

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 12

PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA GINECOLÓGICA

MARINA PORTO NASSIF¹
CESAR AUGUSTO WESCHENFELDER¹
LEONARDO LEIVAS¹
ANTÔNIA STUMPF MARTINS¹

1. Graduação em Medicina concluída pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Palavras-Chaves: *Cirurgia; Preparo; Prevenção.*

INTRODUÇÃO

A cirurgia ginecológica compreende uma ampla gama de procedimentos que incluem desde técnicas minimamente invasivas, como a laparoscopia e a histeroscopia, até cirurgias abertas complexas, como histerectomias abdominais e ressecções oncológicas. O preparo adequado no pré-operatório e a condução cuidadosa do pós-operatório são fundamentais para promover desfechos favoráveis, minimizar o risco de complicações e melhorar a experiência da paciente. Nos últimos anos, protocolos baseados em evidências, como o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), têm transformado o cuidado cirúrgico, com foco na recuperação precoce, no controle de dor otimizado e na redução do tempo de hospitalização, otimizando o cuidado do paciente.

Avaliação pré-operatória

A avaliação pré-operatória deve ser estruturada, abrangendo anamnese e exame físico detalhados, com ênfase em doenças clínicas relevantes e histórico cirúrgico, exames laboratoriais e de imagem básicos e específicos, conforme o tipo de procedimento e o risco da paciente, avaliação do risco anestésico pela classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), fundamental para o planejamento individualizado, a identificação de comorbidades, como hipertensão, diabetes, obesidade, distúrbios de coagulação e doenças pulmonares e a avaliação cardiovascular, especialmente em pacientes com idade avançada ou com histórico de cardiopatias.

No período pré-operatório deve ser fornecido ao paciente o termo de consentimento livre e esclarecido, em linguagem acessível, para leitura e assinatura do paciente antes do procedimento, além de todas as orientações quanto ao jejum, preparo para a cirurgia e suspensão de

medicamentos, como anticoagulantes, hipoglicemiantes, análogos de GLP1.

As diretrizes modernas recomendam jejum reduzido, permitindo ingestão de líquidos claros até 2 horas antes da cirurgia, o que melhora a resposta metabólica e reduz complicações gastrointestinais.

A **Tabela 12.1** contém a classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) para avaliação pré-operatória (GUALANDRO *et al.*, 2024)

A **Tabela 12.2** contém as recomendações pré-operatórias mais atuais para os diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos ginecológicos

O **Fluxograma 12.1** demonstra o passo a passo na avaliação e na orientação pré-operatória da paciente ginecológica

Tabela 12.1 Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) para avaliação pré-operatória

Classe ASA	Descrição	Exemplo
I	Paciente saudável	Mulher jovem sem comorbidades, sem uso de álcool
II	Doença sistêmica leve	Hipertensa controlada, tabagista leve
III	Doença sistêmica grave não incapacitante	Diabetes com complicações vasculares
IV	Doença sistêmica grave com risco constante de vida	Insuficiência cardíaca congestiva

Fluxograma 12.1 Avaliação e preparo pré-operatório em ginecologia

1. Paciente com indicação cirúrgica
2. Consulta pré-anestésica e avaliação clínica completa
3. Estratificação de risco anestésico, com avaliação das comorbidades e definição do ASA
4. Realização de exames laboratoriais e de imagem, conforme indicação
5. Orientações quanto ao jejum modificado e à suspensão de medicações
6. Fornecimento do termo de consentimento livre e esclarecido
7. Encaminhamento para a internação cirúrgica

Tabela 12.2 Protocolos de jejum e preparo intestinal em cirurgia ginecológica

Tipo de cirurgia	Jejum pré-operatório (sólidos e líquidos)	Preparo intestinal recomendado?	Observações
Videolaparoscopia eletiva	6 h para sólidos 2 h para líquidos claros	Não, exceto em cirurgias colorretais	Preferir bebidas ricas em carboidratos até 2h antes do procedimento
Cirurgia abdominal aberta (laparotomia)	6-8 h para sólidos 2 h para líquidos claros	Sim, a depender da extensão do procedimento	Evitar laxantes agressivos
Cirurgia por via vaginal	6 h para sólidos 2 h para líquidos claros	Não	Lavagem intestinal não é rotineiramente indicada
Cirurgia oncológica extensa	8 h para sólidos 2 h para líquidos claros	Sim	Preparo conforme protocolo multidisciplinar

Tabela 12.3 Comparativo entre protocolo tradicional e protocolo ERAS na cirurgia ginecológica

Aspecto	Manejo tradicional	Protocolo ERAS
Jejum	8-12 h de jejum absoluto	6 h para sólidos e 2 h para líquidos claros
Preparo intestinal	Rotineiro	Individualizado, sendo raramente necessário
Analgesia pós-operatória	Opioide isolado	Analgesia multimodal (AINEs e anestesia locorregional)
Mobilização pós-operatória	Após 24h do procedimento	Dentro das primeiras 6-12 h do procedimento
Dieta pós-operatória	Jejum prolongado	Dieta líquida precoce, nas primeiras 2-6 h após o procedimento
Alta hospitalar	Após 72 h do procedimento	Com base em critérios funcionais, usualmente ocorre em <48 h do procedimento

Fluxograma 12.2 Critérios para alta hospitalar segura

1. Paciente em pós-operatório
2. Avaliar estado hemodinâmico da paciente
3. Paciente tolerando dieta e mobilização precoce?
4. Dor controlada com medicação por via oral?
5. Sem sinais de infecção ou sangramento?
6. Orientações fornecidas e bom suporte familiar?
7. Em condições de alta hospitalar

Complicações pós-operatórias

As complicações pós-operatórias representam uma das principais preocupações na prática cirúrgica ginecológica, influenciando direta-

mente os desfechos clínicos, o tempo de internação, os custos hospitalares e a qualidade de vida das pacientes. O conhecimento das principais intercorrências e a implementação de estratégias de prevenção são fundamentais para garantir segurança e excelência assistencial (FEBRASGO, 2022).

Infecção do sítio cirúrgico (ISC)

A ISC é uma das complicações mais frequentes e pode se apresentar como celulite, abscesso ou deiscência de ferida. Fatores de risco para sua ocorrência são comorbidades prévias (diabetes mellitus e obesidade), tempo cirúrgico prolongado, contaminação intraoperatória e técnica asséptica inadequada.

A prevenção de infecção de sítio cirúrgico é feita com uso de antibiótico profilático administrado 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica, com Cefazolina 1-2 g EV, antisepsia adequada no local da incisão, técnica operatória meticulosa, com hemostasia eficaz e mínimo trauma tecidual, controle rigoroso da glicemia e da temperatura no perioperatório e manutenção dos curativos pelo tempo adequado, evitando retirada precoce ou tardia (SEAMAN *et al.*, 2021; BRASIL, 2017).

Tromboembolismo venoso (TEV)

O TEV inclui a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), sendo uma causa importante de mortalidade evitável no pós-operatório. Fatores de risco para sua ocorrência são imobilização prolongada, cirurgias de grande porte, história prévia de TEV, obesidade, varizes e trombofilias e uso de anticoncepcionais hormonais.

A prevenção de tromboembolismo venoso é feita com avaliação adequada do risco tromboembólico no pré-operatório, com uso de escalas como a de Caprini, uso de heparinas de baixo peso molecular para profilaxia farmacológica durante a internação hospitalar, deambulação precoce, idealmente nas primeiras 6 a 12h do procedimento e uso de meias de compressão graduada ou dispositivos pneumáticos intermitentes para pacientes com contraindicação à anticoagulação (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2021).

Íleo paralítico

O íleo paralítico é o nome dado à interrupção transitória da motilidade intestinal, comum após cirurgias abdominais. Fatores de risco para sua ocorrência são manipulação intestinal excessiva no procedimento, uso de opioides para analgesia e desequilíbrio hidroeletrolítico no pós-operatório.

A prevenção do íleo paralítico é feita com a realização de cirurgia minimamente invasiva quando possível, com a redução do uso de opioides, com a estimulação à mobilização e à alimentação precoces, com a correção rigorosa de distúrbios hidroeletrolíticos e com o uso cauteloso de preparo intestinal pré-operatório.

Hemorragia pós-operatória

A hemorragia pós-operatória pode ser imediata ou tardia e pode levar à instabilidade hemodinâmica, à necessidade de transfusão de hemocomponentes e à reabordagem cirúrgica. Fatores de risco para sua ocorrência são cirurgias extensas ou complexas, coagulopatias, hipertensão arterial não controlada e técnicas de hemostasia inadequadas.

A prevenção de hemorragia pós-operatória é feita com técnica cirúrgica precisa, com ligadura adequada de vasos, avaliação prévia da coagulação, controle rigoroso da pressão arterial intra e pós-operatória e monitoramento contínuo nas primeiras 24h pós-operatórias.

Dor pós-operatória mal controlada

A dor pós-operatória mal controlada pode retardar a recuperação, limitar a mobilização e aumentar o risco de outras complicações, como TEV e íleo paralítico. Fatores de risco para sua ocorrência são o tipo de cirurgia realizada, o uso exclusivo de opioides no pós-operatório e histórico de dor crônica.

A prevenção da dor mal controlada é feita com emprego de analgesia multimodal no pós-operatório, com uso de AINEs, anestésicos locais e bloqueios regionais, quando indicados, com a individualização do plano analgésico, com avaliação contínua da dor com escalas padronizadas como a EVA, e educação pré-operatória da paciente sobre o controle da dor (BRASIL, 2013)

A **Tabela 12.4** contém as complicações pós-operatórias mais frequentes e ações que ajudam a prevenir suas ocorrências.

Tabela 12.4 Complicações pós-operatórias comuns e prevenções

Complicação	Prevenção
Infecção de sítio cirúrgico	Uso de antibiótico profilático intraoperatório Técnica cirúrgica asséptica Bom controle glicêmico
Tromboembolismo venoso	Uso de meias compressivas Uso de heparina de baixo peso molecular profilática Mobilização precoce no pós-operatório
Íleo paralítico	Evitar uso de opioides Garantir dieta e mobilização precoces no pós-operatório
Hemorragia	Controle intraoperatório rigoroso Boa revisão hemostática
Dor intensa	Uso de analgesia multimodal Avaliação diária da dor

Cuidados domiciliares e orientações para o pós-operatório

1. Cuidados com a ferida: manter limpa e seca, não manipular curativos sem orientação.
2. Reavaliação médica: em até 7 a 10 dias, ou antes em casos de sinais de alarme.
3. Retorno às atividades: progressivo, com restrições específicas para atividade física intensa, relações sexuais e levantamento de peso.
4. Uso correto das medicações prescritas.
5. Educação da paciente sobre sinais de complicações: febre, dor intensa, sangramento, secreção purulenta, dispneia, edema de membros inferiores (PASSOS *et al.*, 2023).

Indicadores de qualidade

A adoção de indicadores de qualidade nos serviços de cirurgia possibilita o aprimoramento contínuo do cuidado cirúrgico. Entre eles destacam-se:

1. Taxa de infecção de sítio cirúrgico (idealmente <2% em laparoscopias)

2. Tempo médio de internação hospitalar
3. Taxa de reinternação em 30 dias
4. Nível de dor avaliado com escala visual analógica (EVA)
5. Satisfação do paciente, mensurada com questionários padronizados

Esses dados podem ser usados para auditorias clínicas, acreditação hospitalar e desenvolvimento de planos de melhoria contínua.

Pontos-chave do capítulo

- A avaliação pré-operatória deve ser sistemática e baseada em estratificação de risco.
- Protocolos como ERAS otimizam a recuperação, reduzem as complicações e encurtam a internação dos pacientes.
- Complicações como ISC, TEV, íleo, hemorragia e dor mal controlada são preveníveis com protocolos adequados.
- A analgesia multimodal e a mobilização precoce são pilares da recuperação pós-operatória.
- Indicadores de qualidade ajudam a monitorar e melhorar os cuidados cirúrgicos ginecológicos.

Caso clínico ilustrativo

Paciente: J.S., 48 anos, G3P3, obesa (IMC 36), hipertensa controlada, é admitida para histerectomia abdominal total por miomatose uterina volumosa. Pré-operatório seguiu protocolo ERAS, com jejum abreviado e antibiótico profilático. No segundo dia pós-operatório, paciente refere dor abdominal difusa, distensão e ausência de flatos.

Discussão: Quadro sugestivo de íleo paralítico. A paciente apresentava múltiplos fatores de risco: obesidade, cirurgia abdominal extensa e uso de opioides. Foi realizada suspensão de opioides, incentivo à mobilização e iniciada dieta líquida conforme tolerância. O quadro reverteu em 48 horas com manejo conservador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDELRAZIK, A.N. & SANAD, A.S. Implementation of enhanced recovery after surgery in gynecological operations: a randomized controlled trial. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*, v. 12, n. 70, 2020. Doi: 10.1186/s42077-020-00116-4.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Prevention of Venous Thromboembolism in Gynecologic Surgery: ACOG Practice Bulletin, Number 232. *Obstetrics Gynecology*, v. 138, n. 1, p. e1-e15, 2021. Doi: 10.1097/AOG.0000000000004445.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh-e-covid-19-confira-a-situacao-nos-hospitais-universitarios-federais-em29demaio/ptbr/hospitaisuniversitarios/regiao-sudeste/hcufm/documentos/protocolosassistenciais/PRT.UVS.007_Pr-evencao_de_Infeccao_de_Sitio_Cirurgico__versao_4..pdf. Acesso em: 04/6/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/view>. Acesso em: 04/6/2025.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Condutas em Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

GILLISPIE-BELL V. Prevention of Surgical Site Infections in Gynecologic Surgery: A Review of Risk Factors and Recommendations. *Ochsner Journal*, v. 20, n. 4, p. 434-438, 2020. Doi: 10.31486/toj.20.0044.

GUALANDRO, D.M. *et al.* Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 9, p. e20240590, 2024. Doi: 10.36660/abc.20240590.

NELSON, G. *et al.* Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *International Journal of Gynecological Cancer*, v. 29, n. 4, p. 651-668, 2019. Doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.

PASSOS, E.P. *et al.* (org.) Rotinas em Ginecologia. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

SANTIAGO, A.E. *et al.* Perioperative management in gynecological surgery based on the ERAS program. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 2, p. 202–209, 2022. Doi: 10.1055/s-0042-1743401

SEAMAN, S.J. *et al.* Surgical site infections in gynecology: the latest evidence for prevention and management. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 33, n. 4, p. 296-304, 2021. doi: 10.1097/GCO.0000000000000717.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Surgical Safety Checklist. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>. Acesso em: 04/6/2025.