

GUÍA CLÍNICA DE HISTEROSCOPIA AMBULATORIA.

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Carmen Forero Díaz Begoña López Lucena Sara Martínez Palazón Antonio Rivera Castilla Maria Antonia Rodríguez Pareja Cinta Vidal Mazo	Cinta Vidal Mazo	Junio 2025
		Fecha revisión
		Junio 2025

Guía clínica de histeroscopia ambulatoria.

I. Introducción

- Objetivos de la guía.
- Alcance y población objetivo.

El objetivo de esta guía es proporcionar a los profesionales sanitarios información actualizada y basada en la evidencia sobre la histeroscopia ambulatoria, con especial referencia a la minimización del dolor y la optimización de la experiencia de la mujer.

La ginecología está cambiando a medida que se convierte en una especialidad principalmente ambulatoria. Los procedimientos quirúrgicos que antes se realizaban en el quirófano se realizan cada vez más en el ámbito ambulatorio. Esto sucede con los procedimientos histeroscópicos, que tradicionalmente se realizaban en el quirófano, pero que actualmente se realizan en el ámbito ambulatorio como primera opción en muchos centros. Fundamentalmente, esto ha demostrado ser más eficiente y tolerable para las pacientes. Esta guía proporcionará una visión general de las indicaciones, las guías actuales y las mejores prácticas para los profesionales que realizan histeroscopias ambulatorias, tanto diagnósticas como terapéuticas.

II. Definición de histeroscopia ambulatoria

- Diagnóstica.
- Terapéutica.
- Ambulatoria versus en quirófano.

La histeroscopia en un quirófano formal puede provocar ansiedad en la mujer y anular las ventajas económicas asociadas al entorno ambulatorio.

Los avances en la tecnología endoscópica y la instrumentación auxiliar han facilitado el desarrollo de procedimientos histeroscópicos quirúrgicos en un entorno ambulatorio, con o sin anestesia local. La histeroscopia ambulatoria es un procedimiento diagnóstico y terapéutico consolidado para diagnosticar y tratar patología intracavitaria, el manejo de patologías en el campo de la reproducción y la inserción/extracción de dispositivos intrauterinos.

Entre las ventajas ofrecidas frente a la realización en ámbito quirófano se encuentran las siguientes:

- Rápida movilización postoperatoria e incorporación a su actividad diaria.
- Satisfacción elevada.

El procedimiento implica el uso de un equipo endoscópico mínimamente invasivo para el acceso a la cavidad uterina, sin necesidad de sedación intravenosa ni anestesia regional o general.

Sin embargo, se debe informar a las mujeres sobre otros entornos y modos de anestesia para la histeroscopia (p. ej., procedimiento con anestesia general o regional, sedación intravenosa) como alternativa a la histeroscopia ambulatoria.

III. Indicaciones

La histeroscopia ambulatoria está indicada como procedimiento diagnóstico o terapéutico de procesos que afectan a la cavidad uterina, los ostiums tubáricos o el canal endocervical.

El abordaje histeroscópico es adecuado para biopsias endometriales, polipectomías, resección de miomas, ablación endometrial, esterilización, la extracción de productos de la concepción retenidos, la recuperación de dispositivos intrauterinos retenidos y tratamiento de malformaciones uterinas. Es importante la iconografía asociada a la misma. Se realiza mediante la introducción de histeroscopio por vía transcervical en la cavidad uterina para visualizar y evaluar la misma.

La histeroscopia ambulatoria, ya sea diagnóstica o terapéutica, es exitosa, segura y bien tolerada por la mayoría de las mujeres. Sin embargo, como cualquier procedimiento que requiera instrumentación uterina, la histeroscopia ambulatoria puede estar asociada con dolor y ansiedad.

Esto no solo afecta la satisfacción de las mujeres con su experiencia, sino que también limita la viabilidad y, posiblemente, la seguridad, precisión y eficacia del procedimiento. Para minimizar el dolor y las molestias, se desarrollaron histeroscopios de menor diámetro, adaptaciones en la técnica y el uso de agentes farmacológicos. Esta guía evalúa estos componentes, junto con aspectos relacionados con la prestación óptima del servicio.

- HUD (Hemorragia Uterina Disfuncional)
- Biopsias endometriales (lesiones sospechosas de malignidad)
- Pólipos endometriales
- Miomas uterinos
- Patología en relación al ámbito de la reproducción: Endometritis, Malformaciones uterinas
- Persistencia de restos trofoblásticos
- Adenomiosis
- Patología yatrogénica: Adherencias intrauterinas, istmoceles
- Extracción de DIUs y otros cuerpos extraños
- Valoración de lesiones endocervicales

IV. Contraindicaciones

- Infección pélvica activa.
- Embarazo.
- Sangrado uterino intenso activo.
- Perforación uterina reciente.

En cuanto a la preferencia de la paciente. Si una paciente considera la técnica inaceptable en el ámbito ambulatorio o si un procedimiento ha fracasado previamente en éste ámbito, podría requerir su realización en quirófano.

V. Equipos y material

- Sala de área quirúrgica y personal adscrito al área: La histeroscopia ambulatoria debe realizarse en una sala de tratamiento de tamaño adecuado y completamente equipada. Se requiere una dotación de personal adecuada, que variará según las circunstancias locales (población de pacientes, número de pacientes atendidos). En general, se contará con un mínimo de dos personas, idealmente tres, como mínimo, personal de apoyo, compuesto por al menos una enfermera y un auxiliar de enfermería. Uno de los miembros del personal debe actuar como acompañante de la mujer durante el procedimiento para brindarle tranquilidad, explicaciones y apoyo. Esta comunicación con la mujer puede ayudar a aliviar la ansiedad.
- Histeroscopios de diferentes diámetros para su uso en consulta (ópticas de 2.9 y 4 mm).
- Dispositivos histeroscópicos: pinzas, tijeras, morceladores, versapoint, láser, electrodos de plasma, asas de resección.
- Fuentes de luz, cámaras, equipos para de distensión (preferiblemente bomba de infusión continua) y medios de distensión (solución salina).
- La sala de tratamiento debe ser privada y acogedora para la paciente, con un vestuario separado, idealmente contiguo, con baño. Debe haber instalaciones de reanimación adecuadas, así como una zona de recuperación. Es necesario el acceso a instalaciones de descontaminación, tanto internas como externas, de un estándar adecuado.
- La música y el uso de gafas de realidad virtual reducen el dolor y/o la ansiedad asociados con la histeroscopia ambulatoria. Sin embargo, si se utilizan, las unidades deben garantizar que la comunicación con el personal sanitario no se vea afectada y tener en cuenta que estos complementos pueden no ser adecuados para todas las mujeres o personas.

VI. Técnica

- Información que se debe proporcionar **antes** de la histeroscopia ambulatoria
- Atención **después** de una histeroscopia ambulatoria
- **Procedimiento** para la histeroscopia diagnóstica y diagnóstica: **Selección de pacientes, preparación de la paciente, equipo y medios de distensión.**
- **Inspección sistemática:** canal cervical, cavidad, ostiums tubáricos, endometrio.
- **Registro y documentación.**

Información que se debe proporcionar antes de la histeroscopia ambulatoria

Se debe proporcionar a la mujer información escrita adecuada, clara y sencilla, en el idioma que prefiera, siempre que sea posible.

Esta información debe incluir las siguientes recomendaciones:

Toma de analgésicos orales una hora antes de la cita programada.

Detallar las implicaciones del procedimiento, sus beneficios y riesgos (incluido el dolor) y las alternativas de atención (p. ej., alternativas a una histeroscopia ambulatoria) y analgésicos (p. ej., analgesia inhalada, anestesia local, etc.).

Cuando se ofrezcan tratamientos simultáneos **«ver y tratar»**, es importante que esto se refleje en la información para la paciente para facilitar una elección informada.

Se debe informar a las mujeres sobre las alternativas para el manejo del dolor (p. ej., sedación intravenosa, anestesia regional o general) que pueden elegir si les preocupa someterse a una histeroscopia ambulatoria o si el procedimiento debe suspenderse a petición de la mujer.

Es importante reconocer que la histeroscopia puede causar más dolor y trauma en algunas mujeres, pero predecir estas experiencias adversas puede ser difícil. Sin embargo, se debe

informar a las mujeres que un procedimiento ambulatorio puede ser más doloroso y traumático si han experimentado:

- Episodios de hipotensión durante la menstruación debido al dolor.
- Dolor intenso o ansiedad durante exploraciones vaginales previas, incluyendo citologías cervicales
- Eventos traumáticos, especialmente violencia sexual.

Incluir la indicación del procedimiento, sus implicaciones, cualquier procedimiento adicional que pueda ser necesario, los posibles efectos adversos y los beneficios y riesgos en comparación con otras opciones de atención alternativas, que deben abarcar otros entornos y modalidades de anestesia para la histeroscopia.

El histeroscopista debe informar a la mujer que es probable que experimente dolores menstruales y dolor abdominal bajo durante o después del procedimiento. Sin embargo, se debe advertir al paciente que si el procedimiento le resulta demasiado doloroso o angustiante en cualquier momento, debe informar al equipo clínico, quien lo suspenderá de inmediato.

Atención después de una histeroscopia ambulatoria

Tras el procedimiento, se debe dar tiempo a la mujer para que se cambie de ropa.

El histeroscopista debe explicar los hallazgos clínicos y proporcionar información postoperatoria, idealmente tanto verbal como escrita.

Indicar a las mujeres que contacten si experimentan:

- dolor abdominal que no se controla con analgésicos simples
- sangrado abundante
- síntomas/signos de sepsis (fiebre, escalofríos o flujo vaginal maloliente)

Procedimiento

- Selección de pacientes
- Preparación de la paciente
- Equipo
- Inspección sistemática: canal cervical, cavidad, ostiums tubáricos, endometrio.
- Registro y documentación.

Selección de pacientes

La selección de pacientes es crucial para el éxito de la histeroscopia ambulatoria . La paciente debe comprender completamente el procedimiento.

Preparación de la paciente

Antes del procedimiento, se debe proporcionar a la paciente información verbal y escrita, explicándole qué esperar y aconsejando que coma, beba y tome analgésicos simples (preferiblemente antiinflamatorios no esteroideos [AINE] si no hay contraindicaciones) una hora antes de la cita.

Se debe obtener el consentimiento por escrito y, si está indicado, realizar una prueba de embarazo.

Se debe documentar la última menstruación o la fecha de la menopausia, junto con el uso de cualquier anticonceptivo hormonal o terapia de reemplazo hormonal (TRH).

No hay evidencia de que el uso previo de preparación cervical facilite y reduzca el dolor del procedimiento.

Se debe presentar a la paciente a los miembros del equipo, generalmente un médico y una enfermera auxiliar, antes de desvestirse.

Explicarle que tiene el control del procedimiento y que, si en algún momento deseara suspenderlo, se le dará seguimiento y se le apoyará en su decisión.

La paciente debe ser colocada en litotomía en una camilla quirúrgica y cubierta adecuadamente para respetar su intimidad

El equipo

1. Histeroscopios

Existen muchos tipos diferentes de histeroscopios disponibles , se recomienda usar el de diámetro más

pequeño disponible.

El histeroscopio se compone de óptica, vainas e instrumental que se introduce por el canal de trabajo.

Ópticas

Tienen una variedad de opciones de ángulo, de 0 a 70 grados. El histeroscopio de 0 grados proporciona una vista panorámica del útero, mientras que los angulados permiten una mejor visión de los ostium o cavidades con forma anormal.

Los histeroscopios también están disponibles en versiones flexibles o rígidas. Los flexibles se asocian con menos molestias, pero con una mayor duración del procedimiento y una mayor tasa de fracaso.

El tipo y el ángulo del histeroscopio deben quedar a criterio del operador.

Los histeroscopios diagnósticos tienen un diámetro de 2,7 mm y una vaina de 3 a 3,5 mm, lo que reduce la necesidad de dilatación cervical, lo que resulta en menos dolor para la paciente.

El equipo debe permanecer estéril .

La longitud de trabajo de un histeroscopio se mide desde el ocular hasta la punta distal, y puede oscilar entre 160 y 302 mm.

Los histeroscopios tienen un diámetro mayor entre 5 y 6 mm que permiten su utilización en consulta.

Vainas

Son la parte del histeroscopio donde se introduce la óptica y la entrada y salida del medio de distensión

- 1 Interna : Alberga el canal de entrada del medio de distensión uterino y el canal de trabajo (generalmente de entre 5 y 7 Fr (3 frenchs equivalen a 1 mm).
- 2 Externa : Alberga el canal de salida del medio de distensión.

Su calibre global se refiere al diámetro de la vaina externa y puede oscilar entre 3 y 10 mm, éstos últimos no se usan en consulta por su diámetro que requeriría anestesia regional

El histeroscopio de diámetro de 3 mm con una óptica de 1,9 mm y canal de trabajo de 5 mm. Otros histeroscopios tienen una vaina externa entre 4 y 5 mm, con una óptica de 2,9 mm y canal de trabajo de 5 mm. Habitualmente se puede trabajar sin vaina externa para mejorar el confort de la paciente.

Los histeroscopios (con 3 - 3,5 mm) deberían usarse para la histeroscopia diagnóstica dado que reducen significativamente el dolor que experimenta la paciente (Grado de recomendación A) .

Las vainas de los histeroscopios para uso terapéutico pueden llegar a 5,5-6mm, permitiendo su uso en consulta con o sin anestesia paracervical.

Tanto las vainas de diagnóstico como las operatorias están equipadas con puertos para la infusión de medios de distensión. Para drenar y así mejorar la visualización de la cavidad uterina, algunas vainas operativas tienen puertos duales que proporcionan flujo laminar continuo de medios de distensión.

Material operatorio

Podemos utilizar distintos elementos, todos insertados a través del canal de trabajo del histeroscopio diagnóstico:

1. Mecánicos

Son instrumentos semirrígidos, especialmente diseñados para introducirse en la cavidad uterina a través del canal de trabajo.

- Tijera roma, tijera puntiaguda, tenáculo, pinza en sacabocados, pinza de agarre, pinza de cuchara y pinza de agarre con tenáculos y púa. Los más usados son las pinzas de agarre, pinzas de biopsia y tijeras . Tienen un diámetro de 2-3 mm y una longitud de 34 cm.
- Morceladores: dispositivo de 35 cm de longitud constituido por dos tubos de metal huecos, rígidos y desechables que se introducen uno dentro de otro y a su vez en un histeroscopio rígido. Cortan y aspiran al mismo tiempo y sus revoluciones por minuto para el corte varían de unos a otros . El material es extraído por aspiración y recogido para estudio histológico. Existen histeroscopios de 6 mm, 7 mm y 9 mm para su utilización. No utiliza electrocoagulación.

2. Electroquirúrgicos:

Minirresectoscopio: es la miniaturización del resectoscopio tradicional hasta los 5,3 mm, lo que hace que no requiere dilatación cervical facilitando su uso en histeroscopia ambulatoria. Está

diseñado para el uso exclusivo de energía bipolar, aportando así más seguridad para el paciente.

Se puede utilizar con distintos terminales: asa de corte, asa de Collins, bola para adaptarse a la patología que se va a tratar.

3. Láser de diodo:

Son fibras láser de pequeño diámetro, que permite su uso con histeroscopios de pequeño calibre. Se trata de energía liberada por un átomo en forma de fotones cuando es estimulado por una fuente externa de energía. Produce una longitud de onda de 980 nm y puede cortar y vaporizar el tejido al tiempo que consigue una buena hemostasia.

4. Sistemas de ablación endometrial:

Existen dispositivos triangulares en forma de abanico que permiten realizar una ablación endometrial de forma rápida y sencilla. Se adaptan al interior de la cavidad uterina y, tras realizar un vacío, utilizan energía eléctrica por radiofrecuencia para eliminar la mucosa uterina.

También existen los dispositivos en balón que usan calor para el mismo fin. Pueden utilizarse en procedimientos ambulatorios.

2. Sistemas video-ópticos

Se compone de cuatro elementos básicos:

A. Monitor

Existen diferentes tipos en el mercado, desde los más sencillos a los más sofisticados.

Para conseguir un buen rendimiento de la cámara es preciso tener un buen monitor y viceversa. Todo el equipo debe ir en consonancia de calidad.

B. Videocámara endoscópica:

A la hora de elegir una videocámara hay que tener presente:

- 1 La resolución: expresada por número de líneas en píxeles
- 2 Sensibilidad por unidades de lux.

3 Alta calidad de salida y de imágenes de vídeo.

C. Unidad de vídeo para grabación de imágenes.

D. Impresora para obtener material fotográfico.

3. Fuente de luz

Como la histeroscopia se realiza siempre bajo visión video-endoscópica, las características de la fuente de luz tienen una gran repercusión en la calidad de la imagen. La fuente de luz fría puede ser halógena que proporciona una luz más amarillenta o de xenón, más recomendable y también más cara, con la que se obtienen mejores resultados pues brinda una luz blanca y una calidad superior de imagen. En general 175 W de potencia son suficientes para intervenciones rutinarias. Para realizar todo tipo de intervenciones son recomendables potencias de 300 W. Este debe ser el último elemento que se encienda al inicio de una exploración y el primero que se apague al finalizar. Cuando no se está utilizando se recomienda modo espera puesto que la repetida conexión y desconexión puede ser perjudicial para la lámpara.

4. Cable de luz

Es un cable de fibra óptica que conecta la óptica con la fuente de luz. Normalmente tiene 5 mm de diámetro y 180 cm de longitud. Debe ser manipulado con cuidado para evitar su desgaste y prolongar su tiempo de uso. Evitar doblarlo en exceso y usar un sistema de esterilización adecuado.

5. Medios de distensión

La cavidad uterina requiere distensión para una adecuada visualización, pero es necesario evitar la sobredistensión que puede causar dolor, por ello no debemos hacer uso de presiones altas si no son necesarias.

Actualmente el medio de distensión más utilizado es el suero fisiológico. Existen medios de distensión gaseosos (CO₂), a pesar de presentar buenas propiedades ópticas, presenta inconvenientes tales como disminución de la visualización y aumento del riesgo de embolia gaseosa. Para disminuir ese riesgo, el flujo debe ser menor de 100 ml/minuto y la presión usada menor de 100 milímetros de mercurio.

Existe mayor probabilidad de imágenes insatisfactorias, por burbujas o sangrado con dióxido de carbono

frente a suero salino RR 4,75 (IC 95: 1,61-16,4) .

El suero fisiológico es de elección cuando se va a realizar algún tipo de intervención o se va a usar energía bipolar . Al ser isotónico el riesgo de hiponatremia y disminución de la osmolaridad es muy bajo. Además presenta un bajo coste y reabsorción fisiológica a través del peritoneo. Permite la utilización de electrodos bipolares y láser. El riesgo de reacciones vasovagales es significativamente menor con suero que con dióxido de carbono OR 3,24 (IC 95: 1,23-8,54) .

El suero salino da mejores imágenes más frecuentemente y permite realizar la exploración más rápidamente que el dióxido de carbono.

Para perfundir el medio de distensión uterino se podrían utilizar varios sistemas:

- 1 Caída por gravedad. Elevando la bolsa de suero unos 90-100 cm sobre el periné de la paciente.
- 2 Manguito de presión. Colocado alrededor de la bolsa de suero. Un asistente debe mantener una presión en torno a 80 mmHg.
- 3 Bomba electrónica de perfusión. Para realizar procedimientos más allá de la simple histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida, es aconsejable perfundir el medio de distensión con bomba (combinada de succión e irrigación, con presiones controladas electrónicamente), para evitar en lo posible la contracción uterina inoportuna. Para alcanzar una distensión uterina de alrededor de 50 mmHg hay que tener en cuenta los siguientes ajustes: flujo de 200 ml/min, presiones de irrigación 75 mmHg y presiones de succión de (-) 0,25 bar.

Es recomendable el uso de bombas de perfusión para realizar el procedimiento con mayor seguridad.

Inspección sistemática: canal cervical, cavidad uterina, ostiums tubáricos, endometrio.

La paciente debe ser colocada en posición ginecológica y cubierta con un campo quirúrgico.

Se aconseja la realización de vaginoscopia o abordaje sin contacto, el histeroscopio se introduce en vagina, a través del canal endocervical, hasta la cavidad uterina sin necesidad de un espéculo vaginal ni instrumentación cervical, lo que es menos doloroso y facilita la maniobrabilidad dentro de la cavidad uterina . El histeroscopio se coloca en la vagina y con el fluido se distiende y permite la visualización del cérvix. Se debe entrar lentamente en el orificio cervical externo y dilatar el canal endocervical y el orificio cervical interno con el líquido de distensión, una vez dentro se deben identificar los ostium para confirmación de la correcta posición dentro del útero. Se deben examinar todas las paredes del útero y tomar biopsias bajo visión directa de cualquier área anormal. Una vez finalizado el procedimiento se debe retirar lentamente el histeroscopio .

Después del procedimiento, la paciente debe tener unos minutos para recuperarse. La mayoría de las mujeres se vestirán y se sentirán lo suficientemente bien como para irse de inmediato, tras informar sobre los hallazgos durante el procedimiento.

Durante la realización de la exploración tendremos presente siempre que sea posible la técnica de “ver y tratar”

Registro y documentación.

La mayoría de las unidades de histeroscopia utilizan formularios estandarizados, ya sean escritos o digitalizados, para registrar la técnica y los hallazgos del procedimiento.

VII. Dificultades , complicaciones y manejo.

La histeroscopia ambulatoria en consulta es una exploración segura, la frecuencia de complicaciones descritas a corto plazo es muy baja, de un 0,13% para solo histeroscopias diagnósticas y de un 0,95% para terapéuticas. Esta tasa de complicaciones puede ser aún menor si usamos la técnica de la vaginoscopia . La frecuencia de complicaciones a largo plazo es muy baja.

- Estenosis cervical
- Dolor.
- Trauma uterino : Laceraciones y perforación uterina.
- Cuadros vasovagales
- Sangrado.
- Infecciones.
- Síndrome de sobrecarga por medio de distensión.

Estenosis cervical

La dilatación cervical causa dolor y malestar y requiere el uso de anestesia local cuando nos encontramos con un cérvix estenótico.

La administración de anestesia local conduce a una reducción del dolor durante la realización de la histeroscopia. Se han investigado la vía tópica (aplicación de anestesia local directamente sobre exocervix, transcervical (instilación de anestesia local a través del cérvix mediante una cánula o dentro del medio de distensión), intracervical (inyección de anestesia local directamente en exocervix) y paracervical (anestésico local en la región cervicovaginal). Se puede usar misoprostol para maduración cervical en algunos casos.

Dolor

Las mujeres suelen encontrar dolor tolerable, especialmente cuando están informadas sobre la duración y las molestias que podrían experimentar. Se recomienda analgesia oral 1 hora antes del procedimiento, anestesia local y si es necesario sedación consciente.

La sedación consciente se define como una depresión de la consciencia inducida por fármacos durante la cual las mujeres responden intencionadamente a órdenes verbales, ya sean solas o acompañadas de una estimulación táctil, donde no se requieren intervenciones para mantener la vía aérea permeable cuando la ventilación espontánea es adecuada y la función cardiovascular se mantiene.

Este tipo de sedación puede ser oral, IV o inhalado, se debe realizar una monitorización estrecha: frecuencia cardiaca, TA, frecuencia respiratoria, pulsioximetría. Evitar este tipo de sedación en pacientes de riesgo: obesas, mayores o con comorbilidades.

Trauma uterino

Aquí englobamos laceraciones del cérvix y perforación uterina. Su frecuencia está entre el 0,002 y el 1,7%, siendo menor cuanto menor es el diámetro del histeroscopio.

Son las complicaciones más frecuentes especialmente cuando la histeroscopia es solo diagnóstica. Si se encuentra una resistencia importante al paso del histeroscopio por el cérvix, éste puede necesitar preparación, y si está disponible un histeroscopio flexible debería usarse, para conocer el ángulo de inclinación del cérvix.

Los factores asociados con la perforación son:

- 1 Dilatación a ciegas
- 2 Estenosis cervical
- 3 Canal cervical tortuoso

4 Cavidad uterina en posición forzada

Las perforaciones uterinas en la línea media raramente producen morbilidad salvo que sean con elementos electroquirúrgicos o láser, las perforaciones laterales pueden ocasionar hematomas retroperitoneales y las perforaciones cervicales pueden producir sangrado .

Síncope vasovagal

En ocasiones el paso a través del orificio cervical interno (OCI) puede desencadenar reflejos vagales intensos, provocando bradicardia, hipotensión y mareo. Es más frecuente que ocurra en pacientes nulíparas, en posmenopáusicas y en pacientes sometidas a cirugía cervical.

La mayoría se resuelve de forma espontánea, manteniendo a la paciente en ligero Trendelemburg. No obstante, en ocasiones es necesario farmacología.

Sangrado

Es una complicación poco frecuente en la histeroscopia en consulta , si bien conforme aumentan las técnicas operatorias realizadas en consulta su frecuencia puede ir en aumento. Para prevenirlas, en primer lugar es muy importante una correcta selección de los casos a realizar en consulta.

En caso de suceder un sangrado que no se pueda solucionar mediante coagulación del vaso con energía bipolar, puede ser necesario un taponamiento mediante la introducción de una sonda de Foley en la cavidad y su llenado con 30-50 ml de suero .

Infecciones

La presencia de infección tras una histeroscopia es extremadamente rara, menor del 1% , siendo más frecuente en aquellas mujeres con infección pélvica latente . Es por esta baja tasa de complicaciones infecciosas que no se justifica el uso de profilaxis antibiótica .

Complicaciones en relación con el medio de distensión

Para evitar esta complicación lo más correcto es la prevención. Para ello, en mujeres sanas deberíamos considerar suspender la técnica cuando el déficit de líquido sea mayor de 2.000-2500 ml de suero salino . Si bien con suero salino el riesgo de hiponatremia y de un descenso en la osmolaridad es muy bajo, existe riesgo de un edema pulmonar y fallo cardiaco especialmente en mujeres con morbilidad asociada

. En caso de sospecha o diagnóstico de esta complicación se recomienda un abordaje multidisciplinar dada la extrema gravedad que puede suponer dicha patología.

VIII. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSCOPIA EN CONSULTA

(adaptado de Guía SEGO)

Este consentimiento se formula de acuerdo con lo que establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

CENTRO SANITARIO SERVICIO DE:

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO

Obtener información sobre el aspecto de la cavidad uterina y el endometrio, así como de las lesiones que se pueden observar en su interior. En algunos casos también se pueden realizar procedimientos quirúrgicos con instrumentos de pequeño calibre. En mi caso, se realizará por

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La histeroscopia consiste en la introducción, a través de la vulva y vagina, de un sistema óptico en el canal cervical y en el interior de la cavidad uterina. Esto permite la visualización de las estructuras que recorre: conducto endocervical y cavidad endometrial. Para permitir esta visualización se introduce con el mismo sistema un haz de luz y se distiende la cavidad uterina por medio de un líquido (suero fisiológico) y, con menos frecuencia, por gas (CO₂). La exploración se suele completar, dependiendo del motivo de realización, con la práctica de biopsias endometriales o con el tratamiento parcial o total de determinados procesos (extirpación de pólipos, extirpación de miomas, resección de septos uterinos, extracción de cuerpos extraños, resolución de adherencias, etc.) utilizando instrumental de pequeño calibre

como tijeras, electrodos bipolares, láser de diodo, morceladores y resectores. La exploración puede no completarse por problemas para atravesar el conducto cervical y visualizar la cavidad, por sangrado o por reacciones o complicaciones que pueden aconsejar no seguir con el procedimiento. Se considera una técnica segura para ser efectuada de forma ambulatoria, sin ningún tipo de anestesia ni sedación. Sin embargo, no está contraindicada la utilización de óxido nitroso o anestesia local paracervical en algunos casos.

COMPLICACIONES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad...), lleva implícitas una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Las complicaciones específicas más frecuentes de esta técnica son: dolor, reacciones vagas (mareo, sudoración, malestar), hemorragia, perforación uterina o desgarros cervicales. Por mi situación actual, el médico me ha informado de que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

.....

Si en el momento del procedimiento surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica programada.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatómico-patológico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. En función de dichos resultados podría indicarse de nuevo un segundo procedimiento. Es necesario, por parte de la paciente, advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia.

ALTERNATIVAS

Actualmente la única alternativa es el legrado uterino, que requiere anestesia, realización en quirófano y es una técnica indirecta (no permite un diagnóstico directo por imagen). Por otra parte, los hallazgos histerectomía. **AUTORIZO** a que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación. También autorizo a que se hagan fotos o videos para documentar el caso o con fines docentes de difusión del conocimiento

científico, siempre que sea preservada mi identidad de forma confidencial.

Apellidos y nombre de la paciente
..... DNI de la **paciente**
..... Apellidos y nombre del/de la..... **representante** legal de la
paciente*
DNI del **representante legal** de la paciente*

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Me han informado y he entendido plenamente los riesgos posibles. Si surge alguna complicación, doy mi consentimiento para que se haga lo que sea necesario y convenga. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos del tratamiento propuesto. Apellidos del **médico** que informa

Nombre del **médico** que informa
.....
..Nº de colegiado

Fdo: El/la **médico** que informa Fdo: La **paciente** Fdo: El/la **representante legal** * * En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento

Fecha y lugar

REVOCACIÓN (DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO OTORGADO) Firma y DNI de la **paciente o su representante*** * En el caso de que la paciente sea menor de edad o incapaz de dar el consentimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Outpatient hysteroscopy. Green top guideline nº 59; 2024. BJOG. DOI: 10.1111/1471-0528.17907

Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Best practice in outpatient hysteroscopy. Green top guideline nº 59; 2011. Disponible en: www.evidence.nhs.uk

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Histeroscopia en consulta. Guía de Asistencia Práctica. Ana Pascual Pedreño, José Luis Sánchez Iglesias, Pere Brescó i TorrasGemma Escribano Montesdeoca, Eugenia PeiróGonzález, Jesús Salvador Jiménez López, Ana Boldó Roda, Juan Gilabert EstellésJorge Fernández Parra. Prog Obstet Ginecol .2021;64:230-253

British Society of Gynaecological Endoscopy (BSGE). Newsletter of the British Society for Gynaecological Endoscopy. The Scope, Internet Vol. 20, 2018.

ACOG Committee Opinion No 800. American College of Obstetricians and Gynecologists. The use of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology. Obstet Gynecol 2020;135:e 138-48

Anna Graham,Shreelata Datta. Outpatient hysteroscopy. Review. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive 7-11..<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.001>