able to guide this patient, because it is a scientific study, but at the same time very complex in the nursing field. This kidney disease is a group of serious conditions that can lead to serious systemic complications and death if not treated properly. In this work, the topic Nursing care in adult patients with polycystic kidneys will be addressed. This pathology can lead the individual to have chronic renal diseases which is a metabolic syndrome resulting from progressive loss, usually slow renal excretory capacity leading to a chronic renal failure, in which in more advanced cases requires hemodialysis treatment or kidney transplantation. Autosomal dominant polycystic kidney disease is a common inherited renal disease in humans, where the kidneys of the individual are affected by various gallstones that destroy the renal functional

*Graduanda em Enfermagem na Instituição FCJP. Email: gisleiacastro@gmail.com

**Biomédico, especialista em citologia oncótica e mestre em biopatologia. Email: aulapatologia@hotmail.com

parameters due to the growth and development of multiple biliary renal cysts, and manifest in other organs. This study aims to conduct a study that demonstrates the main role of nurses in care after diagnosis of adult autosomal dominant polycystic kidney disease and treatment modalities such as follow up with professionals in the area. With this, we will talk about histology, anatomy and renal physiology; polycystic kidneys and care in nursing care.

Keywords: Nursing, Nursing Care, Polycystic Kidneys

INTRODUÇÃO

A doença renal policística autossômica dominante é uma enfermidade renal hereditária mais comum em seres humanos, onde os rins do indivíduo são acometidos por vários cálculos renais biliares que destrói os parâmetros funcionais renais devido o crescimento e desenvolvimento de múltiplos cistos renais biliares, podendo assim acometer e manifestar em outros órgãos levando o indivíduo a ter outras anormalidades e surgimento de novas patologias como as hérnias abdominais, anormalidades valvulares cardíacas, aneurismas cerebrais e elevação da pressão arterial sistêmica.

Essa doença renal constitui de um grupo de patologias graves que podem levar o indivíduo a ter complicações sistêmicas graves e vir a óbito se não forem tratadas adequadamente. Essa patologia pode levar o indivíduo a ter doenças renais crônicas que é uma síndrome metabólica decorrente de perda progressiva, geralmente lenta da capacidade excretória renal levando o mesmo a ter um quadro de insuficiência renal crônica (IRC), no qual em casos mais avançados, requer tratamento de hemodiálise ou de transplante renal. Os cistos policísticos inicialmente envolvem somente as porções do néfrons, assim essas funções renais são retidas aproximadamente até a quarta e quinta décadas de vida deste indivíduo.

O objetivo deste trabalho consiste, através de suporte bibliográfico, realizar um estudo que demonstra o principal papel do enfermeiro na assistência após o diagnóstico da doença renal policística autossômica dominante adulta e formas de tratamento como o acompanhamento com profissionais da área.

De acordo com a problematização, as atribuições do enfermeiro é fundamental na vida e na saúde do paciente com está patologia. Portanto o enfermeiro como profissional intermediário da saúde, deverá saber e preparar para estar apto a orientar esse paciente com está patologia, por ser um estudo científico, porém ao mesmo tempo muito complexos no ramo da enfermagem. O enfermeiro deve estar preparado para lidar com essas situações, saber expressar de forma correta e de orientá-lo para que o mesmo entenda sobre os riscos e o agravo desta doença sem deixá-lo mais abalado.

I. HISTOLOGIA/ANATOMIA/FISIOLOGIA RENAL

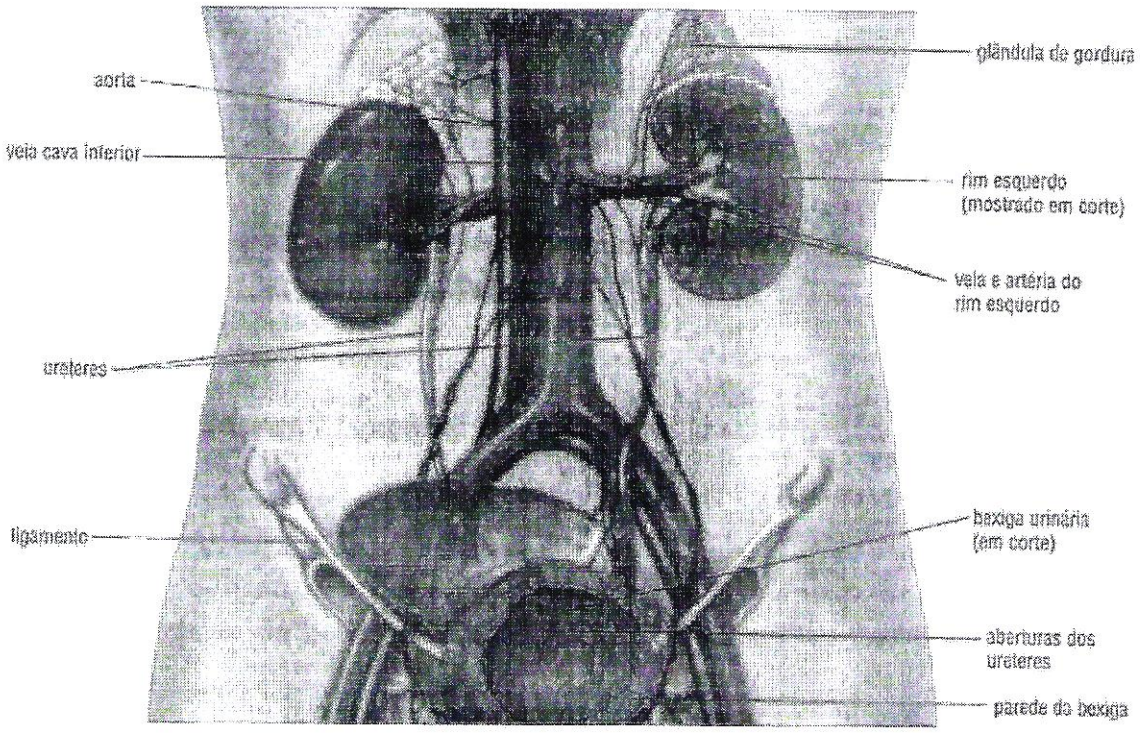
Segundo a histologia, o sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Esta relacionado à filtração sanguínea, absorção, excreção e síntese de hormônios que participam no controle da pressão arterial (renina) e na eritropoiese (eritropoetina).

Os rins possuem revestimento peritoneal na face anterior, delgada cápsula de tecido conjuntivo e mede em cerca de 10 a 12 cm de comprimento. Macroscopicamente, os rins apresentam oito lobos e dezoito lóbulos com duas regiões distintas, a zona cortical periférica e a zona medular central. O hilo que dá acesso aos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervos está situado na concavidade renal aonde se abre a pelve renal. A urina produzida pelo rim é conduzida pelo ureter até a bexiga. Cada rim é composto por aproximadamente um milhão de néfrons.

A fisiologia caracteriza de acordo com Arone e Philippi (2003, p.09) o sistema renal sendo:

> O sistema renal e urinário compreende os órgãos de secreção e eliminação da urina. É constituído por duas glândulas, os rins, e por vias excretoras – cálices renais, pelves renais e ureteres – que terminam no reservatório da urina, a bexiga, onde se inicia a porção terminal , e uretra.
> Os rins são órgãos pares, em forma de feijão. Cada rim pesa aproximadamente 125g, um está situado a esquerda e o outro á direita da coluna vertebral, no nível das vértebras torácicas inferiores e lombares. Esses órgãos são envolvidos por um tecido fibroso denominado cápsula renal. Ficam isolados da cavidade abdominal e de seu conteúdo por camadas do peritônio; são, portanto, retroperitoniais.

Figura 01: Sistema Renal e Urinário



Fonte: Carlos Barros & Wilson R. Paulino, O corpo humano (São Paulo: Ática, 1999), p. 142.

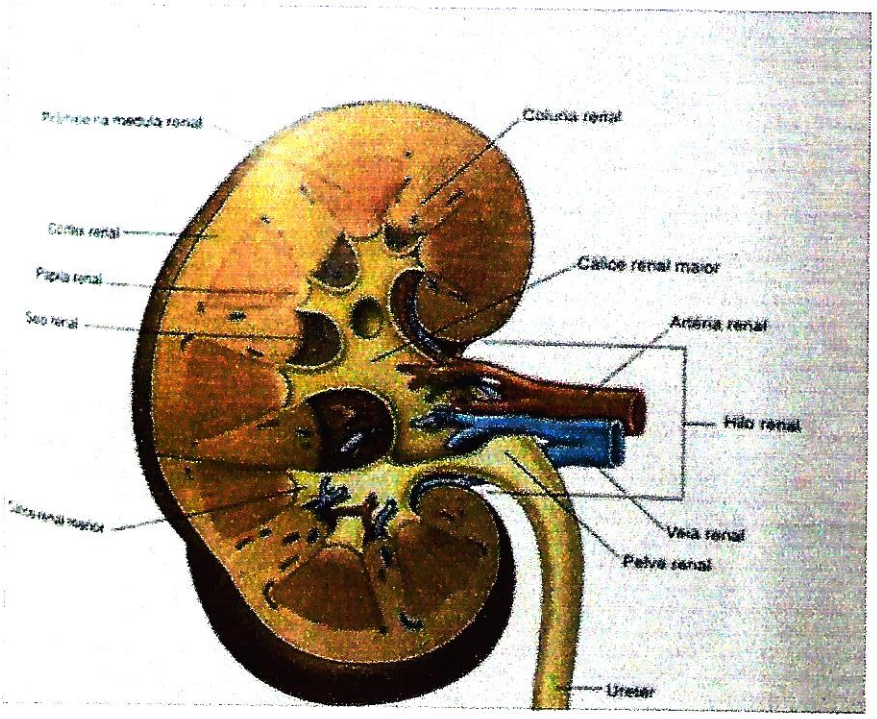
Ainda de acordo com Arone e Philippi (2003, p.09 e 10)

> Cada rim apresenta uma reentrância medial, hilo renal, onde entra a artéria renal, acompanhada por fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas (nervo vago), e de onde saem à veia renal e o ureter. Portanto, o suprimento sanguíneo é levado pela artéria renal, que tem origem na aorta abdominal, e é drenado pela a veia renal, que desemboca na veia cava inferior.

De acordo com a estrutura renal, cada rim tem uma superfície lisa anterior e posterior cobertas por uma cápsula fibrosa, que é facilmente removida a não ser em casos de doenças.

Na margem medial de cada rim esta o hilo renal, que é uma fenda profunda e vertical através da quais vasos sanguíneos, linfáticos e nervos renais penetram ou deixam a substância renal, conforme figura abaixo:

Figura 02: Estrutura Interna do Rim



Fonte: DRAKE, Richard L.; Vogl, Wayne; Mitchell, Adam W.M. **Anatomia para estudantes**. (Rio de Janeiro: Elsevier, 2005), p. 323.

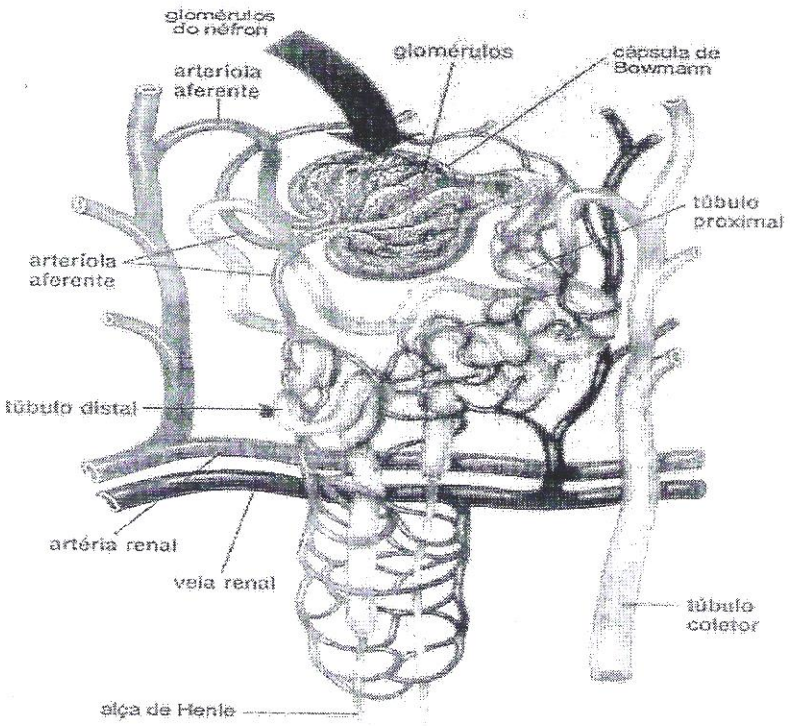
Sabe-se que os rins possui uma divisão em, porção externa que recebe o nome de "córtex" e uma porção interna chamada de medula. Segundo Hudak e Gallo (1997, p. 474) um néfron:

> (...) é composto de um glomérulo, túbulo proximal, alça de Henle e túbulo distal. (...) Cada rim humano constiste em aproximadamente 1 milhão de néfrons, todos com função idêntica, e, assim, a função renal pode ser explicada descrevendo-se a função de um néfron. (...) Cada néfron é composto de dois componentes principais: o glomérulo e a cápsula de Browman, na qual a água e os solutos são filtrados a partir do sangue.

Conforme pode-se observar na figura abaixo, as partes que constituem o néfron são:

- túbulo proximal;
- alça de henle;
- túbulo distal;
- túbulo coletor;
- corpúsculo renal;
- túbulos renais.

Figura 03: Néfron



Fonte: Carlos Barros & Wilson R. Paulino, O corpo humano (São Paulo: Ática, 1999), p. 143.

De acordo com Arone e Philippi (2003, p.12) a função básica do néfron é "filtrar o plasma, ou seja, limpá-lo, aclará-lo ou depurá-lo, retirando as substâncias indesejáveis ou em excesso e retendo as substancias que ainda são necessárias ao sangue".

O filtrado glomerular que chega à cápsula de Bowmann é um ultrafiltrado do plasma. Pois a membrana permite a passagem de água, eletrólitos e produtos catabólicos com exceção das proteínas (albumina e globulina), que só passam em pequenas quantidades.

O filtrado do túbulo proximal e da alça de Henle passa para o compartimento intersticial e, por maior pressão e maior concentração que o liquido desse compartimento, as substancias passam novamente para os capilares peritubulares.

II. RINS POLICÍSTICOS

O tema de patologia de rins policísticos não se tem a origem definida de forma correta, pois existem várias hipóteses que explicam a sua etiologia, onde alguns autores sugerem que o surgimento foi através do distúrbio da membrana basal dos túbulos, outros se fundamenta que a formação desta patologia tem por influência a hiperplasia epitelial, e por fim, outra hipótese é que o surgimento se relaciona com o envolvimento na secreção de ânions orgânicos.

Esta doença é encontrada em todas as raças humanas, podendo afetar tanto pelo homem quanto pela mulher, independente de raças ou etnias.

Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT) é a fase final de uma série dedoenças que comprometem os rins irreversivelmente. É, portanto, uma síndrome provocada por várias doenças, que vão progressivamente reduzindo a função renal e, segundo MARCONDES (1976), podem ser agrupadas em: **Doenças renais**, sendo mais frequentes as glomerulonefrites de evolução crônica, tuberculose renal e os processos inflamatórios tubulointersticiais; **Doenças do trato urinário**, como as pielonefrites e calculoses, alterações do colo vesical, aumento prostático, estreitamentos uretrais e outros; **Doenças sistêmicas**, como a hipertensão arterial nas formas maligna e benigna; doenças difusas do tecido conectivo (lúpus); problemas metabólicos (diabetes mellitus, gota, deficiência de potássio, hipercalcemia, mieloma múltiplo), coagulopatias de consumo: intoxicações crônicas com certos metais como o chumbo, entre outras; **Doenças de origem hereditária**, como o rim policístico e síndrome de Alport.

Os cistos policísticos inicialmente envolvem somente as porções do néfrons, assim essas funções renais são retidas aproximadamente até a quarta e quinta décadas de vida deste indivíduo.

A configuração dominante é causada por mutações em genes específicos dos cromossomos 16p 13.3(PKD1) responsáveis por 85% dos casos; 4q 21-23 (PKD2) com frequência de 10-15% dos casos; e possivelmente em um, terceiro gene, PKD3, que ainda não foi identificado (ALVES et AL., 2014). Os genes PKD1 e PKD2 codificam proteínas que participam de processos celulares básicos, como a proliferação, diferenciação e transporte de moléculas. Diversas mutações tem sido identificadas nestes genes que codificam as policístinas dos tipos 1 e 2, manifestando uma aparente redução no potencial funcional destas proteínas, promovendo o surgimento da doença renal policística (NUNES, 2002; ROWE et AL., 2014, 42-43 p

A forma autossômica dominante a nível mundial ocorre nos adultos com prevalência de um caso para 300 habitantes até um caso para 1.000 habitantes e é responsável por 10% das insuficiências crônicas dos rins principalmente nos Estados Unidos. Mais de 600.000 norte-americanos tem esta patologia e 90% dos casos são hereditários.

As doenças autossômicas dominantes manifestam-se no estado heterozigótico, de modo que pelo menos um genitor de um caso-índice costuma ser afetado; ambos os sexos são afetados e transmitem o distúrbio. Quando a pessoa afetada se casa com outra não afetada, cada filho tem uma chance em duas de ter uma doença. Além destas regras básicas, afirma ROBBINS et AL (2000, p.1251), as doenças autossômicas dominantes caracterizam pelo seguinte:

> Em todas as doenças autossômicas dominantes, alguns pacientes não têm pais afetados. Esses pacientes devem a sua enfermidade a mutações novas envolvendo o ovócito ou espermatozoide dos quais eles se originaram. Seus irmãos não são afetados e nem corre o risco aumentado de ter a doença. A proporção de paciente que desenvolve a doença em sequencia de uma mutação nova esta relacionada ao efeito da doença sobre a capacidade reprodutiva. Se uma doença reduzir sobre modo a aptidão reprodutiva espera-se que a maioria dos casos resulte de mutações novas. Muitas mutações novas parecem ocorrer nas células germinativas de pais relativamente mais velhos. As manifestações clínicas podem ser modificadas por uma penetrância reduzida e a expressividade variável. Alguns indivíduos herdam o gene mutante, mas são fenotipicamente normais. Isso é chamado de penetrância reduzida. A penetrância é expressa em termos matemáticos: Assim, uma penetrância de 50% significa que 50% daqueles que possuem o gene expressam o caráter. Ao contrario da penetrância, se um caráter for encontrado em todos os indivíduos que possuem o gene mutante, mas foi expressado de maneira diferente entre eles o fenômeno domina-se expressividade variável. Por exemplo, as manifestações da neurofibromatose do tipo 1 variam deste manchas acastanhadas na pele a múltiplos tumores cutâneos e deformidades esqueléticas. Os mecanismos que originam a penetrância reduzida e a expressividade variável não são totalmente compreendidos, porem resultam, mais provavelmente, dos efeitos dos outros genes ou fatores ambientais que modificam a expressão fenotípica do alelo mutante.

Segundo NANOCELL (2015), a prevalência mundial da doença é estimada entre 1:400 e 1:1.000 habitantes. Isto significa que a cada 400 ou 1.000 pessoas, uma é portadora da PKD1 e PKD2. A PKD de estágio 5 é causada pela doença renal policística autossômica dominante (DRPAD), onde apresenta uma taxa de incidência anual de 8,7 e 6,9 casos por milhões de habitantes (1998-2001 nos Estados Unidos) e de 7,8 e 6,0 por milhões de habitantes na Europa, para homens e

mulheres respectivamente. A bibliografia demonstra que os homens portadores da DRPAD são diagnosticados mais tardiamente do que as mulheres, indicando que o gênero masculino seja um determinante na pior progressão da doença.

No Brasil as diversidades geográficas e econômico-sociais explicam a existência de regiões com padrões de saúde semelhantes aos de países desenvolvidos, conjuntamente com regiões cujos índices de mortalidade são similares aos dos países mais pobres do hemisfério sul.

Deste modo, no Brasil, poucos dados epidemiológicos sobre a DRPAD estão disponíveis para variar. Pois com um governo que se diz social deixa a população totalmente às cegas, sem saúde e educação, o necessário para construir uma verdadeira nação independente e rica.

CASTRO (2017), um autor brasileiro afirma que atualmente, mais de 120 mil brasileiros têm insuficiência renal e fazem hemodiálise. A cada ano, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, 21 mil pessoas entram nesse grupo.

Para PINHEIRO (2017), outro autor brasileiro, considera que doença policística renal do adulto é como o próprio nome diz uma doença caracterizada pelo crescimento de múltiplos cistos nos rins ao longo da vida adulta.

De acordo com MILANI *et.al* (2007), a análise e caracterização das mutações ADPKD são fundamentais para compreensão de mecanismo de atuação das pessoas envolvidas na doença. Sua relação com os fatores com predisposição, estudos de ligação genética evolutiva aconselhamento genético familiar e desenvolvimento de novas tecnologias capaz de auxiliar na triagem e sequenciamento de mutações gênicas.

Os métodos atualmente utilizados baseiam-se nos seguintes princípios: especificidade, fornecendo uma resposta verdadeiramente positiva para a mutação; sensibilidade, permitindo a identificação de uma mutação a partir de quantidades muito pequenas de determinada amostra, possibilita amplificação de sequências do DNA através da reação em cadeia da polimeras e "PCR" e simplicidade, aplicando um ensaio para mutações eficiente, eficaz e de baixo custo à rotina laboratorial.

A detecção de mutações em genes humanos é caracterizada pelo fato da sequência de nucleotídeos de um gene em indivíduos afetados diferir da sequência do mesmo gene em indivíduos com fenótipo normal.

A dor é um sintoma que poderá diminuir a qualidade de vida de alguns doentes, na medida em que pode ter um efeito negativo nas relações sociais e consequências como distúrbios do sono, fadiga, ansiedade e depressão.

> Contudo, muitos pacientes permanecem assintomáticos até que a insuficiência renal anuncie a presença da doença. Em outras, a hemorragia ou a dilatação progressiva dos cistos podem produzir dor. Os rins aumentados, geralmente aparentes na palpação abdominal, podem introduzir uma sensação de peso. A doença ocasionalmente começa com o inicio insidioso da hematúria, seguida por outras características da doença renal crônica progressiva, com a proteinúria (raramente mais dos 2 g/dia), poliúria e hipertensão. Pacientes com mutações em PKD2 tendem a ter idades mais avançadas no início e no desenvolvimento posterior da falência renal. Tantos os fatores ambientais quanto os genéticos influenciam a gravidade da doença. (ROBBINS e COTRAN, 2010, p. 1458).

Infelizmente ainda não há cura nem tratamento eficaz contra a doença, explica PINHEIRO (2017), pois o que se faz é tentar retardar o crescimento dos cistos e a evolução para insuficiência renal terminal. O passo mais importante é o controle da pressão arterial. Quanto mais alta for à pressão, mais rápido a doença se desenvolve. O ideal é mantê-la abaixo de 130 x 80 mmHg.

NEMETZ (2016) acrescenta ainda que realmente ainda não há uma cura para a doença policística renal. Tenta-se retardar ou deter o crescimento dos cistos por meio do controle da pressão arterial, boa hidratação e evitando a cafeína, fatores que parecem favorecer o crescimento dos cistos. Alguns remédios encontram-se em fase de teste, mas ainda não são de uso extensivo. Para a insuficiência renal crônica há as opções de hemodiálise ou transplante renal.

A maneira mais eficiente de encontrar os cistos renais é na ecografia abdominal e renal. Na ecografia, eles se apresentam arredondados, nitidamente marcados por uma parede fina e contêm, no seu interior, um líquido homogêneo, mais ou menos denso, sem massas (ou nódulos) e com uma superfície regular. Estas características os diferenciam dos tumores ou nódulos sólidos, de superfície irregular que são sugestivos de tumores benignos ou malignos.

Para realização do transplante, poderão doar somente aqueles que são compatíveis ou alguém da família com a mesma compatibilidade como: pai, mãe, filhos e irmãos, mais muitos casos são compatíveis, por ser uma doença genética acabam descobrindo através de exames clínicos que não podem ser doadores porque também já possuem a doença, e em outros casos o paciente não aguenta a

cirurgia. Onde assim geram transtornos psicológicos e também quando algum familiar não é compatível o paciente tem que sujeitar a espera na fila de transplante, onde nem sempre se tem resposta, portanto a única forma é continuar realizando o tratamento de hemodiálise.

O portador de cisto deve ser acompanhado anualmente para prevenir eventuais complicações (hematúria, cálculo, infecção) e evitar que alguns cistos com crescimento exagerado possam provocar obstrução e sofrimento ao parênquima renal.

III. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

As atribuições do enfermeiro, de acordo com SANTANA *et.al* (2013), não se restringe executar técnicas ou procedimentos eficientemente, mas que isso, nos propomos a uma ação cuidativa abrangente, que implica entre outros aspectos desenvolver habilidade de comunicação, sendo meio utilizado para satisfazer as necessidades dos pacientes com rins policísticos. Se a comunicação entre enfermeiro e paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente.

O mesmo deve entender sobre esta patologia para poder cuidar e saber passar orientações relacionadas a esse fator. É importante salientar, ou seja, orientar esse paciente portador da doença quanto a uma boa hidratação, alimentação saudável e adequada e principalmente sobre a ingestão de muita água e também está atento em manter o controle da Pressão Arterial no nível adequado abaixo de 130x80 mmHg e, contudo, evitar principalmente a Cafeína, pois a mesma, acelera o desenvolvimento de cistos nos rins e ainda fornecer informações sobre as mutações dos genes PKD1 e PKD2 que a cada dois filhos de um portador do gene um dos filhos irá adquirir a doença, por ser uma doença hereditária, agressiva e progressiva requer maior atenção.

Estes são fatores ambientais que podem favorecer no aumento dos cistos, pois assim o paciente mantendo ou aderindo essas orientações é uma forma para tentar retardar o crescimento desses cistos, para que assim o paciente tenha mais

qualidade de vida, evitando cólicos renais e ainda vários outros desconfortos relacionados a está doença.

Segundo LIMA (2004) a enfermagem deve a cada instante estar atenta a suas ações e ter em mente que elas devem estar sempre fundamentadas cientificamente nos procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização da enfermagem proporcionando segurança, meios de avaliação e qualidade no tratamento.

Portanto os principais cuidados do enfermeiro nesta situação são: administrar medicação para dor conforme prescrição médica; evitar a imobilização prolongada; utilizar a técnica asséptica quando realizar os procedimentos visando não expor o paciente à infecção; estimular o paciente a contribuir com seu tratamento, aceitando bem a dieta e seguindo as prescrições.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos apresentados no presente artigo, concluísse que os rins policísticos é uma doença hereditária e que pode acometer toda geração familiar, pois alguns pacientes se culpam e se oprimem por passar essa doença aos seus filhos, por isso é importante orientá-lo sobre o tratamento psicológico para que assim possa ser explicado ao paciente que é uma doença hereditária de forma que não os deixe mais transtornado, pois muitos, após o diagnóstico ficam muito abalados por ser uma doença que não tem cura, mas deixando claro que com o tratamento adequado pode paralisar os agravos da doença e deixar ciente que a patologia não tratada adequadamente pode a submetê-lo ao tratamento de hemodiálise e alguns casos levarem a ser necessário ao transplante renal e até mesmo ao óbito.

Os principais sintomas relacionados a esta patologia são: a hematúria (urina com sangue), cólicas renais dolorosas (algia), e o aumento, ou seja, a elevação da Pressão Arterial. Outros sinais e sintomas que estão relacionados podendo ser cálculos renais, proteinúria (presença de proteína na urina), urina espumosa e a pielonefrite (infecção do trato urinário). Vale ressaltar que o diagnóstico concreto é somente por exames laboratoriais, clínicos e por imagens e não baseado só por sinais e sintomas.

O portador da DRPAD somente poderá ser transplantado quando o sistema renal não estiver mais suprindo e realizando as suas devidas funções, ou seja, esses órgãos renais pararem de funcionarem totalmente, e principalmente os nefros que é onde a doença renal policística autossômica dominante acomete, onde só serão o caso de transplante somente aqueles paciente que tem função debilitada e que os rins não funcionam mais.

Mesmo esta patologia não tendo cura, existe tratamento medicamentoso que reterá, ou seja, irá paralisar o desenvolvimento do crescimento desses cistos. Mas é importante ressaltar que não basta somente da terapia medicamentosa ou tratamento da diálise, mas também quanto à importância de conciliar a uma dieta saudável e ingesta de água. Os medicamentos além de controlar os crescimentos desses cistos, também auxiliará para que não há disseminação dos cálculos em outros órgãos como o pâncreas e o fígado que pode ser acometido por esta patologia.

A atribuição do enfermeiro frente ao psicológico deste paciente é fundamental, pois o profissional deverá saber desenvolver métodos e habilidades de comunicação, para que possa satisfazer as necessidades destes pacientes, pois seu psicológico fica bastante abalado com o diagnóstico e ao mesmo tempo se culpam por ter essa doença e por ser mediador desta patologia para seus filhos.

O papel do enfermeiro é fundamental na vida e na saúde do paciente com está patologia. Portanto o enfermeiro como profissional intermediário da saúde, deverá saber e preparar para estar apto a orientar esse paciente com está patologia, por ser um estudo científico, porém ao mesmo tempo muito complexos no ramo da enfermagem.

V. REFERÊNCIAS

AJZEN, H.; SESSO, R. C. **Tratamento dialítico do paciente renal crônico**. Revista daAssociação Medica Brasileira, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 1-2, 1995.

ARONE, Evanisa Maria; PHILIPPI, Maria Lúcia dos Santos. **Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao sistema renal e urinário**. 2ª Edição. Editora Senac - São Paulo: 2003.

BARROS, Carlos; PAULINO, Wilson Roberto. **O corpo Humano**. São Paulo: Ática, 1999.

CASTRO, Augusto. **Doença Renal Crônica leva mais de 120 mil brasileiros para hemodiálise**. Senado Notícias. 2017. Disponível em: http://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/doenca-renal-cronica-leva-mais-de-120-mil-brasileiros-para-hemodialise. Acesso em: 14 maio 2017.

DRAKE, Richard L.; Vogl, Wayne; Mitchell, Adam W.M. **Anatomia para estudantes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GRANTHAM, J. J., V. E. Torres, et al. (2006). "**Volume progression in polycystickidneydisease**." N Engl J Med 354(20): 2122-2130.

HUDAK, Carolyn M. Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma abordagem holística. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan – 6ª Edição, 1997.p. 474.

LIMA, E. X.; SANTOS, I. (org). Atualização em Enfermagem em Nefrologia. Rio de Janeiro: SOBEN, 2004.

MARCONDES, M. Nefrologia. In: MARCONDES, M.; SUSTOVICH, D. R.; RAMOS,O. L. **Clínica médica**: propedêutica e fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. p. 353-434.

MILANI, Vagner; MATTOS, Cristiane; PORCSH, Daiana; ROSSATO, Liana; BARROS, Elvino; NUNES, Ane. **Doença Renal Policística do Adulto**: Uma Atualização. Porto Alegre-RS: Artigo de Revisão. 2007.

NANOCELL. **Doença Renal Policística**: Novos Tratamentos. Jornal Eletrônico do Instituto Nanocell. Edição Vol. 3, N. 3. 2015. Disponível em: http://www.nanocell.org.br/doenca-renal-policistica-novos-tratamentos/. Acesso em: 14 maio 2017.

NEMETZ, Luiz Carlos. **Cuidados e Orientações para quem tem rins policísticos**. Artigo Topgesto. 2016. Disponível: http://www.topgesto.com.br/blog/rins-policisticos/. Acesso em 14 maio 2017.

PATRICIO, Zuleica Maria. SILVÉRIO, Maria Regina. **O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade**: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. vol.12 nº.1 .Rio de Janeiro Jan./Mar. 2007.

PINHEIRO, Pedro. **Rins Policísticos** – Causas, Sintomas e Tratamento. MDS Saúde. Artigos Nefrologia. 2017. Disponível em:

http://www.mdsaude.com/2008/11/rins-policsticos-voc-pode-ter-e-no.html. Acesso em: 14 maio 2017.

REGISTRO BRASILEIRO DE DIÁLISE E TRANSPLANTE RENAL, **Registro de Diálise e Transplante Renal**. 5., 1994,Fortaleza, Anais. 52 p.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. **Patologia Estrutural e Funcional**. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan – 6ª Edição, 2000. 1251p.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S. **Patologia Bases Patológicas das Doenças**. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier, 2010. 1458p.

Ruggenenti, P., A. Remuzzi, et al. (2005). "**Safetyandefficacyoflong-actingsomatostatintreatment in autosomal-dominantpolycystickidneydisease.**" KidneyInt 68(1): 206-216.

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. **Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia**. Revista Cientifica do ITPAC, Araguaína, V. 6, N.3, 2013.