ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Histerectomia/Miomectomia Vídeo Assistida

Histerectomia é a remoção cirúrgica do útero. Quando realizada de forma minimamente invasiva, com auxílio de câmera e pinças em mínimas incisões é chamada laparoscópica. Ela pode ser dos seguintes tipos: total (retirada de útero e colo com sutura da cúpula vaginal) ou subtotal (retirada do útero com manutenção do colo); sendo esta última escolhida na dificuldade técnica de realização da primeira.[1,2] Os principais fatores associados a risco do procedimento são: úteros volumosos, múltiplas cesarianas, doenças extrauterinas locais, obesidade e cirurgias pélvicas e abdominais prévias.[3-6] As principais complicações são: hemorragias (2,4%), lesão do trato urinário (1,6%), infecção urinária (1,6%) e outras infecções (1,6%). Raramente pode estar associada a formação de fístulas, prolapsos de órgãos pélvicos e incontinência urinária.[7-10]

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Exames Diagnósticos - Ultrassonografia transvaginal, Ultrassonografia pélvico;

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 sobrevida 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;
- 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.

Obs: No HMAP anestesia Geral + Raquianestesia

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

PÓS-OPERATÓRIO:
- Dieta: Leve/Geral;
- Curativo: Steri-strip;
- Cuidados específicos: Cuidados com SVD;
- Atividade: Livres;
- Indicação de exames de controle: Hemograma completo (se necessário).

Hemoterapia
01 Exames Pré-Transfusionais
01 Pesquisa de Anticorpos Irregulares
01 Reserva de Concentrado de Hemácias

5. ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR

- Atividade: Livre;
- Retorno ambulatorial: 7-10 dias após a alta;
- Retorno ao trabalho: 20 dias;
- Procura o cirurgião em caso de sangramento, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta, secreção vaginal atípica;
- Atestado médico de 30-45 dias.

Obs: No HMAP retorno no ambulatorial em 14 dias

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 ≥ 3 em até 30 dias após a alta;

Obs: No HMAP não dispomos do indicador complicações clavien ≥ 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] Cohen SL. Laparoscopic Hysterectomy. UptoDate, 2018.
[2] Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2015; :CD003677.
[3] Unger JB, Meeks GR. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 1998; 179:1473.
[4] Cosin JA, Brett Sutherland MA, Westgate CT, Fang H. Complications of Robotic Gynecologic Surgery in the Severely Morbidly Obese. Ann Surg Oncol 2016; 23:4035.
[5] Shah DK, Vitonis AF, Missmer SA. Association of body mass index and morbidity after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. Obstet Gynecol 2015; 125:589.
[6] Mehta A, Xu T, Hutfless S, et al. Patient, surgeon, and hospital disparities associated with benign hysterectomy approach and perioperative complications. Am J Obstet Gynecol 2017; 216:497.e1.
[7] Spilsbury K, Hammond I, Bulsara M, Semmens JB. Morbidity outcomes of 78,577 hysterectomies for benign reasons over 23 years. BJOG 2008; 115:1473.
[8] Kudish BI, Shveiky D, Gutman RE, et al. Hysterectomy and urinary incontinence in postmenopausal women. Int Urogynecol J 2014; 25:1523.
[9] Dallas K, Elliott CS, Syan R, et al. Association Between Concomitant Hysterectomy and Repeat Surgery for Pelvic Organ Prolapse Repair in a Cohort of Nearly 100,000 Women. Obstet Gynecol 2018; 132:1328.
[10] Forsgren C, Lundholm C, Johansson AL, et al. Hysterectomy for benign indications and risk of pelvic organ fistula disease. Obstet Gynecol 2009; 114:594.