



GRUPO **HPASAÚDE**

A SUA CIRURGIA É: **TUMORECTOMIA**

A cirurgia a que irá ser submetido designa-se por tumorectomia e terá uma duração aproximada de 1 hora.

A tumorectomia caracteriza-se pela remoção de uma parte da glândula mamária no local onde se encontra o tumor maligno ou para análise de uma lesão mamária que ainda não tenha diagnóstico.

Para que o Cirurgião tenha a certeza do local onde está o tumor são utilizados métodos de marcação de tumores não palpáveis, através de marcação com corante negro (carbono), com guia metálico (anzol ou arpão), com cliques metálicos ou através do uso de ecografia durante a cirurgia.

CUIDADOS A TER:

1. Pós-cirúrgicos:

- Cuidados com o penso (não molhar, cumprir com as datas de realização de penso);
- Para controlo da dor será medicado com analgesia;
- Deve questionar o seu médico ou enfermeiro acerca da medicação que tomava habitualmente.

2. Com a pele:

- Mantenha a pele limpa na área da tumorectomia, assim como a roupa e as toalhas que contactam com o corpo;
- Evite mudanças bruscas de temperatura, banhos com água muito quente, banhos turcos ou sauna;
- Após a cicatrização da ferida cirúrgica deve aplicar creme gordo na pele regenerada;
- Modere a exposição ao sol e utilize um protetor solar ou exposição ao calor de lareiras, fornos ou fogões;
- Use um sutiã confortável, de tecido macio e material orgânico, com alças largas, modelo desportivo.

3. Na realização de atividades e exercício

- Evitar a prática de desportos que possam ser traumáticos (futebol, basquetebol, etc.);
- Mantenha o seu peso ideal, evite gorduras, doces, sal e bebidas gaseificadas e beba muita água;
- Não deve conduzir até indicação médica.



GRUPO **HPASAÚDE**

A SUA CIRURGIA É:
TUMORECTOMIA

Sinais de alerta:

Caso note alguma alteração que a preocupe, não hesite em procurar cuidados médicos. Possíveis sinais e sintomas que poderá ocorrer no pós-operatório imediato:

- Infecção, necrose da pele, lesões nervosas, dor, fraqueza no membro superior envolvido, deiscência (abertura da ferida) e fibrose cicatricial e problemas respiratórios.
- Contactos: médico (a validar com médico assistente).

Aprovado por: _____

Data: _____