

**Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP**

**Programa de Iniciação Científica**

**COMPLICAÇÕES EM PACIENTES SUBMETIDAS À  
HISTERECTOMIA NO CENTRO DE ATENÇÃO À MULHER DO  
IMIP**

**COMPLICATIONS IN PATIENTS SUBMITTED TO  
HISTERECTOMY ON IMIP WOMAN CARE CENTER**

Projeto de pesquisa apresentado ao  
Programa de Iniciação Científica do  
IMIP referente ao processo seletivo  
do edital PIBIC/2017.

**Autora:**

Laura Barbosa de Melo

**Alunas Colaboradoras:**

Isabela de Carvalho Barros

Larissa Tavares Corrêa Pinto

Stefany Marques Barroso

**Orientador:**

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Recife

Agosto de 2017

## **DADOS DO ORIENTADOR**

### **1. Aurélio Antônio Ribeiro da Costa**

Professor do programa de pós-graduação Strictu-senso em Saúde Materno Infantil do IMIP. Tutor do curso de graduação em Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Mestre em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP;

Doutor em tocoginecologia pela UNICAMP.

RG: 3220987/ Tel: 32225716/ CPF: 67047920404

Endereço: R Jornalista Edmundo Bittencourt, 75, apt. 401/B/ Boa Vista/ Recife PE

E-mail: aureliorecife@gmail.com

## **DADOS DO ALUNO AUTOR**

### **1. Laura Barbosa de Melo**

Estudante de medicina da 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde –

FPS Tel: (81) 99245-1246.

Endereço: Rua Padre Carapuzeiro, 427 / Apto.: 1902 / Boa Viagem / CEP: 51020-

280. E-mail: [laurabarbosademelo@gmail.com](mailto:laurabarbosademelo@gmail.com)

## **DADOS DOS ALUNOS COLABORADORES:**

### **1. Isabela de Carvalho Barros**

Estudante de medicina do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde –

FPS

Tel: (81) 99801-5000.

Endereço: Av. Boa Viagem, 150 / Apto.: 1901/ Bairro: Boa Viagem/ CEP: 51011-

000.

E-mail: bela\_cbarros@hotmail.com

## **2. Larissa Tavares Corrêa Pinto**

Estudante de medicina do 10º período da Faculdade Pernambucana de Saúde –  
FPS

Tel: (81) 99945-3539.

Endereço: Rua Jacareacanga, 86 / Bairro: Boa Viagem / CEP: 51130-  
20.

E-mail: [larissatcp@gmail.com](mailto:larissatcp@gmail.com)

## **3. Stefany Marques Barroso**

Estudante de medicina do 12º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (81) 97912-2928.

Endereço: Rua Tenente Portela, nº 132 / Bairro: Timbi / CEP: 54783-540 / Camaragibe  
- PE

E-mail: stefanymb.md@gmail.com

## RESUMO

**Objetivos:** determinar, nas pacientes submetidas à histerectomia no Centro de Atenção à Mulher do IMIP (CAM-IMIP) no ano de 2015, os principais fatores relacionados às complicações deste procedimento. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal abordando exposição e desfecho de 309 pacientes. **Resultados:** 37,9% da amostra foram procedentes de Recife. A média de idade e do IMC foram 46,3 e 29,2, respectivamente. O número de gestações e parturições apresentaram 2 como mediana. Sobre os antecedentes patológicos, destacaram-se a obesidade (63,4%) e hipertensão arterial crônica (41,1%). A mediana do volume uterino foi 501 cm<sup>3</sup>. Sobre os antecedentes cirúrgicos, a ligadura tubária representou 36,9% das pacientes. A principal indicação cirúrgica foi miomatose uterina (83,5%). O tipo de histerectomia mais realizado foi histerectomia total (64,1%). A cirurgia apresentou uma média de 113 minutos. 4,8% da amostra necessitaram de hemotransfusão. A anestesia mais realizada foi raquianestesia (58,9%) e esse procedimento durou, em média, 125 minutos. A permanência hospitalar foi de aproximadamente 6 dias. A complicação mais prevalente foi a infecção incisional superficial com 1,9%. **Conclusão:** o estudo apresentou taxas de complicações dentro do esperado, quando comparado com publicações de outros centros de referência. Entretanto, na análise global, demonstrou uma amostra pequena, interferindo nos resultados e comparação com outras publicações.

**Palavras-chave:** Histerectomia, Miomatose uterina, Complicações.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to determine the main risk factors to complications on patients submitted to hysterectomy on Centro de Atenção à Mulher do IMIP (CAM-IMIP), during the year of 2015. **Methods:** it is a descriptive cross-sectional study that shows exposition and outcomes of 309 patients. **Results:** 37.9% of the sample was from Recife. The mean age and BMI were 46.3 and 29.2, respectively. The number of gesta and parity presented two as median. Among the pathological antecedents, obesity (63.4%) and chronic arterial hypertension (41.1%) were the most prevalent. The median uterine volume was 501 cm<sup>3</sup>. Regard the surgical history, 36.9% of the patients had been submitted to tubal ligation. The most prevalent surgical indication was uterine myomatosis (83.5%). The most commonly performed type of hysterectomy was total hysterectomy (64.1%). The average duration of the surgeries was 113 minutes. 4.8% of the sample required blood transfusion. The most performed anesthesia was spinal anesthesia (58.9%) and this procedure lasted, on average, 125 minutes. The duration of hospital stay was approximately 6 days. The most prevalent complication was superficial surgical site infection with 1.9%. **Conclusion:** this study has shown that the number of complications are compatible with the literature, when compared with publications from centers of reference. On a global analysis, its sample is smaller than expected, interfering on data and comparison with other publications.

**Keywords:** Hysterectomy, Uterine myomatosis, Complications

## RESUMO EXPANDIDO

**Introdução:** a histerectomia consiste no procedimento da retirada do útero. No Brasil, é a segunda cirurgia mais realizada em mulheres. Pode ser realizada por três vias: abdominal, vaginal e videolaparoscópica, sendo a via ideal avaliada de acordo com a doença basal, tamanho uterino, comorbidades e experiência da equipe cirúrgica. Não há consenso sobre qual via é superior. A histerectomia pode ser total ou supracervical. As principais complicações relacionadas à cirurgia são alterações da função sexual, da bexiga ou outras complicações da pelve. O procedimento tem indicação frequente no tratamento das doenças benignas. **Objetivos:** determinar, nas pacientes submetidas à histerectomia no Centro de Atenção à Mulher do IMIP (CAM-IMIP) no ano de 2015, os principais fatores relacionados às complicações deste procedimento. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal abordando exposição e desfecho de 309 pacientes. A população do estudo abrangeu todas as pacientes com indicação de histerectomia total, internadas na enfermaria de ginecologia do CAM-IMIP no ano de 2015, com coleta realizada através de prontuários. As variáveis biológicas e cirúrgicas foram coletadas mediante formulários. O programa EPI INFO versão 3.5.4 realizou o processamento e análise dos dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado pois a análise foi por prontuários. **Resultados:** 37,9% da amostra foram procedentes de Recife. A média de idade e do IMC foram 46,3 e 29,2, respectivamente. O número de gestações e parturições apresentaram 2 como mediana. Sobre os antecedentes patológicos, destacaram-se: obesidade (63,4%) e anemia (5,6%). Entre as comorbidades: hipertensão arterial crônica (41,1%) e diabetes (7,1%). A mediana do volume uterino foi 501 cm<sup>3</sup>. Sobre os antecedentes cirúrgicos, a ligadura tubária representou 36,9% das pacientes. As principais indicações cirúrgicas foram miomatose

uterina (83,5%) e prolapso (8,7%). O principal tipo de histerectomia realizado foi a total com 64,1%. 26,5% da equipe cirúrgica foi composta por Staff e residentes do 1º e 2º ano, 27,2% das histerectomias foram realizadas na terça-feira, com uma média de 113 minutos. 4,8% da amostra necessitaram de hemotransfusão. A anestesia mais realizada foi raquianestesia (58,9%) e esse procedimento durou, em média, 125 minutos. A permanência hospitalar foi de aproximadamente 6 dias. Dentre as complicações, a mais prevalente foi a infecção incisional superficial com 1,9%. **Conclusão:** o estudo apresentou taxas de complicações dentro do esperado, quando comparado com publicações de outros centros de referência. Entretanto, na análise global, demonstrou uma amostra pequena, interferindo nos resultados e comparação com outras publicações.

**Palavras-chave:** Histerectomia, Miomatose uterina, Complicações.

## INTRODUÇÃO

A histerectomia representa um dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais realizados no mundo, sendo no Brasil, a segunda cirurgia mais realizada em mulheres<sup>1</sup>, estando atrás somente da cesariana. Dados brasileiros mostram que foram realizadas cerca de 5.873.698 histerectomias pelo Sistema Único de Saúde<sup>2</sup> (SUS) em 2016. Como é terapêutica para diversas comorbidades, a maioria delas, em torno de 90%, são benignas<sup>3</sup>.

O número de histerectomias vem decrescendo nos países desenvolvidos, visto que novas técnicas terapêuticas, menos invasivas, são desenvolvidas e possuem taxas de sucesso semelhante, com menos complicações<sup>4</sup>. Ao contrário desses países, o Brasil demonstrou aumento importante no número de histerectomias para cada 100.000 mulheres, o que pode indicar uma maior facilidade na busca de tratamento<sup>3</sup>.

Hystera é uma palavra de origem grega que significa útero. A histerectomia consiste no procedimento de retirada do útero. O procedimento, por sua vez, pode ser realizado por via abdominal, por via vaginal e por via videolaparoscópica, sendo a doença de base o principal fator para definir a via a ser utilizada<sup>5</sup>, além do tamanho uterino, as comorbidades e a experiência da equipe cirúrgica<sup>6,7,8</sup>. Não há consenso quanto a qual método se demonstraria superior, sabe-se que apesar da cirurgia por via abdominal ser mais rápida, esta possui mais dor no pós-operatório e risco de infecções<sup>9</sup>.

A histerectomia é considerada total, quando há retirada do corpo uterino e do cérvix. Caso somente o corpo uterino seja retirado, a cirurgia é chamada de histerectomia supracervical, que apesar de menos agressiva não tem demonstrado menor índice de complicações quando comparada a total em estudos randomizados<sup>10</sup>. As



principais complicações diretamente ligadas a intervenção são alterações de função sexual, da bexiga ou outras complicações do assoalho pélvico<sup>10</sup>.

De forma geral o procedimento está indicado mais frequentemente para o tratamento das doenças uterinas benignas, entre elas estão as causadoras de menorragia. Já as doenças malignas representam cerca 10% das indicações.

O presente estudo teve como população analisada as mulheres atendidas e submetidas à histerectomia no Centro de Atenção à Mulher (CAM) no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP), foram observadas as características epidemiológicas e fatores ligados diretamente à histerectomia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo corte transversal visando avaliar os fatores relacionados às complicações em pacientes submetidas à histerectomia total no Centro de Atenção à Mulher no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CAM-IMIP).

O estudo foi realizado no período compreendido entre os meses de agosto de 2016 a junho de 2017, obtendo a coleta do ano de 2015.

A população de estudo foi constituída de todas as pacientes com indicação de histerectomia total, internadas na enfermaria de ginecologia do CAM-IMIP, no período de janeiro a dezembro de 2015.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com doença uterina, internadas na enfermaria de ginecologia e indicação de histerectomia total. Já os critérios de exclusão foram: atraso menstrual ou gravidez confirmada e prontuários incompletos ou ilegíveis.

As variáveis avaliadas foram: idade, procedência, IMC, antecedentes obstétricos, doenças associadas, antecedentes cirúrgicos, volume uterino, indicação cirúrgica (prolapso uterino, doenças anexiais, atraso menstrual e doença oncológica), dados cirúrgicos (dia do procedimento, horário da cirurgia, equipe cirúrgica, tipo de histerectomia, perda sanguínea intraoperatória e necessidade de hemotransfusão), dados anestésicos (tipo de anestesia e duração), complicações pós-operatórias (hematomas, ligadura de ureter, infecção de sítio cirúrgico, abscessos, infecção da cúpula vaginal e acidentes tromboembólicos).

Os dados foram coletados mediante formulários pré-codificados. Após o preenchimento, os formulários foram revisados rigorosamente pelos pesquisadores,

visando detectar eventuais falhas ou omissões. A seguir, foi construído um banco de dados para digitação em dupla entrada. O anonimato dos participantes foi estritamente protegido durante toda a pesquisa e será após a mesma.

Para o processamento e análise de dados, foi utilizado o programa EPI INFO, versão 3.5.4. Os dados foram apresentados na forma de frequências absolutas e relativas. Medidas de tendência central e suas dispersões foram usadas para expressar as variáveis de natureza numérica.

Esta investigação obedeceu às determinações da resolução de Helsinque, emendada em 2000 (Japão), bem como à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Projeto nº 1.743.941), atendendo às normas das resoluções de ética e pesquisa em seres humanos. Em se tratando de um estudo retrospectivo, houve a dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, uma vez que foram consultados apenas os prontuários. Os pesquisadores se comprometeram a manter a confidencialidade e o sigilo em todas as etapas.

## RESULTADOS

O trabalho contou com uma amostra de 309 pacientes. Na tabela 1, foram observadas as características biológicas e socioeconômicas das pacientes submetidas à histerectomia no CAM-IMIP, dentre elas, a idade, que obteve uma média de aproximadamente 46 anos. Em seguida, foram vistos o peso, a altura e o IMC, cujas médias foram: 72 kg, 156,6 cm e 29,2, respectivamente. O número de gestações e parturições apresentaram como mediana 2. A maioria das pacientes foram procedentes de Recife, contando com 37,9% da amostra. Em relação aos antecedentes patológicos, os principais foram obesidade (63,4%), anemia (5,6%), asma (4,6%), depressão (3,7%) e trombose venosa profunda (1,9%). Já sobre os antecedentes cirúrgicos, entrou em destaque a ligadura tubária com 36,9% da amostra, seguida das laparotomias (27,5%) e a colpoperineoplastia (6,8%). As pacientes da amostra apresentaram doenças associadas no momento do diagnóstico, estas foram diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial crônica (HAS), cardiopatia e tireoidopatia com, respectivamente, 7,1%, 41,1%, 3,2% e 2,9%. Ainda na tabela 1, o volume uterino apresentou uma mediana de 501 cm<sup>3</sup>.

O estudo avaliou na tabela 2 as principais indicações cirúrgicas da histerectomia das pacientes. Com isso, foram vistas que a miomatose uterina destacou-se com 83,5% das indicações, seguido do prolapso, com 8,7%, hiperplasia endometrial, com 2,6% e, por fim, em menores porcentagens: patologia cervical (1,9%), pólio endometrial (1,0%), HUD/metrorragia (1,0%), adenomiose (0,6%), endometrioma (0,3%) e adenocarcinoma do reto (0,3%).

Na tabela 3, encontram-se os dados cirúrgicos e anestésicos da amostra. Quanto ao tipo de histerectomia, 64,1% da amostra realizou a histerectomia total, enquanto que 22,0% a histerectomia total e salpingectomia, 12,0% a histerectomia total,

salpingectomia e ooforectomia, 1,9% a histerectomia subtotal e nenhuma das pacientes da amostra realizou a histerectomia total alargada. Em média, a duração das cirurgias foi de 113 minutos. Em relação à equipe cirúrgica, a maioria das cirurgias foi composta por residentes do primeiro e segundo ano e staff (26,5%), em seguida 24,3% contou com apenas staff na realização da cirurgia e, por fim, 19,8% contou com residentes do primeiro e terceiro ano e staff. Quando avaliado os dias da semana que mais realizou-se a histerectomia, foi visto que 27,2% ocorreu na terça-feira, 22,3% na segunda-feira, 19,7% na sexta-feira, 18,9% na quarta-feira, 11,3% na quinta-feira e 0,3% tanto no domingo quanto no sábado. A perda sanguínea foi um dado também relevante no estudo, o qual mostrou que 4,9% da amostra necessitou de hemotransfusão, sendo este procedimento realizado com concentrado de hemácias também em 4,9%, descartando as opções de concentrado de plaquetas, sangue total, plasma fresco e crioprecipitado, que não foram utilizados na amostra. Os dados anestésicos foram compostos pelo tipo de anestesia e duração da mesma. Em relação ao tipo, observou-se que a raquianestesia compôs 58,9% da amostra, 35,0% a raquianestesia e sedação, 4,1% a raquianestesia e anestesia geral e 1,0% tanto a anestesia geral quanto a anestesia peridural. A duração média da anestesia foi de, aproximadamente, 125 minutos. Por fim, o tempo médio de permanência hospitalar foi de 142 horas.

Na tabela 4, foram avaliadas as principais complicações das pacientes submetidas à histerectomia no presente estudo. Observou-se que os hematomas se dividiram em subaponeurótico com 0,6% da amostra, subcutâneo (0,3%) e intracavitário (0,6%). Em relação às infecções, 1,9% das pacientes apresentaram uma infecção incisional superficial, 0,6% infecção incisional profunda e nenhuma infecção intracavitária. Observou-se que 0,3% da amostra apresentou infecção da cúpula vaginal. Não houve complicações quanto à ligadura de ureter na amostra. Já sobre os acidentes

tromboembólicos, apenas 0,3% representou a embolia pulmonar e nenhuma das pacientes apresentou trombose superficial ou trombose venosa profunda (TVP).

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar e debater sobre os dados mais relevantes relacionados aos fatores epidemiológicos, clínicos, cirúrgicos e às complicações de uma das cirurgias mais realizadas no Brasil, a histerectomia, obtidos no CAM-IMIP.

Inicialmente, o estudo abrange os aspectos epidemiológicos das pacientes que foram submetidas à histerectomia no CAM-IMIP. Foi visto que a média de idade das pacientes que realizaram histerectomia era de 46,3 anos. Um estudo americano realizado pelo Centers of Disease Control and Prevention (CDC) avaliou 600 mil histerectomias e observou que a idade média das pacientes submetidas a este procedimento foi de 42 anos, uma faixa etária semelhante ao presente estudo, sendo que a discreta diferença talvez possa ser atribuída ao tamanho da amostra e aos sistemas de saúde local de cada país.

Em relação à procedência, este estudo evidenciou que mais da metade das pacientes eram da região metropolitana de Recife. Este dado pode ser facilmente explicado pela falta de descentralização do sistema de saúde, em que as pessoas ainda buscam os grandes centros na tentativa de resolverem seus problemas acreditando ser, nestes centros urbanos, os detentores de melhor assistência e tecnologia. Outra característica importante da amostra foi relacionada ao Índice de Massa Corporal (IMC), o qual apresentou uma média de 29,2, classificando a maioria das pacientes em estado de sobrepeso. Esta relação já é apontada na literatura, coincidindo com outros trabalhos de metodologia semelhante, além disso, esta condição ainda é responsável pela maior produção de estrógenos, fator causador de leiomiomas, principal indicação da histerectomia<sup>11</sup>.

Quanto aos demais antecedentes patológicos e comorbidades (vide tabela 1), os dados obtidos quando comparados a estudo realizado com mais de 250 pacientes e população também atendida pelo SUS, foi observada uma maior prevalência de HAS, DM<sup>12</sup>.

Sobre os principais antecedentes obstétricos, patológicos e cirúrgicos das pacientes submetidas à histerectomia no presente estudo, foi visto que o número de gestações e parturições das mulheres avaliadas apresentou uma mediana de duas gestações e dois filhos vivos, respectivamente. Ensaio clínico realizado no IMIP em 2003 demonstrou uma mediana de três para o número de paridade<sup>13</sup> sendo esta variável compatível com o presente estudo. Não houve relato de dados quanto ao número de gestações. Esta concordância é esperada principalmente por se tratar de estudos com população, amostra e metodologia semelhantes. Avaliando os antecedentes cirúrgicos, evidenciamos que a ligadura tubária atingiu um percentual de 36,9, sendo a de maior frequência, seguida da laparotomia (exceto cesariana) com 27,5%. Estudo realizado com a população do Paraná, demonstrou que 62,86% das pacientes também haviam sido submetidas a laqueadura tubária, sendo este valor superior ao encontrado no presente estudo, esta variação pode ser decorrente da diferença entre o perfil da população estudada e do tamanho da amostra<sup>14</sup>. O presente estudo obteve como mediana do volume uterino 501 cm<sup>3</sup>, sendo o volume normal em torno de 120 cm<sup>3</sup>, nosso dado revelou-se 5 vezes maior que o esperado, levantando o questionamento quanto ao tempo entre início da patologia e diagnóstico e tratamento. Diferente dos demais estudos encontrados na literatura, os valores do volume uterino não foram usados como critérios exclusivos.

Diante das principais indicações cirúrgicas das histerectomias, vimos que em destaque encontra-se a miomatose uterina, com 83,5%, seguido de prolapso (8,7%),



hiperplasia endometrial (2,6%) e patologias cervicais (1,9%). Estudo realizado durante 16 anos, analisando população em um hospital terciário demonstrou valores similares<sup>15</sup>, visto que as doenças benignas são as mais prevalentes, dentre elas os miomas e os pólipos são as indicações mais frequentes.

Como demonstrado na tabela 3, a histerectomia total foi o tipo de cirurgia mais prevalente. Este dado veio corroborar o que é esperado para os serviços de ginecologia cirúrgica, esse procedimento é o mais complexo e mais frequente da especialidade.

Quanto ao tempo do ato cirúrgico foi observada uma média de 113 minutos. Este valor foi compatível com o observado em outro estudo realizado no mesmo serviço, que demonstrou que aproximadamente 70% da amostra teve tempo cirúrgico menor que 120 minutos<sup>13</sup>. O tempo anestésico também foi semelhante, visto que o presente estudo apresentou como média 125 minutos, quando comparado ao estudo supracitado o mesmo demonstrou uma prevalência menor do que 130 minutos<sup>13</sup>. E, ainda em comparação com outro dado do estudo realizado no CAM-IMIP em 2003, foi visto que o presente estudo evidenciou que 4,9% das pacientes necessitaram de hemotransfusão destoando com 19%<sup>13</sup> da outra amostra comparada, relacionando a diferença destes valores com o tamanho da amostra do presente estudo. Avaliando a rotina cirúrgica, observamos que a equipe é composta, principalmente, por Staff e residentes do 1º e 2º ano (26,5%) e o maior número das cirurgias (27,2%) é realizado na terça-feira. Sendo estes dados para análise interna, sem fins comparativos externos.

Ainda sobre os antecedentes cirúrgicos, o tipo de anestesia prevalente foi a raquianestesia (58,9%), seguido de raquianestesia e sedação (35%), estes valores apenas ratificam o que é realizado na maioria dos protocolos de serviços especializados, demonstrado em outros trabalhos de objetivos semelhantes<sup>13</sup>.

Em relação ao tempo de internação das pacientes, nosso estudo observou que a média foi de 142,1 horas, aproximadamente seis dias. No estudo realizado por Murta et al, esse aspecto apresentou dados semelhantes, pois, neste estudo a média foi de, aproximadamente, quatro dias de internamento<sup>16</sup>. Essa variação de dois dias pode ser explicada devido a maior população de amostra do estudo comparado.

Aproximadamente 3,2% das pacientes apresentaram algum tipo de complicação, de todas as complicações avaliadas, 50% destas foram infecciosas, sendo a mais prevalente a incisional superficial (1,9%). Análise realizada nos EUA também apontou as complicações infecciosas como mais prevalentes, porém com uma porcentagem de 10,5%<sup>17</sup>, essa diferença pode estar associada ao tamanho da amostra e ao meio socioeconômico em que estamos inseridos.

## **CONCLUSÃO**

O estudo encontrou, diante de segunda cirurgia mais realizada em mulheres, uma análise do perfil epidemiológico que contribui para avaliar os fatores contribuintes e agravantes para possíveis complicações da histerectomia.

O presente estudo evidenciou taxas de complicações das pacientes dentro do esperado, quando comparado com outros grandes centros de referência. Entretanto, na análise global, apresentou uma amostra menor que a esperada, interferindo nos resultados e comparação com outras publicações.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde. Proadess [homepage na internet]. Taxa de internação para histerectomia em mulheres com 20 anos ou mais [acesso 16 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=G01&tab=1>
- 2 - Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Procedimentos hospitalares do SUS. 2016 [citado dez/2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>
- 3 - 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.
- 4 - J.D. Wright, T.J. Herzog, J. Tsui, C.V. Ananth, S.N. Lewin, Y.S. Lu, *et al.* Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States *Obstet Gynecol*, 122 (2Pt1) (2013), pp. 233–241.
- 5 - J.F. Steege, Indications for hysterectomy: have they changed? *Clin Obstet Gynecol*, 40 (4) (1997), pp. 878–885.
- 6 - Kovac SR, Barthan 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(6):1521-7.
- 7 - Davies A, Hart R, Magos A, Hadad E, Morris R. Hysterectomy: surgical route and complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002; 104(2):148-51.
- 8 - Davies A, Magos A. The hysterectomy lottery. *J Obstet Gynaecol*. 2001; 21(2):166-70.
- 9 - Mäkinen J, Johansson J, Tomás E, *et al.* Morbidity of 10,110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001;16:1473-1478.

- 10 - Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Glud C, Tabor A. Randomized controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with 1-year followup results. *BJOG* 2003;110:1088-1098.
- 11 - Shikora SA, Niloff JM, Bistran BR, Forse RA, Blackburn GL. Relationship between obesity and uterine leiomyomata. *Nutrition*. 1991 Jul-Aug;7(4):251-255
- 12 - Cristina NS, Samuel SR, Sonia B, Conceição A, Filipa O, Carlos CJ. Total laparoscopic hysterectomy: retrospective analysis of 262 cases. *Acta Med Port*. 2014;27:73-81.
- 13 - Costa, Aurélio Antônio Ribeiro, Melania Maria Ramos de Amorim, and Telma Cursino. "Vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in patients without uterine prolapse: a randomized clinical trial." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 25.3 (2003): 169-176.
- 14 - Volpato, Débora Canassa, and Tânia Cristina Alexandrino Becker. "Prevalência dos Fatores de Risco para Histerectomia em um Hospital da Região Noroeste do Paraná." *Saúde e Pesquisa* 6.1 (2013).
- 15 - Chryssikopoulos, A., and C. Loghis. "Indications and results of total hysterectomy." *International surgery* 71.3 (1985): 188-194.
- 16 - Murta, Eddie Fernando Cândido, et al. "Hysterectomies: a retrospective study of 554 cases." *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 27.5 (2000): 307-311.
- 17 - 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(7):841-8.

## TABELAS

**Tabela 1. Principais características das pacientes submetidas à histerectomia no CAM-IMIP.**

<b>Características</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	46,3	9,7
<b>Procedência (N, %)</b>		
Recife	117	37,9
Jaboatão dos Guararapes	32	10,4
Paulista	27	8,7
Outros	133	43,0
<b>Peso (kg)</b>	72,0	14,3
<b>Altura (cm)</b>	156,6	6,5
<b>IMC</b>	29,2	5,9
<b>Antecedentes</b>		
Obstétricos		
Número de Gesta (mediana, DP)	2,0	2,4
Paridade (mediana, DP)	2,0	2,1
Patológicos* (N, %)		
Obesidade	137	63,4
Anemia	12	5,6
Asma	10	4,6
Depressão	8	3,7
TVP	4	1,9
Outras	45	20,8
Cirúrgicos (N, %)		
Laparotomia**	85	27,5
Kelly-Kennedy (KK)	4	1,3
Colpoperioneoplastia(CPP)	21	6,8
KK + CPP	3	1,0
Cervicais	8	2,6
Ligadura tubária	114	36,9
Comorbidades (N, %)		
Diabetes	22	7,1
Hipertensão arterial crônica	127	41,1
Cardiopatia	10	3,2
Tireoidopatia	9	2,9
<b>Volume uterino (cm<sup>3</sup>) (mediana, DP)</b>	501,0	895,3

Fonte: IMIP, 2017.

\* A mesma paciente pode ter tido mais de um antecedente patológico

\*\* Exceto cesariana

**Tabela 2. Principais indicações cirúrgicas.**

<b>Indicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Miomatose uterina	258	83,5
Prolapso	27	8,7
Hiperplasia endometrial	8	2,6
Patologia cervical	6	1,9
Pólipo endometrial	3	1,0
HUD/Metrorragia	3	1,0
Adenomiose	2	0,6
Endometrioma	1	0,3
Adenocarcinoma de reto	1	0,3

Fonte: IMIP, 2017.

**Tabela 3. Dados cirúrgicos e anestésicos da amostra.**

Dados	N	%
<b>Cirurgia</b>		
<b>Tipo de histerectomia</b>		
Sub-total	6	1,9
Total	198	64,1
Total e salpingectomia	68	22,0
Total, salpingectomia e ooforectomia	37	12,0
Total alargada	0	0,0
<b>Duração da cirurgia (média/DP)</b>	113,0	50,5
<b>Equipe</b>		
Staff	75	24,3
Staff + R1	21	6,8
Staff + R2	34	11,0
Staff + R3	25	8,1
Staff + R1 + R2	82	26,5
Staff + R2 + R3	10	3,2
Staff + R1 + R3	61	19,8
Staff + R1 +R2 +R3	1	0,3
<b>Dia da semana</b>		
Domingo	1	0,3
Segunda-feira	69	22,3
Terça-feira	84	27,2
Quarta-feira	58	18,9
Quinta-feira	35	11,3
Sexta-feira	61	19,7
Sábado	1	0,3
<b>Perda sanguínea</b>		
Necessidade de hemotransusão	15	4,9
Derivado		
Concentrado de hemácias	15	4,9
Concentrado de plaquetas	0	0,0
Sangue total	0	0,0
Plasma fresco	0	0,0
Crioprecipitado	0	0,0
<b>Anestesia</b>		
<b>Tipo</b>		
Raquianestesia	182	58,9
Raquianestesia + Sedação	108	35,0
Raquianestesia + Geral	13	4,1
Peridural	3	1,0
Geral	3	1,0
Duração da anestesia (minutos) (média, DP)	125,2	50,8
<b>Tempo de permanência hospitalar(horas)(média, DP)</b>	142,1	100,6

Fonte: IMIP, 2017.



**Tabela 4. Principais complicações das pacientes submetidas à histerectomia.**

<b>Complicações*</b>	<b>N</b>	<b>%**</b>
<b>Hematomas</b>		
Subcutâneo	1	0,3
Subaponeurótico	2	0,6
Intracavitário	1	0,3
<b>Ligadura de ureter</b>	0	0,0
<b>Infecção</b>		
Incisional superficial	6	1,9
Incisional profunda	1	0,3
Intracavitário	0	0,0
Cúpula vaginal	2	0,6
<b>Presença de abscessos</b>	2	0,6
<b>Acidentes tromboembólicos</b>		
Trombose superficial	0	0,0
Embolia pulmonar	1	0,3
Trombose venosa profunda	0	0,0

Fonte: IMIP, 2017.

\* A mesma pode ter tido mais de uma complicação

\*\* Percentual calculado pela amostra total de 309 pacientes