



Histerectomia abdominal é a remoção cirúrgica do útero por meio de uma laparotomia. Pode ser total, quando há retirada do corpo e colo uterinos; ou subtotal, quando apenas a corpo é retirado.^[1] A escolha entre os tipos é dependente das condições técnicas cirúrgicas do colo. Os principais fatores associados a risco do procedimento são: doença maligna oculta, úteros volumosos, cirurgia de emergência, obesidade e cirurgias pélvicas e abdominais prévias.^[2-6] As principais complicações são: hemorragia (2%), infecção (até 4%), lesão do trato urinário ou digestório (0,03%), tromboembolismo (0,2 %), deiscência da sutura vaginal (0,12%) e obstrução intestinal (1,3%)^[7-11]. A histerectomia abdominal não é a mais indicada em casos de prolapsos uterinos, a via preferencial neste caso é a vagina.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Exames Diagnósticos: Ultrassonografia Transvaginal, Ultrassonografia Pélvica.

Exames Pré-Operatórios: Hemograma, Coagulograma, Tipagem Sanguínea, Urina I, Urocultura;
Para pacientes com idade >50anos: Raio X de tórax, ECG, Função renal (Ureia e Creatinina).

Indicação Cirúrgica: A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela ao lado:

CID	Descrição
N80.0	Endometriose
N81.2	Prolapso uterovaginal
N81.3	Prolapso uterovaginal incompleto
N81.4	Prolapso uterovaginal não especificado
N81.9	Prolapso genital feminino não especificado
N84.0	Pólipo de trato genital feminino
N93	Outros sangramentos anormais do útero ou vagina
D25	Leiomioma do útero
D26.1	Neoplasia benigna do corpo do útero

2. ESCORE DE RISCO

Elegíveis:

- Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA): I e II.
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Patologias malignas ou com suspeita de malignidade;
- Realização de linfadenectomia;
- Histerectomias puerperal ou pós-parto;
- Procedimento realizado por técnica vídeo assistida;
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo de internação previsto.

3. ALOCAÇÃO

03 diárias em Apartamento de Clínica Médica Cirúrgica. Possível redução para 2 diárias.

4. TRATAMENTO

PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.

ANESTESIA:

- Geral com Peridural OU
- Sedação com Raquianestesia.

CIRURGIA:

Hemoterapia

01 Exames Pré-Transfusionais

01 Pesquisa de Anticorpos Irregulares

01 Reserva de Concentrado de Hemácias

PÓS-OPERATÓRIO:

- Dieta: Leve/geral;
- Curativo: Steri-strip, Opsite, Dermabond;
- Cuidados específicos: Cuidados com SVD;
- Atividade: Livre;
- Indicação de exames de controle: Hemograma (se necessário).

Agente	Dose	Via	Frequência
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	100mg	EV	8/8h
Analgésico (Novalgina)	1g	EV	6/6h
Analgésico (Tramadol)	100mg	EV	8/8h se dor
Antiemético (Ondansetron)	8mg	EV	8/8h
Luftal max	1cp	VO	8/8h
Profilaxia de TEV conforme protocolo institucional	*	*	*

5. ALTA HOSPITALAR

- Dieta geral;
- Atividade: repouso relativo;
- Retorno ambulatorial: 7-10 dias após a alta;
- Procurar o/a cirurgião/cirurgiã em caso de sangramento intenso, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta, secreção vaginal atípica;
- Atestado médico de 30-45 dias;
- Abstinência sexual até o atestado médico.

Obs: No Hmap Retorno ambulatorial: 14 dias após a alta;

Critérios para Alta hospitalar

- Sinais vitais normais para faixa etária
- Dor controlada
- Diurese presente
- Boa aceitação alimentar
- Ausência de sangramento

Agente	Dose	Via	Frequência
Analgésico (dipirona)	1cp	VO	6/6h s/n
Anti-inflamatório (Cetoprofeno)	50mg	VO	8/8h por 3 dias s/n

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 72h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien \geq 3 em até 30 dias após a alta;

Obs: no HMAP não dispomos do indicador complicações Clavien \geq 3 em até 30 dias após a alta;

III. GLOSSÁRIO

ECG: Eletrocardiograma
IMC: Índice de Massa Corporal
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
DM: Diabetes Mellitus
IRC: Infecção Renal Crônica
UPA: Unidade de Pronto atendimento
SVD: Sonda Vesical de Demora
TEV: Tromboembolismo Venoso
VO: Via Oral
EV: Endovenoso

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização do template

V. Referências

- [1] Stovall TG, Mann WJ. Abdominal hysterectomy. UptoDate, 2018.
- [2] Vernooij F, Heintz P, Witteveen E, van der Graaf Y. The outcomes of ovarian cancer treatment are better when provided by gynecologic oncologists and in specialized hospitals: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2007; 105:801.
- [3] Okin CR, Guido RS, Meyn LA, Ramanathan S. Vasopressin during abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001; 97:867.
- [4] Unger JB, Paul R, Caldito G. Hysterectomy for the massive leiomyomatous uterus. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1271.
- [5] Falcone T, Walters MD. Hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2008; 111:753.
- [6] Shah DK, Vitonis AF, Missmer SA. Association of body mass index and morbidity after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2015; 125:589.
- [7] Unger JB, Paul R, Caldito G. Hysterectomy for the massive leiomyomatous uterus. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1271.
- [8] Greer IA. Epidemiology, risk factors and prophylaxis of venous thrombo-embolism in obstetrics and gynaecology. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997; 11:403.
- [9] Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:113.
- [10] Al-Sunaidi M, Tulandi T. Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1162.
- [11] Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, et al. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:311.

Código Documento: CPTW33.3	Elaborador: Rômulo Negrini Lucinda C E Vieira	Revisor: Renata Alves de Souza Paluello	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de atualização: 05/01/2023	Data de Aprovação: 23/01/2023
--------------------------------------	--	---	--	---	---