

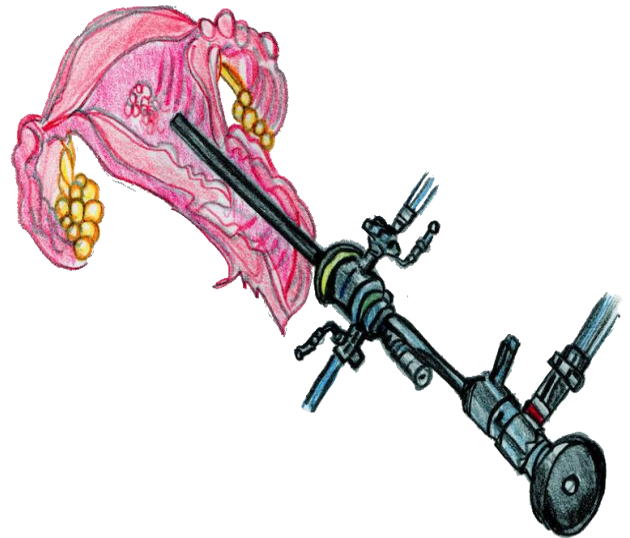


La histeroscopia es una técnica muy segura, tanto la diagnóstica como la terapéutica en quirófano, con una tasa de complicaciones baja y en general, sin repercusión sobre la salud de las pacientes.

Las complicaciones varían dependiendo del escenario donde realicemos la histeroscopia, esto es dependiendo de hacerla en consulta y sin anestesia o en quirófano bajo anestesia. La tasa de complicaciones ronda el 10-20% de las técnicas.

¿QUÉ SON LA CLAMYDIA Y EL GONOCOCO?

FRACASO DE LA TÉCNICA: La complicación más frecuente de la histeroscopia es el no conseguir realizar la técnica, ya sea por dificultades al inicio de la técnica (no acceder a la cavidad, falta de tolerancia...) así como situaciones in situ de la cavidad (sangrado que dificulta la visión, dolor no tolerado por la mujer, mala preparación del endometrio o no conseguir resección completa de la patología o suspensión de la prueba por exceso de suero).



SANGRADO: Como cualquier técnica invasiva, el sangrado y la infección son complicaciones potenciales. La prevalencia del sangrado en la histeroscopia diagnóstica es relativamente baja, y en la mayoría de los casos, no requiere intervenciones adicionales más allá de la finalización del procedimiento.

En la histeroscopia quirúrgica, según el caso (pej, restos abortivos) existe un mayor riesgo de sangrado significativo. En ocasiones puede requerir un manejo activo de la coagulación (xej, amchafibrin 1 gr. IV), uterotonicos (prostaglandinas o methergyn) o compresión mediante sonda de foley pediátrica intrauterina con un volumen de 5-10 cc.

INFECCIÓN: En cuanto a la infección, es una complicación muy infrecuente, causante por microorganismos vaginales ascendidos por arrastre (endometritis o piometritis) o por paso tubárico a través de las trompas (Enfermedad pélvica inflamatoria). Es por ello que la presencia de un agente infeccioso de base es una contraindicación para la histeroscopia, por lo que cualquier paciente que presente signos o síntomas de infección activa deben ser evaluados adecuadamente.

Aun así, la infección es tan infrecuente, que no está contemplado hacer una profilaxis antibiótica ni antiséptica vaginal previa a la histeroscopia.

En la histeroscopia quirúrgica existe mayor riesgo potencial de infección. Sin embargo, se tiende a sobreestimar y sobredimensionar esta posibilidad, aumentando el uso innecesario de antibioterapia profiláctica, sin ninguna evidencia. Este tipo de complicaciones son mínimas y extremadamente infrecuentes.

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

DOLOR: Es la complicación leve más frecuente, sobre todo a nivel de entrada en cavidad por el canal endocervical, ya que es una estructura con abundantes terminaciones nerviosas.



Dado que el dolor es una experiencia subjetiva y varía según cada paciente, es esencial que el personal (médico/enfermere) valore y respete la adaptación y tolerancia de la paciente durante el procedimiento. La comunicación efectiva con la paciente y brindar apoyo emocional son fundamentales para disminuir la ansiedad y la percepción del dolor. Para minimizar el dolor durante la histeroscopia diagnóstica, se pueden seguir varias estrategias:

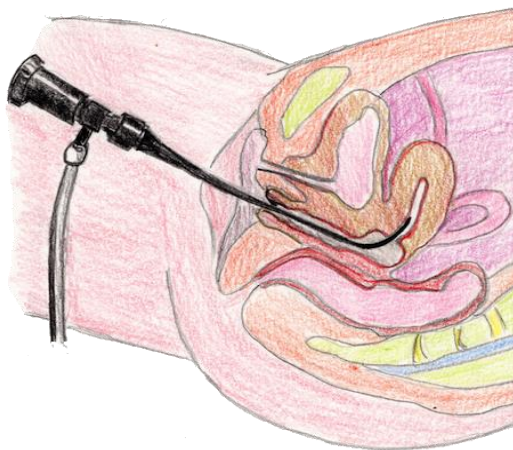
- Evitar la espera prolongada en la sala de espera.
- Informar adecuadamente, tranquilizar y distender la conversación.
- Utilizar métodos de relajación (música, gafas de realidad virtual...)
- Inserción cuidadosa y sin especulo ni tenacuo: El médico debe realizar la inserción mediante vaginoscopia sin estos dispositivos, con delicadeza y habilidad para evitar traumatismos innecesarios y disminuir la incomodidad en la fase más inicial de la técnica
- Presión baja de infusión de líquido: El uso presiones de infusión altas para distender la cavidad uterina aumenta la sensación de incomodidad o dolor.
- Rapidez en la realización del diagnóstico y abordaje terapéutico preciso: Un procedimiento rápido y eficiente reduce el tiempo de exposición al dolor.
- Analgesia paracervical e hipotónicos: En algunos casos, especialmente en pacientes con mayor sensibilidad al dolor o situaciones clínicas específicas, el médico puede considerar la administración de analgésico local intracervical antes del procedimiento y el uso de benzodiazepinas previa a la técnica, aunque no está claramente demostrado que esta práctica reduzca el dolor en el procedimiento.

SÍNDROME VASOVAGAL: Es la complicación vascular del dolor, siendo una respuesta fisiológica al estímulo doloroso. Consiste en la vasodilatación periférica, con bajo gasto cardíaco secundario. Los síntomas consisten en mareo, boca seca, sudoración fría llegando en casos serios a pérdida de conocimiento y en el extremo a parada cardiorrespiratoria. Los signos son frialdad periférica, ausencia de latido periférico captante, bradicardia e hipotensión.

La resolución del cuadro pasa por reconocer síntomas de manera precoz, suspender estímulo, maniobras físicas (posición de trendelenburg para aumentar el flujo de retorno al corazón y al cerebro) y atropina (0,01 mgs x kg de peso) en cualquiera de sus vías (subdérmica/intramuscular/mucosa o endovenosa). En caso de parada cardiorrespiratoria, además de dichas medidas, sería necesario iniciar medidas de RCP.

OTRAS: otras complicaciones más graves, como la perforación uterina, son prácticamente inexistentes, ya que la paciente está despierta y el dolor supone una advertencia si estamos realizando una falsa vía o una perforación.

HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA



PERFORACIÓN: Es la complicación más frecuente y específica de esta técnica. Consiste en la ruptura de la estanqueidad uterina secundaria a ruptura de la pared miometrial. Se suele producir en dos fases la técnica, durante la dilatación mecánica, ("falsa vía"), y durante la resección, sobre todo en la patología miometrial/miomas.

Es fundamental el reconocimiento precoz. Debemos sospecharlo tanto en la histerometría con tamaños de cavidad superiores a 12 cms, pérdida de resistencia y topes completos durante la dilatación, sangrado profuso, ausencia de tope de presión de infusión de medio dentro de cavidad, visualización de orificio de perforación, visualización de asas de intestino o apéndices grasos.

Para minimizar el riesgo de perforación uterina, existen una serie de medidas básicas que debemos tener en cuenta:



- Utilización de técnicas de dilatación adecuadas: Al dilatar el canal cervical, se deben usar técnicas suaves y progresivas para evitar forzar el paso del histeroscópico, lo que podría aumentar el riesgo de perforación. La presión de infusión demasiado alta también puede facilitar la creación de una "falsa vía".
- Durante la utilización del resectoscopio, debemos EVITAR EJERCER PRESIÓN EN SENTIDO CRANEAL. Una vez activado el resectoscopio, este no debe permanecer nunca estático y su movimiento debe ser siempre en sentido cráneo-caudal. Además, debemos evitar realizar múltiples cortes en un mismo lugar del miometrio. Sabemos que el grosor miometrial normal suele ser de, al menos, 12-15 mm y que cada "pasada" con el resectoscopio no suele superar los 5 mm de profundidad. Por ello, el primer corte con el resectoscopio es casi siempre seguro, no así los posteriores.
- Realizar un estudio prequirúrgico adecuado: sobre todo en caso de cirugías complejas, como resecciones miometriales o cirugía de malformaciones uterinas, puede ser beneficioso la realización de técnicas de imagen avanzadas como la ECO 3D o la RMN. También suele recomendarse la histeroscopia diagnóstica previa a cualquier histeroscopia quirúrgica.
- Está demostrado que la tasa de perforación es muy operador-dependiente, por lo que los procedimientos complejos deben ser realizados por profesionales adecuadamente entrenados.

Mientras que la mayoría de las guías clásicas recomiendan realizar laparoscopia diagnóstica para revisión de cavidad y asas intestinales por riesgo de lesión intestinal, en la actualidad, ante una perforación mecánica se maneja conservadoramente, instaurando una profilaxis antibiótica empírica (xej augmentine o quinolonas) y observando clínicamente a la paciente. Por contra, si la perforación se produce usando energía (por ejemplo, resectoscopia con asa de resección mono o bipolar) sí que se incentiva a realizar la laparoscopia exploradora por el riesgo de daño térmico a un asa de intestino.

SOBRECARGA DE MEDIO DE DISTENSIÓN: Es la complicación más peligrosa, potencialmente mortal si no se realiza una previsión, conteo y manejo adecuado. Consiste en la extravasación y absorción de medio de distensión, medido por balance (entradas menos salidas contabilizadas). Es esencial diferenciar entre la extravasación de suero salino fisiológico y la extravasación de glicina, ya que tienen diferentes consecuencias y manejo.

El suero salino fisiológico es una solución salina balanceada y se considera más seguro en comparación con la glicina. Se considera que puede tener repercusión a partir de 2000-2500 mL, aunque se deba individualizar según patología concomitante (por ej, insuficiencia renal o cardíaca, hipertensión no controlada, obesidad con insuficiencia restrictiva...). La extravasación de suero salino no suele tener efectos clínicos graves en la mayoría de los casos, especialmente si el volumen extravasado es pequeño.

La glicina es un medio de distensión no electrolítico y no isotónico, lo que significa que puede causar un desequilibrio osmolar si se absorbe en grandes cantidades. La extravasación de glicina es más preocupante y puede llevar a complicaciones más graves. (Se considera peligroso a partir de 1000 mL). Si la glicina es absorbida en grandes volúmenes, existe el riesgo de hiponatremia hipoosmolar, lo que puede resultar en una concentración baja de sodio en sangre y una dilución del plasma. Esta condición puede ser difícil de manejar y requerir una reposición cuidadosa del sodio y una vigilancia intensiva.

La sobrecarga de medio de distensión puede llevar a complicaciones graves, como:

- **Hiponatremia hipo-osmolar:** Principalmente asociada con la sobrecarga de glicina, puede requerir reposición adecuada de sodio y un manejo cuidadoso del equilibrio de líquidos y electrolitos.
- **Sobrecarga circulatoria:** Se relaciona con la extravasación de grandes volúmenes de líquido, lo que puede resultar en anasarca (edema generalizado), insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón e incluso shock cardiogénico con paro cardiorrespiratorio.



Mantener a la paciente despierta durante el procedimiento puede ser útil para detectar signos tempranos de extravasación, ya que puede comunicar cualquier sensación inusual, dolor o malestar en el área del abdomen. La comunicación abierta con la paciente es esencial para garantizar una detección oportuna de complicaciones y tomar medidas adecuadas

El tratamiento de la extravasación del medio de distensión dependerá de la magnitud y las consecuencias de la complicación. En casos leves, el manejo puede incluir la observación y monitoreo cuidadoso de la paciente. Si se detecta una extravasación significativa, es posible que se deba reducir o detener la infusión del medio de distensión y considerar medidas para drenar el exceso de líquido.

En situaciones más graves, puede ser necesario tomar medidas más agresivas, como una corrección de electrolitos y la administración de diuréticos para reducir la sobrecarga de líquidos. En casos extremos con hiponatremia grave o complicaciones cardiovasculares, puede requerirse la asistencia de un equipo de cuidados intensivos y medidas de reanimación.

SECUNDARIAS A LA ANESTESIA: en sus diferentes modalidades (excede la finalidad de este vídeo).

CONCLUSIÓN

Como se expone, la mayoría de las complicaciones son leves, sin repercusión para la vida de la paciente, más aún si se actúa con responsabilidad, habilidad y diligencia, sabiendo que ciertas circunstancias requieren suspensión de procedimiento, antes de encontrarnos con una complicación de mayor peligro y manejo más complejo.



AulaGinecología.com



Escanea el QR para ver el video!!

AulaGinecología.com