

FRANCISCO EDUARDO PROTA

**PARÂMETROS PRÉ, INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS
EM MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
VAGINAL NA AUSÊNCIA DE PROLAPSO UTERINO**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JESSÉ DE PAULA NEVES JORGE

**UNICAMP
2006**

FRANCISCO EDUARDO PROTA

**PARÂMETROS PRÉ, INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS
EM MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
VAGINAL NA AUSÊNCIA DE PROLAPSO UTERINO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JESSÉ DE PAULA NEVES JORGE

**UNICAMP
2006**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P946p Prota, Francisco Eduardo
Parâmetros pré, intra e pós-operatórios de mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino / Francisco Eduardo Prota. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador: Jessé de Paula Neves Jorge
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Histerectomia vaginal. 2. Hemorragia. 3. Mioma.
4. Complicações Pós-operatórias. I. Jorge, Jessé de Paula Neves . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/Fcm)

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: FRANCISCO EDUARDO PROTA

Orientador: Prof. Dr. JESSÉ DE PAULA NEVES JORGE

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 24/02/2006

Dedico este trabalho...

*Aos meus pais
Sábado,
que onde estiver, com certeza estrá orgulhoso e
Julieta,
exemplos de trabalho e dedicação,
sem o esforço de vocês teria sido impossível chegar até aqui.*

*A minha esposa Ana Jô,
pelo estímulo constante e
pela compreensão das horas de ausência do convívio familiar.*

*Aos meus filhos, Fernanda, Eduardo e Gabriela,
que este trabalho sirva de estímulo para suas vidas pessoais.*

*As minhas irmãs, Beatriz e Rita,
pelo carinho que sentem por mim.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Jessé de Paula Neves Jorge, que além de orientador, exemplo de seriedade e honestidade, me acolheu na carreira universitária.

Ao Prof. Dr. Ricardo Muniz Ribeiro, Profa. Dra. Celina de Paula Azevedo Sollero, Prof. Dr. José Roberto Erbolato Gabiatti, Profa. Dra. Viviane Herrman Rodrigues, Prof. Dr. Júlio César Narciso Gomes e Prof. Dr. Aloísio José Bedone, por terem composto a banca examinadora, engrandeceram esta tese.

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto e a Profa. Dra. Lúcia Helena Costa Paiva, pelas sugestões sempre criteriosas e fundamentadas.

Ao Dr. Aristides Manoel dos Santos Braghetto e Dr. João Batista Mariuzzo Neto, pela participação ativa em todas as cirurgias deste trabalho.

Ao Prof. Dr. José Francisco Kerr Saraiva Diretor da FCM da PUC-Campinas, pela valiosa colaboração e compreensão durante este estudo.

Ao Prof. Dr. Nilson Roberto de Mello, que além de amigo fiel, parceiro das atividades societárias, sempre me incentivou para a realização deste trabalho.

Ao Dr. Antonio Celso de Moraes, que como superintendente do HMCP contribuiu em muito para a execução deste estudo naquela instituição.

À Diretoria do Hospital Penido Burnier, pela colaboração na realização deste estudo.

Aos docentes da Ginecologia e Obstetrícia da FCM da Puccamp, pelo auxílio na elaboração deste trabalho.

A Márcia Teixeira Amaral Camargo, pela enorme dedicação na digitação e inúmeros outros afazeres na elaboração deste trabalho.

A Sirley Siani Morais, pela grande contribuição no trabalho estatístico.

A Vanda, pela grande ajuda no levantamento bibliográfico.

A Sueli Chaves, Margarete Amado de Souza Donadon, Maria do Rosário G. R. Zullo, William Alexandre Oliveira, Sueli Regina Teixeira da Silveira, pela valiosa colaboração.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	viii
Resumo	ix
Summary	xi
1. Introdução	13
2. Objetivos	23
2.1. Objetivo geral	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. Publicação.....	24
4. Conclusões	52
5. Referências Bibliográficas.....	53
6. Bibliografia de Normatizações	59
7. Anexos	60
7.1. Anexo 1 – Ficha de coleta de dados	60

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

&	“e” comercial
et al.	e outros(as)
g/dl	gramas por decilitro
IMC	Índice de Massa Corpórea
kg/m²	quilogramas por metro quadrado
ml	mililitros
n	número de casos
Puc-Campinas	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
U\$	dólares
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Introdução: A histerectomia por via vaginal se constitui no procedimento de melhor desempenho para retirada do útero, segundo vários fatores avaliados, quando comparada àquela por via abdominal ou mesmo a laparoscópica. Apesar destas vantagens, em nosso meio a maioria dos serviços a praticam em pacientes portadoras de distopias, sendo poucos os que indicam em pacientes sem prolapso uterino. **Objetivo:** Avaliar os parâmetros pré, intra e pós-operatórios de mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino. **Sujeitos e métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo através da revisão de prontuários de 190 mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino operadas no Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas e no Hospital Penido Burnier no período de março de 2000 a setembro de 2005. Foram avaliados parâmetros pré-operatórios como idade, índice de massa corpórea, número de gestações, vias de parto, indicação da cirurgia, volume uterino pela ultrassonografia, antecedentes clínicos e antecedentes de cirurgias pélvicas. Quanto aos procedimentos intra-operatórios foram avaliados o tipo de anestesia, tempo operatório, quantidade de sangramento, técnica empregada na retirada da peça cirúrgica, cirurgias associadas e complicações. Os parâmetros pós-operatórios

avaliados foram o tempo de permanência hospitalar, peso do útero e complicações. A **análise estatística** dos dados foi realizada através de medidas de frequência, médias e desvio padrão. Para o desenvolvimento destes procedimentos estatísticos foi utilizado o pacote SAS Versão 8.2. **Resultados:** A média etária de mulheres avaliadas nessa casuística foi de 44,6 anos, com índice IMC médio de 26,4kg/m²; 91% delas com uma ou mais gestações e 72,7% referindo antecedente de pelo menos um parto via abdominal. A indicação cirúrgica mais freqüente foi a miomatose uterina em 45,3% dos casos, seguida por diagnóstico de sangramento uterino anormal em 43,7%. A anestesia mais utilizada foi o bloqueio espinal e a quantidade do sangramento maior ou igual a 300ml ocorreu em 11,6% dos casos. A duração da cirurgia em 58,9% dos casos não excedeu 75 minutos. Houve distribuição semelhante quanto ao uso ou não de técnicas de redução do volume uterino. As freqüências de complicações intra e pós-operatórias foram baixas 3,6% e 15,8% respectivamente. O tempo de hospitalização foi inferior a 48 horas em 87,4% dos casos sendo o tempo médio de hospitalização de 31,5 horas. **Conclusões:** A taxa de complicação, o tempo de cirurgia, a quantidade de sangramento e o tempo de internação foram baixos, mostrando que a histerectomia por via vaginal na ausência de prolapso é um procedimento cirúrgico seguro e vantajoso para muitas mulheres.

Palavras-chave: Histerectomia vaginal, hemorragia, mioma, complicações pós-operatórias.

Summary

Introduction: Vaginal hysterectomy represents the best performance procedure to the removal of the uterus, based on many evaluated factors, when compared to abdominal hysterectomy or even laparoscopic hysterectomy. Despite many well known advantages of vaginal hysterectomy, most surgeons among us only indicate it to women with prolapsed uterus, being very few those who indicate it to women with non prolapsed uterus. **Objective:** Evaluate pre, intra and post operative parameters from women eligible to vaginal hysterectomy with non prolapsed uterus **Patients and Methods:** This is retrospective study in which 190 medical records of women who underwent vaginal hysterectomy with non prolapsed uterus at Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas and at the Hospital Penido Burnier during the period from march 2000 to september 2005 were reviewed. Women's age, body mass index, parity, frequency of vaginal delivery, indication of hysterectomy, uterine volume through ultrasound, clinical history and previous pelvic surgeries were analyzed. In respect to the intra operative procedures, types of anesthesia, surgical time, blood loss, technique used to remove the uterus, associated surgeries and complications were analyzed. The postoperative parameters analyzed were hospitalization period, histologic

analysis of the removed organ, uterus weight and complications. **Statistical analysis** were done with frequency, means and standard deviation, using SAS version 8.2. **Results:** The mean age of women evaluated in this study was 44,6 years, with a mean body mass index of 26,4kg/m²; 91% of them with one or more gestation and 72.7% referred at least one cesarean section. The most frequent surgical indication was fibroid uterus 45.3% of the cases, followed by the diagnosis of dysfunctional uterine bleeding in 43.7%. The most frequent anesthesia was spinal and the amount of blood loss equal or greater than 300ml occurred in 11.6% of the cases. Operation time did not exceed 75 minutes in 58.9% of the cases. The distribution of techniques to reduce the uterine volume were similar. The frequency of intra and postoperative complications were low, 3.6% and 15.8%, respectively. The hospitalization time was less than 48 hours in 87.4% of the cases, and the mean hospital stay was 31.5 hours. **Conclusions** Complication rate, mean operation time, the amount of blood loss and the hospitalization period were low, which show that vaginal hysterectomy in non prolapsed uterus is a safe and advantageous procedure to many women.

Key words: Vaginal hysterectomy, hemorrhage, myoma, posteoperative complication

1. Introdução

O primeiro relato de histerectomia que se tem na literatura descreve a realização da mesma por via vaginal em 1813, por Conrad Langenbeck. Posteriormente se relata a primeira histerectomia abdominal subtotal, realizada por Charles Clay, em 1863. Estas duas vias de acesso preponderaram até o século XX, onde em 1989 Harry Reich realiza a primeira histerectomia sob visão laparoscópica (Johnson et al., 2005).

A histerectomia é designada como a retirada, remoção ou extirpação do útero (Holanda, 2002). Constitui-se na cirurgia eletiva mais freqüentemente realizada em ginecologia nos Estados Unidos, sendo realizados aproximadamente 600.000 procedimentos ao ano (Wilcox et al., 1994), com expectativa de crescimento deste número para 854.000 para o ano de 2005 (Pokras e Hufnagel, 1988), com um custo estimado de 5 bilhões de dólares (Carlson et al., 1993).

A abordagem pode ser abdominal, vaginal ou laparoscópica e dependendo da extensão do órgão retirado, dividindo-se em total, subtotal quando há conservação do colo uterino. Quanto à via laparoscópica, existem várias classificações

dependendo da extensão do componente endoscópico (Richardson et al.,1995; Olive et al., 2000) podendo ser dividida em subcategorias como: histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (procedimento restrito a lise de aderências, ligadura de pedículo anexial ou infundíbulo pélvico, não envolvendo ligadura de vasos uterinos por via endoscópica), histerectomia laparoscópica (ligadura dos vasos uterinos feito por abordagem endoscópica) e histerectomia total laparoscópica onde todo o procedimento é realizado por laparoscopia, inclusive a sutura da cúpula vaginal (Garry et al.,1994).

A escolha da melhor via para a realização da histerectomia, se abdominal ou vaginal, é um assunto polêmico, e principalmente em relação à abordagem totalmente laparoscópica (Reich et al., 1989) ou histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (Kovak et al., 1990). A escolha da via depende de fatores subjetivos como experiência, preferência e treinamento do cirurgião (Dorsey et al., 1995) e de fatores objetivos como natureza da patologia uterina, tamanho do útero (Kovac, 2000; Benassi et al., 2002), anatomia da pelve, disponibilidade de instrumental cirúrgico adequado, antecedentes obstétricos como cesáreas anteriores (Doucette et al., 2001) ou nuliparidade (Magos et al., 1996; Figueiredo et al., 1997, Agostini et al., 2003;) e cirurgias pélvicas anteriores (Doucette et al., 2001).

As três vias não podem ser consideradas competitivas, mas sim com indicações precisas que, se bem aplicadas, levarão à maior possibilidade de sucesso do procedimento e bem estar das pacientes.

Os dados de literatura que apontam uma superioridade da via vaginal sobre a abdominal quando os parâmetros a serem avaliados são: tempo operatório (Hwang et al., 2002; Miskry e Magos, 2003; Ribeiro et al., 2003), incidência de complicações intra e pós-operatórias (Dicker et al., 1982), tempo de internação, custo do procedimento e tempo de volta às atividades (Dicker et al., 1982). A comparação da via vaginal com a laparoscópica mostra vantagens da primeira nos itens: incidência de complicações intra-operatórias como lesão de ureter, bexiga e vasos sanguíneos (Garry et al., 2004; Maresh et al., 2002), tempo operatório, curva de aprendizado e custo do procedimento (Boike et al., 1993; Nezhat et al., 1994). Uma pequena vantagem da laparoscópica sobre a vaginal encontra-se em itens como recuperação pós-operatória, necessidade de uso de analgésicos no pós-operatório e peso do útero extirpado (Johns et al., 1995).

Na avaliação individualizada de alguns destes itens, observamos dentre os parâmetros pré-operatórios que a média de idade das mulheres submetidas à histerectomia vaginal oscila entre 41 a 50 anos (Soriano et al., 2001; Benassi et al., 2002; Miskry e Magos, 2003;).

Quanto à nuliparidade ou ausência de partos transpélvicos, observam-se dados oscilando entre 9% a 11,5% (Doucette et al., 2001; Lambaudie et al., 2001) e sem evidências de maior taxa de complicações nestas duas situações (Chauveaud et al., 2002). Quanto à incidência de cesáreas anteriores, o que pode se tornar preocupante pelos altos percentuais de nosso país, (Figueiredo et al., 1999), estudos mostram não haver maior incidência de complicações nas

histerectomias vaginais em mulheres com partos transabdominais (Poindexter et al., 2001).

Quando o parâmetro avaliado foi sangramento intra-operatório, medido através do volume da perda sanguínea, a média da via vaginal foi de 431ml, portanto maior do que a média da via abdominal de 353ml e a via laparoscópica com a menor perda com média de 272ml (Miskry e Magos, 2003). Em outro estudo retrospectivo obteve-se uma menor perda sanguínea média da via vaginal de 181ml contra a média de perda da via laparoscópica de 272ml (Richardson et al.,1995).

O sangramento intra-operatório, avaliado através da queda de hemoglobina em g/dl, a média da via vaginal foi de 2.04g/dl, maior quando comparado à via abdominal que foi de 1.47g/dl (Miskry e Magos, 2003). Em outro estudo retrospectivo avaliando-se a queda média de hemoglobina em g/dl observamos uma menor perda na via vaginal 1.05g/dl contra 1.24g/dl da via laparoscópica (Richardson et al.,1995).

Outros estudos, avaliando as taxas de complicações, classificando-as em maiores, como lesões vesicais, intestinais, lesões vasculares necessitando de transfusão sanguínea ou intervenção através de outra via, e complicações menores como infecção urinária, granuloma de cúpula vaginal, abscesso ou hematoma de cúpula, observou-se respectivamente taxas de 8,5% e 17,6% (Mazdisnian et al., 1995), 6,3% e 15,1% (Kammerer-Diak e Mao, 1996) e 3,1% e 23,3% (Makinen et al., 2001).

Quanto ao uso de técnicas para redução do volume uterino, os estudos demonstraram prevalência de 34% de uso destas táticas (Doucette et al., 2001) ou oscilando entre 30 e 73% nas mulheres com útero de peso inferior a 500g (Deval et al., 2003) e várias modalidades de técnica como miomectomia, hemissecção, amputação de colo e ressecção em cunha (Wilcox et al, 1994; Magos et al, 1996; Chauveaud et al., 2002).

Levantamentos bibliográficos, prospectivos, randomizados, mostram que em relação ao tempo operatório, a duração da cirurgia por via vaginal oscila em média entre 60.8 minutos a 93 minutos, enquanto a via abdominal a média varia entre 68.2 minutos a 117 minutos, sendo a mais demorada, a via laparoscópica com média oscilando entre 119 minutos a 131.4 minutos (Richardson et al., 1995; Hwang et al., 2002; Miskry e Magos, 2003; Ribeiro et al., 2003).

Considerando-se o parâmetro dor no pós-operatório e comparando-se a via vaginal com a abdominal, observou-se menor uso de analgésicos na via vaginal. (Benassi et al., 2002). A necessidade de uso de opióides injetáveis ou tempo de uso de analgesia pós-operatória também mostrou-se inferior na via vaginal quando comparada à laparoscópica (Richardson et al., 1995).

Em estudo prospectivo, avaliando-se a relação entre o peso uterino e a morbidade em mulheres submetidas à histerectomia vaginal, estratificadas em três grupos de acordo com o peso uterino, grupo I menor que 180g, grupo II de 180g a 500g e grupo III maior que 500g, obteve-se taxa de complicações respectivamente de 20,1%, 15,0% e 22,2%, percentuais de necessidade de morcelamento de

30%, 73% e 100% e tempo operatório crescente com o aumento do peso uterino. Concluiu-se que o peso do órgão não pode ser usado sempre como critério de exclusão para a indicação de histerectomia vaginal e não houve diferenças estatisticamente significantes nas taxas de complicações intra e pós-operatória das mulheres com peso uterino acima de 500g (Deval et al., 2003).

Quanto ao parâmetro pós-operatório, relacionado ao tempo de permanência hospitalar em dias, obteve-se a média de 4,7 dias na via vaginal comparando a cinco dias na via abdominal (Hwang et al., 2002). Na comparação da via vaginal com a laparoscópica em outro estudo, obteve-se média de dois dias para a via vaginal comparando a três dias na via abdominal (Ribeiro et al., 2003). Em outro estudo, avaliando a média de permanência hospitalar em horas, mostrou uma média de 43 horas na via vaginal comparado a 48 horas na via laparoscópica e 68 horas na via abdominal (Johns et al., 1995).

Questionando-se o custo hospitalar, os estudos apontam um menor custo médio da via vaginal de U\$ 4.891 comparado a U\$ 7.905 da via laparoscópica (Summitt et al., 1992). Em outro estudo comparando-se as três vias os autores confirmaram o menor custo médio da via vaginal de U\$ 5.869 em comparação a U\$6.431 na via laparoscópica e U\$6.552 média na via abdominal (Johns et al., 1995).

Apesar das vantagens da via vaginal sobre as outras vias demonstradas anteriormente, na sua grande maioria através de estudos observacionais, estes não representam evidências de tão boa qualidade, por isso recorreremos à Biblioteca Cochrane que, em ampla revisão sistemática de 27 artigos, todos randomizados

envolvendo 3643 mulheres, confirmam a superioridade da via vaginal sobre as outras vias em parâmetros como presença de episódios febris, custo do procedimento, tempo de permanência hospitalar, rapidez na volta às atividades, dentre outras analisadas (Johnson et al., 2005).

Mesmo estas observações apontando vantagens da via vaginal sobre as outras vias, na grande maioria dos países observa-se um predomínio da via abdominal sobre a vaginal como nos EUA (Farquhar e Steiner, 2002), chegando neste país à proporção de três histerectomias por via abdominal para uma por via vaginal (Dicker et al., 1982). Percentuais elevados de histerectomia por via abdominal também ocorrem na Finlândia (89%) (Härkki-Siren et al., 1997), na Dinamarca (80%) (Gimbel et al., 2001), na Inglaterra (74%) (Maresh et al., 2002) e em menores proporções na Holanda (54%) (Robertson e De Block, 2000).

Com a implantação da assistência por via laparoscópica às histerectomias, observou-se nos EUA, no período entre 1990 e 1997, um grande crescimento da proporção das histerectomias laparoscópicas (de 0,3% para 9,9%) e um declínio da proporção das histerectomias abdominais (73,6% para 63,0%). Segundo os autores, isso pode demonstrar uma tendência de substituição da via abdominal pela laparoscópica, conforme os ginecologistas adquiriam maior treinamento, maior experiência, com menor incidência de complicações, ou seja, um maior domínio sobre esta via de acesso ao útero (Farquhar e Steiner, 2002).

No Brasil, os dados são escassos e a maioria dos serviços pratica a histerectomia vaginal somente na presença de prolapso uterino, sendo poucas

as publicações de serviços que indicam esta via na ausência de distopia (Macedo et al., 1995; Figueiredo et al., 1997; Figueiredo Netto et al., 1999; Costa et al., 2003; Ribeiro et al., 2003).

Este predomínio da via abdominal sobre a vaginal talvez se deva a inúmeros fatores como: facilidade da remoção do órgão por ampla incisão abdominal quando comparada à exígua amplitude da via vaginal, dificuldade de treinamento em cirurgia vaginal, deficiente ensino de cirurgia vaginal em residências médicas, alta incidência de cesáreas ou cirurgias pélvicas anteriores, ausência de critérios precisos para a seleção de pacientes, que, somados à falta de informação das mesmas sobre as diferentes vias de acesso ao útero, fazem com que se crie uma crença de que a histerectomia vaginal se restringe aos casos em que há prolapso uterino.

Prova dos itens acima citados, principalmente quanto ao treinamento em cirurgia vaginal é que, países com serviços especializados ou com grande experiência nesta via, indicam esta via com maior frequência no tratamento de doenças uterinas benignas, atingindo altos percentuais de histerectomia vaginal como França 77% (Querleu et al., 1993), EUA 89% (Kovac, 1995) e Inglaterra 94% (Richardson et al., 1995).

Na Índia, Sheth (2004) publicou uma das maiores casuísticas mundiais; 7.334 histerectomias até dezembro de 2003, 6.044 (82%) pela via vaginal, destas 92% na ausência de prolapso uterino, demonstrando a reprodutividade da técnica e a facilidade em realizá-la em países em desenvolvimento (Sheth, 2004; 2005).

Kovac (2002) em interessante estudo avaliou em hospital universitário os efeitos da implantação das diretrizes preconizadas pela Sociedade Americana de Cirurgia Reconstructiva Pélvica na escolha da via de histerectomia. Avaliando-se os dados pós-implantação de tais diretrizes em programa de residência médica em ginecologia durante o período de 1994 a 1999 e comparando os dados com igual período precedente ao estudo 1989 a 1993, observou-se uma inversão de 3:1 da via abdominal em relação à via vaginal para 1:11, o que demonstra que a implantação de diretrizes objetivas em serviços com tradição em cirurgia vaginal, torna a técnica acessível e reprodutível (Kovac et al., 2002).

Avaliando-se os trabalhos publicados sobre o tema, em âmbito nacional, nota-se uma escassez de referências e de informações em relação aos parâmetros cirúrgicos prevalentes em nossa população, podendo ser um dos fatores que tem limitado uma maior indicação da histerectomia vaginal na ausência de prolapso. Isto, somado ao fato dos procedimentos cirúrgicos nesta pesquisa terem sido feitos pelo autor, faz com que este estudo pretenda ser uma contribuição à literatura nacional.

O estudo destes parâmetros permitirá a avaliação de itens que tornam mais clara a seleção de pacientes para tal procedimento, possibilitando a ampliação das indicações da via vaginal. Com os resultados desse estudo talvez possamos responder a algumas perguntas como: é possível a realização de tal procedimento em nulíparas?; nas pacientes com ausência de parto vaginal; nos antecedentes de múltiplas cesáreas e cirurgias pélvicas?; quais as taxas de complicações e quais as mais freqüentes?

Caso a avaliação dos parâmetros estudados mostre resultados satisfatórios, por se tratar de técnica cirúrgica relativamente simples, com curva de aprendizado curta, obtendo-se o instrumental cirúrgico adequado e a um custo acessível, a técnica torna-se facilmente reprodutível, podendo ser rapidamente praticada em grandes centros ou em serviços e hospitais menores, o que se traduz por outro grande benefício social.

Além dos benefícios como menor intensidade de complicações, menor tempo de permanência hospitalar, a provável volta mais rápida às atividades, nos dias atuais isto assume enorme importância devido às inúmeras ocupações da mulher moderna.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever as características pré, intra e pós-operatórias de pacientes submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever parâmetros pré-operatórios em relação às características clínicas, reprodutivas e indicações cirúrgicas.
- Avaliar parâmetros cirúrgicos intra-operatórios como tipo de anestesia, sangramento intra-operatório, tempo operatório, técnica usada na retirada da peça cirúrgica e cirurgias associadas.
- Descrever a prevalência das principais complicações intra e pós-operatórias imediatas.
- Avaliar o peso do útero e tempo de permanência hospitalar.

3. Publicação



SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
NÚCLEO DE EDITORAÇÃO SBI/CCV

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES
INDEXADA EM BASES DE DADOS INTERNACIONAIS:
CAB ABSTRACT - CAB HEALTH
BASES NACIONAIS LILACS - INDEX PSI -
QUALIS B-NACIONAL
ISSN 1415-5796

Campinas, 23 de janeiro de 2006

OFÍCIO/NE-SBI/CCV/RCM nº 082/2006

Ilustríssimo Senhor

Venho pelo presente agradecer o envio do manuscrito *Parâmetros pré, intra e pós-operatórios de mulheres...* para publicação na Revista de Ciências Médicas. Para toda a correspondência futura relativa a este trabalho, por favor refira-se ao número (protocolo 526).

O Conselho Editorial procederá a tramitação regular ao processo de aprovação do manuscrito, entendendo que o mesmo não foi publicado anteriormente e que não estará sendo submetido a outro periódico durante o período de revisão.

Tão logo quanto possível, V.Sa será notificado(a) a respeito do processo para consideração de eventuais sugestões dos revisores ou sobre a aprovação do trabalho.

Novamente grato por seu interesse na Revista de Ciências Médicas, expresso nossas saudações.

Atenciosamente

Prof. Luiz Maria Pinto
Editor Chefe

Ilustríssimo Senhor
Prof. Francisco Eduardo Prota
R. Francisco Pereira de Barros, 65
Jd. Palmeiras
13094-651 – Campinas – SP

**Parâmetros pré, intra e pós-operatórios de mulheres submetidas à
histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino**

Título Resumido: Histerectomia vaginal na ausência de prolapso

Francisco Eduardo Prota *

Jessé de Paula Neves Jorge **

* Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e pós-graduando do Departamento de Tocoginecologia da FCM da Universidade Estadual de Campinas.

** Professor Doutor do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Endereço para correspondência:

Dr. Francisco Eduardo Prota

Rua Francisco Pereira de Barros, 65 - Jd. Palmeiras

13094-651 – Campinas – SP

Fone: 19) 3251-1290 / 3231-0811

e-mail: prota@febrasgo.org.br

Resumo

Objetivo

Avaliar os parâmetros pré, intra e pós-operatórios de mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino.

Métodos

Foi realizado estudo retrospectivo através da revisão de prontuários de 190 mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso uterino. Foram avaliados parâmetros pré, intra e pós-operatório e tempo de permanência hospitalar. Os dados foram coletados nos prontuários médicos e transcritos para uma ficha para análise e apresentados através de tabelas descritivas contendo frequência, média e desvio padrão.

Resultados

As mulheres avaliadas nessa casuística eram jovens com média etária de 44,6 anos, com IMC médio de 26,4kg/m²; 91% delas com uma ou mais gestações e 72,7% referiram antecedentes de pelo menos um parto via abdominal. A indicação cirúrgica mais freqüente foi a miomatose uterina, seguida por diagnóstico de sangramento uterino anormal.

A anestesia mais frequentemente utilizada foi o bloqueio espinhal e a quantidade do sangramento maior ou igual a 300ml ocorreu em 11,6% dos casos. A duração da cirurgia em 58,9% dos casos não excedeu 75 minutos. Houve distribuição semelhante quanto ao uso ou não de técnicas de redução do volume uterino.

As freqüências de complicações intra e pós-operatórias foram baixas. O tempo de hospitalização foi inferior a 48 horas em 87,4% dos casos sendo o tempo médio de hospitalização de 31,5 horas.

Conclusões

A taxa de complicação, o tempo de cirurgia, a quantidade de sangramento e o tempo de internação foram baixos, o que mostra que a histerectomia via vaginal na ausência de prolapso é um procedimento cirúrgico seguro e vantajoso para muitas mulheres.

Termos de indexação: Histerectomia vaginal, hemorragia. Mioma, complicações pós-operatórias.

Abstract

Objective

Evaluate pre, intra and postoperative parameters of women with non prolapsed uterus submitted to vaginal hysterectomy.

Methods

This was a retrospective study in which the medical records of 190 women with non prolapsed uterus who underwent vaginal hysterectomy were reviewed. Pre, intra and postoperative parameters were evaluated, as well as the time of hospitalization. The data were collected from the medical records and re written in an appropriate chart for analyses and afterwards, shown in descriptive tables with frequencies, means, and standard deviation.

Results

Women evaluated in this study were young with mean age of 44,6 years, had a mean BMI of 26,4kg/m²; 91% had one or more gestation, and 72,7% referred at least on cesarean section. The most frequent indication for vaginal hysterectomy was fibroid uterus followed by dysfunctional uterine bleeding

The most frequent anesthesia was spinal and the amount of blood loss equal or greater than 300 ml occurred in 11,6% of the cases. Operation time did not exceed 75 minutes in 58,9% of the cases. The distribution of techniques to reduce the uterine volume were similar. The frequencies of intra and postoperative complications were low. The hospitalization time was less than 48 hours in 87,4% of the cases, and the mean hospital stay was 31,5 hours.

Conclusions

Complication rate, mean operation time, the amount of blood loss and the hospitalization period were low, which show that vaginal hysterectomy in non prolapsed uterus is a safe and advantageous procedure to many women.

Key words: Vaginal hysterectomy, hemorrhage, myoma, posteoperative complication

Introdução

A histerectomia é designada como a retirada, remoção ou extirpação do útero; constitui-se na cirurgia eletiva mais frequentemente realizada em ginecologia nos Estados Unidos: aproximadamente 600.000 procedimentos ao ano¹, com um custo estimado de 5 bilhões de dólares².

Apesar de vantagens da via vaginal sobre as outras, como menores tempo operatório e permanência hospitalar, custo do procedimento inferior, volta mais rápida às atividades, conforme demonstra ampla revisão sistemática da Biblioteca Cochrane³, na grande maioria dos países observa-se um predomínio da via abdominal sobre a vaginal, como nos EUA¹, chegando neste país à proporção de três histerectomias por via abdominal para uma por via vaginal⁴. Percentuais elevados de histerectomias abdominais também ocorrem na Finlândia (89%)⁵ e na Inglaterra (74%)³.

No Brasil, os dados são escassos e a maioria dos serviços pratica a histerectomia vaginal somente na presença de prolapso uterino, sendo poucas as publicações de serviços que indicam esta via na ausência de distopia^{6,7,8}.

Este predomínio da via abdominal sobre a vaginal talvez se deva a inúmeros fatores como: facilidade da remoção do órgão por ampla incisão abdominal quando comparada à exígua amplitude da via vaginal, dificuldade de treinamento em cirurgia vaginal, deficiente ensino de cirurgia vaginal em residências médicas, alta incidência de cesáreas ou cirurgias pélvicas anteriores, ausência de critérios precisos para a seleção de pacientes, que, somados à falta de informação das mesmas sobre as diferentes vias de acesso ao útero, fazem com que se crie uma crença de que a histerectomia vaginal se restringe aos casos em que há prolapso uterino.

Na Índia, Sheth (2004)⁹ publicou uma das maiores casuísticas mundiais; 7.334 hysterectomias até dezembro de 2003, 6.044 (82%) pela via vaginal, destas 92% na ausência de prolapso uterino, demonstrando a reprodutividade da técnica e a facilidade em realizá-la em países em desenvolvimento.

Kovac (2002)¹⁰ avaliou em hospital universitário os efeitos da implantação das diretrizes preconizadas pela Sociedade Americana de Cirurgia Reconstructiva Pélvica para a escolha da via de hysterectomia. Avaliando-se os dados pós implantação de tais diretrizes em programa de residência médica durante o período de 1994 a 1999 e comparando os dados com igual período precedente ao estudo 1989 a 1993, observou uma inversão de 3:1 na prevalência de hysterectomia por via abdominal em relação à via vaginal para 1:11.

Avaliando-se os trabalhos publicados sobre o tema no Brasil, nota-se uma escassez de referências e de informações em relação aos parâmetros cirúrgicos prevalentes em nossa população^{7,8}. A falta de dados nacionais sobre os resultados desta via cirúrgica pode ser um dos fatores que tem limitado uma maior indicação da hysterectomia vaginal na ausência de prolapso e isto, somado ao fato dos procedimentos cirúrgicos nesta pesquisa terem sido feitos pelo autor, faz com que o presente estudo possa contribuir à literatura nacional. Este estudo pretende avaliar os parâmetros pré, intra e pós-operatórios na hysterectomia por via vaginal na ausência de prolapso uterino.

Metodologia

Foi realizado estudo retrospectivo através da revisão de prontuários de 190 mulheres submetidas à hysterectomia vaginal na ausência de prolapso uterino acompanhadas

em clínica privada e submetidas a cirurgia no Hospital Penido Burnier e no Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas, no período de março de 2000 a setembro de 2005.

A técnica cirúrgica usada foi a descrita por Heaney (1940)¹¹ para pacientes com indicação de histerectomia na ausência de prolapso uterino. Nas situações onde houve a necessidade de redução do volume uterino, optou-se pelo uso de técnicas ou táticas cirúrgicas como: amputação do colo uterino (onde o cérvix é retirado através de incisão transversal com bisturi a nível do istmo, com o objetivo de facilitar a báscula posterior do fundo uterino), miomectomia (enucleação de nódulos de mioma após identificação dos planos de clivagem deste com o miométrio), hemidissecção uterina (divisão antero-posterior do útero em duas metades facilitando a descida de uma destas propiciando a secção do pedículo anexial, o que é repetido na metade contra-lateral), ressecção em cunha (inicia-se com uma incisão na linha média e progride com sucessivas ressecções atingindo um ponto em que o útero pode ser exteriorizado pelo intróito vaginal), enucleação intramiometrial (a ressecção se inicia na região ístmica sendo o miométrio incisado entre a serosa e a cavidade uterina). À medida que o colo é tracionado, as incisões circulares se dirigem ao fundo uterino e o útero se exterioriza progressivamente pela vagina.

Foram avaliados parâmetros pré-operatórios como idade, índice de massa corpórea, número de gestações, vias de parto, diagnóstico pré-operatório, volume uterino medido pela ultrassonografia, antecedentes clínicos e antecedentes de cirurgias pélvicas. Quanto aos procedimentos intra-operatórios foram avaliados o tipo de anestesia, tempo operatório, quantidade de sangramento, técnica empregada na retirada da peça cirúrgica, cirurgias associadas e complicações. Quanto aos parâmetros pós-operatórios foram avaliados o tempo de permanência hospitalar, peso do útero e ocorrência de complicações.

A análise estatística foi realizada através de medidas de frequência, médias e desvio padrão. Para o desenvolvimento destes procedimentos estatísticos foi utilizado o pacote SAS Versão 8.2. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na prevalência de características a serem avaliadas no estudo. A prevalência destas características foi estimada segundo Miskry & Magos (2003)¹² considerando-se somente as mulheres submetidas à histerectomia vaginal. Assumiu-se um nível de significância de 5% e um erro amostral de 7% para garantir uma prevalência mínima de 4,1% de outras cirurgias pélvicas.

Assumindo-se o maior tamanho de amostra dentre os cálculos apresentados, seria necessário coletar dados de no mínimo 157 mulheres¹³. Os prontuários foram selecionados de um banco de dados de registros hospitalares, de acordo com o diagnóstico cirúrgico de entrada.

Resultados

As mulheres avaliadas nessa casuística eram jovens, com média etária de 44,6 anos, com IMC médio de 26,4kg/m²; 91% delas com uma ou mais gestações e 72,1% referiram antecedente de pelo menos uma cesárea (Tabela 1). Quase metade das mulheres relatou antecedentes de doenças clínicas e a grande maioria pelo menos uma cirurgia pélvica no passado. A indicação cirúrgica mais freqüente foi a miomatose uterina, seguida por diagnóstico de sangramento uterino anormal (Tabela 2).

A anestesia mais frequentemente utilizada foi o bloqueio espinal e a quantidade do sangramento maior ou igual a 300ml ocorreu em 11,6% dos casos. A duração da cirurgia em 58,9% dos casos não excedeu 75 minutos. Houve distribuição semelhante quanto à necessidade de técnica cirúrgica para redução do volume uterino: 50% sem e

50% com “morcelamento” e um percentual de 22,6 de cirurgias associadas ao procedimento principal (Tabela 3).

A frequência de complicações intra-operatórias foi de 3,7%, sendo a lesão vesical a mais freqüente; sangramento excessivo foi observado em dois casos. A complicação pós-operatória mais freqüente foi a infecção urinária. Em 87,3% dos casos o peso do útero extirpado foi de até 300g, o tempo de hospitalização não excedeu 72 horas em nenhum caso, sendo que 87,4% dos casos permaneceram internados por tempo inferior a 48 horas (Tabela 4). O volume e o peso uterino médio foram semelhantes, com medidas de 187,9cm³ e 184,6g respectivamente, o tempo de hospitalização médio foi de 31,5 horas (Tabela 5).

Discussão e Conclusão

Avaliar parâmetros pré-operatórios neste estudo assume papel importante na definição do perfil de mulheres submetidas a este procedimento.

Dentre estes parâmetros, verificou-se que a média de idade das mulheres submetidas à histerectomia foi de 44,6 anos, fato este justificável por se tratar de mulheres em faixa etária mais predisposta a entidades clínicas com sintomatologia hemorrágica importante e por se tratar de mulheres com prole constituída e sem interesse reprodutivo, dados estes semelhantes aos encontrados na literatura cujas médias de idade oscilam entre 41 e 50 anos ^{6, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19}.

Quanto ao índice de massa corpórea observamos um percentual de 17,4 de mulheres obesas, percentual este que apesar de não muito elevado se constituem nas grandes beneficiárias desta via, pois sabe-se das dificuldades técnicas destes procedimentos

em pacientes obesas, levando a maior tempo operatório, maior incidência de complicações, ou seja, se constituem numa ótima indicação da abordagem por via vaginal. Estudo comparando as vias abdominal e vaginal em histerectomias de mulheres obesas demonstrou menor incidência de complicações operatórias, menor tempo operatório e de hospitalização na abordagem por via vaginal²⁰. A avaliação dos riscos cirúrgicos em pacientes obesas nos EUA, devem levar a novos estudos e o aprofundamento dos atuais, devido ao aumento do sobrepeso, da obesidade e da obesidade mórbida neste país na última década²¹.

Na avaliação dos antecedentes obstétricos que podem interferir na escolha da via vaginal encontrou-se um percentual de 9% de nulíparas e 63,7% de pacientes sem partos vaginais, o que mostra que a ausência de parto transpélvico não constitui contra-indicação para a referida via. Nestas mulheres, procedendo-se adequada avaliação da amplitude vaginal após a anestesia instalada, uma vez se obtendo o acesso cirúrgico aos ligamentos uterinos, com esta técnica o prolapso uterino é “criado” durante a cirurgia através de sucessivas secções e ligadura dos mesmos. Nossos dados concordam com os da literatura, com percentuais semelhantes desta cirurgia em nulíparas e em mulheres sem partos vaginais^{22,23}.

Ressalta-se nesta casuística o alto percentual de mulheres com cesáreas anteriores, 72,1%, o que deve ser motivo de maior atenção com estas mulheres, pois alguns trabalhos demonstram maior intensidade de sangramento e de complicações peri-operatórias como a lesão vesical^{24,25} e outros autores demonstraram percentuais semelhantes de complicações na presença ou não de cicatriz de cesárea, porém, todos recomendam cautela e cuidados maiores no tempo operatório da abertura do fundo de saco vaginal anterior^{26,27,28}.

A presença dos antecedentes de doenças clínicas em aproximadamente metade das mulheres estudadas nos faz pensar que a realização de procedimentos menos demorados, com menor risco de infecção, fatos observados nesta via, que teriam menor interferência no curso destas morbidades pré-existentes²⁹.

Quanto às cirurgias prévias, observamos grande prevalência destas, que, por se tratarem de cirurgias de pequeno porte, talvez pouco interferiram na formação de aderências dificultando o acesso ao útero, fato este que se confirma também em dados de literatura^{30, 15}.

Nos diagnósticos pré-operatórios que levaram as pacientes às cirurgias o mioma e o sangramento uterino foram as duas grandes indicações, perfazendo 88,7 % do total, dados estes que coincidem com os da literatura onde as maiores indicações recaem também sob os aumentos sintomáticos do útero miomatoso e a sintomatologia hemorrágica excessiva com insucesso à terapia medicamentosa^{12, 17}.

Dentre as outras indicações observamos casos com potencial oncológico ou neoplasias iniciais como as hiperplasias endometriais e as neoplasias intra epiteliais cervicais e um caso de câncer de endométrio, que merece ser justificado pois, apesar de não ser esta a melhor via de resolução para esta entidade, as graves intercorrências clínicas apresentadas nesta situação impediram a abordagem por via laparotômica. Porém, convém citar que alguns serviços com tradição em cirurgia vaginal praticam esta via no tratamento do câncer endometrial e em portadoras de graves acometimentos clínicos^{29, 31}.

Quanto à avaliação dos parâmetros intra-operatórios observamos no item tipo de anestesia um grande predomínio de anestésias de bloqueios espinhais 98,9%. Comparando-se com a literatura se vê o oposto, com predominância de anestesia geral em relação à raqui ou peridural^{15, 17}.

Na avaliação do parâmetro tempo operatório, nossos dados apontam um tempo médio de 75 minutos, tempo este semelhante ao da maioria da literatura, que variou de 60,8 a 93 minutos^{8, 12, 16, 18}. Em estudos randomizados o tempo operatório da cirurgia vaginal é menor que a abdominal e que a laparoscópica, o que se constitui em outra vantagem da via vaginal^{8, 12, 16, 18}.

Pesquisa que correlacionou o tempo operatório com o tamanho do útero extirpado, mostrou que o tempo cirúrgico aumentou proporcionalmente ao tamanho uterino, devido à necessidade do uso de técnicas para redução do volume do órgão, considerando que até o limite de 350 gramas não houve interferência, enquanto que acima deste limite, além do maior tempo operatório, observou-se uma maior incidência de perda sanguínea³².

No parâmetro sangramento intra-operatório, obtivemos uma média de sangramento de 236 ml, dado este que se apresenta inferior ao da literatura que oscilou entre 431ml e 271ml^{18,32}. Quanto à inferioridade de nossos dados em relação à média de sangramento relatada na literatura, talvez se deva ao fato do procedimento ser realizado pela mesma equipe cirúrgica que, completa e bem treinada, tende a desenvolver o procedimento em menor tempo operatório e por conseguinte menor sangramento.

Quanto ao uso de técnicas cirúrgicas visando a diminuição do volume uterino, em metade dos casos não houve necessidade de sua aplicação, quando necessário, a mais usada foi a amputação do colo uterino, isoladamente, ou associada a outra técnica, pois a mesma facilita, através de movimento de báscula posterior, a ligadura e secção dos pedículos anexiais. Nossos dados se assemelham aos da literatura em termos de percentual de uso e tipo de técnica para redução do volume uterino^{15, 33}.

Na avaliação das cirurgias associadas ao procedimento principal, em aproximadamente 1/4 das mulheres, realizaram-se intervenções conjuntas, sendo a mais freqüente a salpingooforectomia, porém em números menores que os encontrados na literatura⁹. Porém, a grande observação é que, apesar dos baixos percentuais encontrados, a sua realização foi possível pela mesma via de acesso da cirurgia principal sem o uso do laparoscópio ou mudança da indicação da via cirúrgica inicial.

Quando os parâmetros avaliados foram as complicações intra e pós-operatórias, observamos um baixo percentual de complicações 3,7% e 15,8 % respectivamente, sendo as mais freqüentes nas intra-operatórias as lesões vesicais e hemorragias e nas pós-operatórias as infecções de trato urinário e os granulomas de cúpula vaginal. Comparando-se com os dados de literatura as complicações intra-operatórias mais freqüentes foram também as lesões vesicais e hemorragias e dentre as pós-operatórias a maior freqüência recai sobre a infecção do trato urinário, hemorragia vaginal com percentuais semelhantes aos avaliados em nosso estudo^{15, 28, 34}.

Importante observação é que as complicações intra-operatórias são de baixa prevalência, tratam-se de situações onde a correção é normalmente feita no mesmo ato, através da mesma via, não necessitando de reoperação, não deixando seqüelas tais como fístulas. Quanto às pós-operatórias tratam-se de situações de fácil resolução, usualmente sem necessidade de reintervenções ou sem deixar conseqüências graves⁵.

Capítulo a parte das complicações se constituem a falha da histerectomia vaginal ou seja, a necessidade de mudança da via vaginal para outra via, mais comumente a laparotômica, e raramente a laparoscópica. Tivemos em nossa casuística duas conversões para laparotomia, duas em 192 candidatas ao procedimento, sendo que os dois casos de conversão foram para a via laparotômica por inacessibilidade ao fundo de saco vaginal

posterior por bloqueio por endometriose severa, cuja localização impediu o acesso ao colo do útero sendo inclusive realizada nos dois casos a histerectomia sub-total. As taxas de conversão da literatura se apresentam maiores que os nossos dados, oscilando de 3,8% a 7,9%^{25,35} fato este plenamente justificável pelo fato do estudo ser retrospectivo, não randomizado e com casuística pequena.

Em estudo prospectivo controlado²⁵ apresentando taxa de conversão de 7,9%, avaliou-se 25 falhas de histerectomia via vaginal e as duas vaginais sub-seqüentes como grupo controle. Dados interessantes foram observados; a hemorragia intra-operatória se constituiu na maior causa para conversão, lesões do trato urinário, apesar de presentes, não foram significativas. Quanto ao estudo dos fatores de risco presumido, o único que se apresentou estatisticamente significante foi o ângulo sub-púbico fechado, podendo os autores afirmarem que este item constitui em fator de risco para conversão²⁵.

No estudo do peso e volume uterino obtivemos respectivamente a média de 184,6g e 187,9 cm³, o que vem demonstrar, pela proximidade dos números, que a ultrassonografia se constitui um bom método propedêutico para se prever o tamanho do útero, fato este importante na escolha da via operatória. Outra constatação é que a grande maioria dos casos operados se enquadram nas diretrizes das sociedades de especialidades, no caso American College of Obstetricians and Gynecologists³⁶ que preconizam a abordagem por via vaginal de útero de até 300 gramas. Os resultados obtidos em nosso estudo mostraram que 87,3% das mulheres operadas apresentavam peso uterino de até 300 gramas, dados estes que se assemelham tanto com a média de peso quanto ao volume uterino citados na literatura^{15,19}.

Na avaliação do tempo de permanência hospitalar, nossos resultados mostraram uma média de 31,5 horas, dados estes que são menores que o da literatura, talvez por se

tratarem de pacientes de clínica privada com relacionamento médico-paciente personalizado ou com maior facilidade de retorno ao serviço de referência após a alta, o que possibilita uma alta precoce das mesmas desde que em condições, devidamente orientadas e com possibilidade de fácil acesso ao cirurgião ou ao serviço referenciado.

Observação importante de literatura é que a grande maioria dos estudos randomizados, comparando-se a via vaginal e as outras vias, demonstram um menor tempo de permanência hospitalar, oscilando de um a dois dias a menos quando a via de abordagem é a vaginal^{12, 14, 15, 18, 30, 32}; estes dados se devem provavelmente ao fato de que a ausência de cicatriz abdominal, menor incisão peritoneal, menor manipulação de alças intestinais, façam com que o pós-operatório seja menos doloroso, com menor incidência de íleo paralítico e com deambulação precoce, fatores estes que contribuem para a antecipação da alta destas pacientes. A diminuição média de um a dois dias de permanência hospitalar demonstrado pela literatura faz com que o custo do procedimento seja menor, levando a maior disponibilidade destes leitos para outros procedimentos, amenizando a falta de vagas hospitalares, situação esta encontrada na grande maioria dos hospitais públicos e universitários de nosso país.

Como fator limitante deste estudo, importante destacarmos a falta de um grupo de comparação, principalmente utilizando a histerectomia via abdominal, a técnica mais utilizada em nosso meio, porém claramente desvantajosa em relação à via vaginal, conforme dados obtidos de ampla revisão sistemática de 27 artigos da Biblioteca Cochrane, todos randomizados envolvendo 3643 mulheres³.

Como todo procedimento médico, especialmente os cirúrgicos, é necessário trabalho em equipe, com membros bem treinados. Talvez uma das limitações para o

maior uso da via vaginal em histerectomias seja a necessidade de um maior número de auxiliares e com experiência técnica ao menos semelhante ao chefe da equipe.

Acreditamos que, apresentar a viabilidade desta técnica cirúrgica pode encorajar profissionais ao melhor exercício da especialidade e finalmente, consideramos que a apresentação desta série de casos possa contribuir para o planejamento mais adequado desta via de acesso cirúrgico, expondo as mulheres a um menor risco e melhorando a assistência à sua saúde.

Referências Bibliográficas

1. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 549-55.
2. Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N England J Med* 1993; 328:856-60.
3. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
4. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *The Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol* 1982; 144(7):841-8.
5. Härkki-Siren P, Sjoberg J, Makinen J, Heinomen PK, Kauko M, Tomas E, Laatikainen T. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 76:118-122.
6. Figueiredo Netto O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA, Pelosi III MA. Vaginal removal of the benign non-prolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. *Obstet Gynecol* 1999; 94:348-351.
7. Costa AAR, Amorim MMR, Cursino T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em Maternidade-Escola do Recife. Ensaio clínico randomizado. *RBGO* 2003; 25(3):169-176.

8. Ribeiro SC, Ribeiro RM, Santos NC, Pinotti JA. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 83:37-43.
9. Sheth SS. The scope of vaginal hysterectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 115 (2004): 224-30.
10. Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, das A. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1521-7.
11. Heaney NS. Vaginal hysterectomy: its indications and technique. *Am J Surg* 1940; 48:284-288.
12. Miskry T & Magos A. Randomized, prospective, double-blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without uterovaginal prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:351-358.
13. Altman, D.G., *Practical Statistics for Medical Research*. 1 ed. London: 1991. 661p.editora: Chapman & Hall.
14. Benassi L, Rossi t, Kaihura CT, Ricci L, Bedocchi L, Galanti B. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1561-5.
15. Darai E, Soriano D, Kimata P, Laplace C, Lecuru F. Vaginal hysterectomy for enlarged uteri, with or without laparoscopic assistance: randomized study. *Obstetrics and Gynecology* 2001; 97(5): 712-6.

16. Hwang JL, Seow KM, Tsai YL, Huang LW, Hsieh BC, LEE C. Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6cm in diameter or uterus weighing at least 450g: a prospective randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2002; 81:1132-8.
17. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107:1380-5.
18. Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time? *Lancet* 1995; 345(8941):36-41.
19. Soriano D, Goldstein A, Lecuru F, Darai E. Recovery from vaginal hysterectomy compared with laparoscopy-assisted hysterectomy: a prospective, randomized, multicenter study. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica* 2001;80:337-41.
20. Isik-Akbay EF, Harmanli OH, Panganamanula UR, Akbay M, Gaughan J, Chatwani AJ. Hysterectomy in obese women: a comparison of abdominal and vaginal routes. *Obstetrics & Gynecology* 2004 Oct; 104(4):710-14.
21. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Galuska DA, Dietz WH. Trends and correlates of class 3 obesity in the United States from 1990 through 2000. *JAMA* 2002; 288:1758-61.
22. Lambaudie E, Occelli B, Boukerrou M, Crépin G, Cosson M. Hystérectomie vaginale et nulliparité: indications et limites. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 325-30.
23. Doucette RC, Sharp HT, Alder SC. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1386-9.

24. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P, Crépin G, Cosson M. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 1135-9.
25. Harmanli OH, Khilnani R, Dandolu V, Chatwani AJ. Narrow pubic arch and increased risk of failure for vaginal hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology* 2004 oct; 104(4): 697-700.
26. Unger JB, Meeks GR. Vaginal hysterectomy in women with history of previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1473-8.
27. Martin X, Gjata A, Golfier F, Raudrant D. Hystérectomies pour lésions bénignes: peut-on tout faire par la voie vaginale? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28: 124-30.
28. Kovac SR. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol* 2000; 95:787-93.
29. Sheth SS, Malpani AN. Vaginal hysterectomy following previous cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 1995; 50: 165-9.
30. Garry R, Fountain J, Mason S et al. The valuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004; 328:129-133.
31. Massi G, Savino L, Susini T, et al. Vaginal hysterectomy vs abdominal hysterectomy for the treatment of stage I endometrial adenocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1320-6.
32. Chang WC, Huang SC, Sheu BC, Chen CL, Torng PL, Hsu WC, Chang DY. Transvaginal hysterectomy or laparoscopically assisted vaginal hysterectomy for nonprolapsed uteri. *Obstetrics & Gynecology*, 2005 aug; 106 (2): 321-6.

33. Magos A, Bournas N, Sinha R, Richardson RE, O'Connor H. Vaginal hysterectomy for the large uterus. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:246-51.
34. Cosson M, Lambaudie E, Boukerrou M, Querleu D, Crepin G. Vaginal, laparoscopic, or abdominal hysterectomies for benign disorders: immediate and early postoperative complications. *Eur J Obstet Gynecol* 2001; 98:231-6.
35. Davies A, Hart R, Magos A, Hadad E, Morris R. Hysterectomy: surgical route and complications. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 104 (2002); 148-51.
36. Precis J. An update in obstetrics and gynecology. CD-ROM. Washington, DC. American College of Obstetricians and Gynecologists; 1989.

Tabela 1 – Parâmetros pré-operatórios relacionados a características clínicas e reprodutivas de mulheres submetidas à histerectomia vaginal da ausência de prolapso uterino (n = 190)

Variável	n	%
IMC		
baixo/normal	79	41,6
sobrepeso	78	41,0
obesas	33	17,4
Número de gestações		
nulíparas	17	9
uma ou mais	173	91
Número de cesáreas		
nenhuma	53	27,9
uma ou mais	137	72,1
Parto vaginal		
com parto vaginal	69	36,3
sem parto vaginal	121	63,7

Tabela 2 – Parâmetros pré-operatórios relacionados a características clínicas e indicações cirúrgicas de mulheres submetidas à histerectomia vaginal da ausência de prolapso uterino (n = 190)

Variável	n	%
Antecedentes pessoais de doenças clínicas		
presente	87	45,8
ausente	103	54,2
Antecedentes cirurgia pélvica *		
sem	49	25,8
com	141	74,2
laqueadura tubária	102	53,7
apendicectomia	18	9,5
laqueadura + apendicectomia	7	3,7
cisto ovariano	6	3,2
outras	8	4,1
Diagnóstico pré-operatório		
miomatose uterina	86	45,3
sangramento uterino anormal	83	43,7
hiperplasia endometrial	4	2,1
outros		
câncer “in situ” de colo	11	5,8
dor pélvica	5	2,6
câncer de endométrio	1	0,5

* mulheres com mais de uma cirurgia

Tabela 3 – Parâmetros intra-operatórios: tipo de anestesia, tempo operatório, sangramento intra-operatório, técnica cirúrgica e cirurgias associadas de mulheres submetidas à hysterectomia vaginal da ausência de prolapso uterino (n = 190)

Variável	n	%
Anestesia		
bloqueio espinal	188	98,9
Geral	2	1,1
Tempo operatório		
até 75 minutos	112	58,9
76 minutos ou mais	78	41,1
Sangramento intra-operatório		
< 300 ml	168	88,4
≥ 300 ml	22	11,6
Técnica cirúrgica		
sem morcelamento	95	50
com morcelamento	95	50
amputação de colo uterino	36	18,9
amputação + ressecção em cunha	24	12,6
amputação + miomectomia	23	12,1
amputação + hemidissecção	6	3,2
Outros	6	3,2
Cirurgias associadas		
sem	147	77,4
com		
salpingooforectomia	18	9,5
ooforectomia	9	4,7
perineotomia	8	4,2
correção de incontinência urinária	7	3,7
perineotomia + salpingooforectomia	1	0,5

Tabela 4 – Complicações intra e pós-operatórias, peso uterino e tempo de permanência hospitalar de mulheres submetidas à histerectomia vaginal da ausência de prolapso uterino (n = 190)

Variável	n	%
Complicações intra-operatórias *		
sem complicações	183	96,3
com complicações		
lesão vesical	4	2,1
hemorragia grave	2	1,1
lesão alça intestinal	1	0,5
Complicações pós-operatórias		
sem complicações	160	84,2
com complicações		
infecção trato urinário	15	7,8
granuloma cúpula vaginal	8	4,2
infecção cúpula vaginal	4	2,2
compressão nervosa	3	1,6
Peso uterino		
até 300	166	87,3
> 300	24	12,7
Tempo de hospitalização		
< 48 horas	168	87,4
> 48 horas	22	11,6

* 02 casos - conversão para laparotomia.

Tabela 5 – Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo do volume uterino, tempo operatório, sangramento intra-operatório, tempo de hospitalização e peso uterino de mulheres submetidas à histerectomia vaginal na ausência de prolapso (n = 190)

Variável	n	média	desvio-padrão	mediana	mínimo	máximo
Volume uterino (cm ³)	190	187,9	104,1	160,5	36	541
Tempo operatório (minutos)	190	75,7	25,4	75	30	180
Sangramento intra-operatório (ml)	190	236,6	56	230	100	470
Tempo de hospitalização (horas)	190	31,5	7,5	30	23	72
Peso Uterino (gramas)	190	184,6	102,9	161,5	40	635

4. Conclusões

- As mulheres submetidas à histerectomia vaginal eram jovens e com sobrepeso. A grande maioria com uma ou mais gestações anteriores e com grande prevalência de partos por via abdominal. A indicação da cirurgia foi predominantemente a miomatose uterina e sangramento uterino anormal.
- A anestesia com bloqueio espinhal predominou e o tempo operatório médio foi de uma hora e quinze minutos. A quantidade de sangramento intra-operatório foi pequena, a técnica cirúrgica incluiu o morcelamento do órgão em metade dos casos e aproximadamente 1/4 das mulheres tiveram cirurgias associadas.
- As taxas de complicações foram baixas, o peso do útero extirpado foi de até 300g em 87,3% dos casos e o tempo de internação foi menor que 48 horas na grande maioria.

5. Referências Bibliográficas

Agostini A, Bretelle F, Cravello L, Maisonneuve AS, Roger V, Blanc B. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse: a prospective comparative study. **BJOG** 2003; 110:515-8.

Benassi L, Rossi t, Kaihura CT, Ricci L, Bedocchi L, Galanti B. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. **Am J Obstet Gynecol** 2002; 187:1561-5.

Boike GM, Elfstrand EP, Delpriore G, Schumock D, Holly HS, Lurain JR. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a university hospital: report of 82 cases and comparisons with abdominal and vaginal hysterectomy. **Am J Obstet Gynecol** 1993; 168-1690-7.

Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. **N England J Med** 1993; 328:856-60.

Chauveaud A, De Tayrac R, Gervaise A, [Anquetil C](#), [Fernandez H](#). Total hysterectomy for a nonprolapsed, benign uterus in women without vaginal deliveries. **J Reprod Med** 2002; 47:4-8.

Costa AAR, Amorim MMR, Cursino T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em Maternidade-Escola do Recife. Ensaio clínico randomizado. **RBGO** 2003; 25:169-76.

Deval B, Rafii A, Soriano D, Samain E, Levardon M, Darai E. Morbidity of vaginal hysterectomy for benign tumors as a function of uterine weight. **J Reprod Med** 2003; 48:435-40.

Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. **Am J Obstet Gynecol** 1982; 144:841-8.

Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference? **Am J Obstet Gynecol** 1995; 173:1452-60.

Doucette RC, Sharp HT, Alder SC. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. **Am J Obstet Gynecol** 2001; 184:1386-9.

Farquhar CM and Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States, 1990-1997. **Obstet Gynecol** 2002; 99:229-34.

Figueiredo ON, Figueiredo O, Pintotti JA. Histerectomia vaginal em pacientes sem prolapso uterino: análise de 150 casos. **Rev Bras Ginec Obstet** 1997; 19:267-74.

Figueiredo Netto O, Figueiredo EG, Figueiredo PG, Pelosi MA, Pelosi III MA. Vaginal removal of the benign non-prolapsed uterus: experience with 300 consecutive operations. **Obstet Gynecol** 1999; 94:348-51.

Garry R, Reich H, Liu CY. Laparoscopic hysterectomy: definitions and indications. **Gynaecol Endosc** 1994; 3:1.

Garry R, Fountain J, Mason S, Hawe J, Napp V, Abbott J, et al. The valuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. **BMJ** 2004; 328:129-33.

Gimbel H, Settnes A, Tabor A. Hysterectomy on benign indication in Denmark 1988-1998. A register based trend analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:267-72.

Härkki-Siren P, Sjoberg J, Makinen J, Heinomen PK, Kauko M, Tomas E, Laatikainen T. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 76:118-22.

Holanda AB. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed.: 36ª impressão: editora Nova Fronteira, 2002. p. 901.

Hwang JL, Seow KM, Tsai YL, Huang LW, Hsieh BC, LEE C. Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6cm in diameter or uterus weighing at least 450g: a prospective randomized study. *Acta Obst Gynecol Scand* 2002; 81:1132-8.

Johns A, Carrera B, Jones J, Deleon F, Vincent R, Safely C. The medical and economic impact of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in a large, metropolitan, not-for-profit hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1709-15.

Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

Kammerer-Diak D, Mao J. Vaginal hysterectomy with and without morcellation: The University of New Mexico hospital's experience. *Obstet Gynecol* 1996; 88:560-3.

Kovac SR, Cruikshank SH, Retto HF. Laparoscopy assisted vaginal hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1990; 6:185-93.

Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995; 85:18-23.

Kovac SR. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol* 2000; 95:787-93.

Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, das A. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1521-7.

Lambaudie E, Occelli B, Boukerrou M, Crépin G, Cosson M. Hystérectomie vaginale et nulliparité: indications et limites. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30:325-30.

Macedo ALS, Simões PM, Macedo FLS. Histerectomia vaginal em pacientes não-portadoras de prolapso uterino: Estudo de 370 casos. *Rev Bras Ginec Obstet* 1995; 17:1011-9.

Magos A, Bournas N, Sinha R, Richardson RE, O'Connor H. Vaginal hysterectomy for the large uterus. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:246-51.

Makinen J, Johansson J, Tomas C, Tomas E, Heinonen PK, Laatikainen T, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001; 16:1473-8.

Maresh MJ, Metcalfe MA, McPherson K, Overton C, Hall V, Hargreaves J, et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patient and their surgery. *Br J Obstet Gynecol* 2002; 109:302-12.

Mazdisnian F, Kurznel RB, Coe S, Bosuk M, Montz F. Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: An efficient, non morbid procedure. *Obstet Gynecol* 1995; 86:60-4.

Miskry T, Magos A. Randomized, prospective, double-blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without uterovaginal prolapse. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2003; 82:351-8.

Nezhat C, Bess O, Admon D, Nezhat CH, Nezhat F. Hospital cost comparison between abdominal, vaginal and laparoscopically-assisted vaginal hysterectomies. **Obstet Gynecol** 1994; 83:713-6.

Olive DL, Parker W, Cooper JM, Levine RL. The AAGL classification system for laparoscopic hysterectomy. **J Am Assoc Gynecol Laparosc** 2000; 7:9-15.

Poindexter YM, Sangi-Hagpeykar H, Poindexter AN 3rd, et al: Previous cesareansection: A contraindication top vaginal hysterectomy? **Reprod Med** 2001; 46:840-4.

Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomies in the United States 1965-1984. **Am J Public Health** 1988; 78:852-3.

Querleu D, Cosson M, Parmentier D, Debodinance P, Crepin G. The impact of laparoscopic surgery on vaginal hysterectomy. **Gynaecol Endosc** 1993; 2:89-91.

Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. **J Gynecol Surg** 1989; 5:213-6.

Ribeiro SC, Ribeiro RM, Santos NC, Pinotti JA. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. **Int J Gynecol Obstet** 2003; 83:37-43.

Richardson RE, Bournas N, Magos AL. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time? **Lancet** 1995; 345:36-41.

Robertson EA, De Block S. Decrease in number of abdominal hysterectomies after introduction of laparoscopic hysterectomy. **J Am Assoc Gynecol Laparosc** 2000; 7:523-5.

Sheth SS, Malpani AN. Vaginal hysterectomy following previous cesarean section. **Int J Gynecol Obstet** 1995; 50:165-9.

Sheth SS. The scope of vaginal hysterectomy. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology** 2004; 115:224-30.

Sheth SS. Vaginal hysterectomy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2005; 19:307-32.

Soriano D, Goldstein A, Lecuru F, Darai E. Recovery from vaginal hysterectomy compared with laparoscopy-assisted hysterectomy: a prospective, randomized, multicenter study. **Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica** 2001;80:337-41.

Summitt RL Jr, Stovall TG, Lipscomb GH, Ling FW. Randomized comparison of laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy in an outpatient setting. **Obstet Gynecol** 1992; 80:985-91.

Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. **Obstet Gynecol** 1994; 83: 549-55.

6. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada 2005).

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Ficha de coleta de dados

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS PRÉ, INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA VAGINAL NA AUSÊNCIA DE PROLAPSO UTERINO

FICHA DE AVALIAÇÃO DE PACIENTE

Nº DO CASO IDADE (anos) PESO (kg) ALT. (m)
IMC

HISTÓRIA OBSTÉTRICA: GESTAÇÕES CESÁREAS
 FÓRCIPES PARTO NORMAL
 ABORTAMENTO

CIRURGIAS PÉLVICAS ANTERIORES:

	Sim	Não	
LAQUEADURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CISTO OVARIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRENHEZ ECTÓPICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HISTEROPEXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OOFORECTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
APENDICECTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais: _____

DIAGNÓSTICO USG PRÉ-OPERATÓRIO: VOLUME (cm³)

- MIOMA PÓLIPO
 ADENOMIOSE ESPESSAMENTO ENDOMETRIAL
 OUTROS Qual: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRÉ-OPERATÓRIO:

- | | Sim | Não | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| POLIPOSE UTERINA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| HIPERPLASIA ENDOMETRIAL COM ATÍPIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| MIOMATOSE UTERINA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OUTROS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quais: _____ |

ANTECEDENTES PESSOAIS DE ENTIDADES CLÍNICAS: 1 – PRESENTE 2 AUSENTE

- HAS DIABETES
 DCV DPOC
 OUTRAS

TIPO DE ANESTESIA: RAQUI PERIDURAL GERAL

TEMPO OPERATÓRIO: (minutos)

TÉCNICA UTILIZADA NA RETIRADA DA PEÇA CIRÚRGICA:

- SEM MORCELAMENTO COM MORCELAMENTO
 AMPUTAÇÃO DE COLO UTERINO
 HEMIDISSECÇÃO
 ENUCLEAÇÃO INTRAMIOMETRIAL
 RESSECÇÃO EM CUNHA
 MIOMECTOMIA
 OUTRAS Quais: _____

CIRURGIAS ASSOCIADAS:

- | | Sim | Não | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| PERINEOTOMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| SALPINGOFORECTOMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CORREÇÃO DE IUE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OOFORECTOMIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| SEM CIRURGIA ASSOCIADA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OUTRAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quais: _____ |

SANGRAMENTO INTRA-OPERATÓRIO: VOLUME (ml)

COMPLICAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA:

	Sim	Não	
SEM COMPLICAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LESÃO VESICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LESÃO ALÇA INTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LESÃO URETRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONVERSÃO PARA LAPAROTOMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

DIAGNÓSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO:

	Sim	Não	
SEM PATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MIOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADENOMIOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PÓLIPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CANCER DE ENDOMETRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

PESO UTERINO: (gramas) TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO: (em horas)

COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA:

	Sim	Não	
INFECÇÃO TRATO URINÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPRESSÃO NERVOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ABCESSO DE CÚPULA VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRANULOMA CÚPULA VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FÍSTULAS VÉSICO-URETRO VAGINAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TROMBOEMBOLISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMATOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OUTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____