GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Recomendaciones en Histeroscopía

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-585-12**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

CIE-10: Capítulo 14 Enfermedades del sistema genitourinario
N93 Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales
N95 Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos
N97 Infertilidad femenina
Capítulo 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Q51 Malformaciones congénitas del útero y del cuello uterino
Capítulo 21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
Z30 Atención para la anticoncepción
Z31 Atención para la procreación
GPC
Recomendaciones en histeroscopía

ISBN en trámite

DEFINICIONES

La **histeroscopía** es la inspección endoscópica de la cavidad uterina y canal cervical mediante instrumentos ópticos especialmente diseñados. Se asocia con altos valores de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico y con altas probabilidades de éxito en el tratamiento de diversas patologías endometriales e intrauterinas, siempre y cuando exista un equipamiento adecuado y un entrenamiento del personal de salud suficiente. Se le llama **diagnóstica** cuando se utilizan instrumentos de calibre delgado, que sólo permiten el paso de la lente y de este modo visualizar la cavidad endometrial; y **operatoria**, cuando mediante el uso de una camisa de mayor calibre, se puede introducir instrumental para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos, ya sean tijeras, pinzas, o incluso electrodos para utilizar energía monopolar o bipolar, esta última también es llamada "en sala de quirófano". Es **"de consultorio"** cuando se realiza de forma ambulatoria, pudiendo o no llevar a cabo procedimientos mínimos que se acompañan de alguna forma de anestesoa-analgesia.

INDICACIONES

- Hemorragia uterina anormal pre o post-menopáusica
- Hiperplasia endometrial o pólipos
- Miomatosis submucosa
- Sinequias intrauterinas
- Anomalías Müllerianas
- Retención de dispositivo intrauterino u otro cuerpo extraño
- Paridad satisfecha
- Lesiones endocervicales

Los **algoritmos 1**, **2** y **3** muestran el abordaje de diversas patologías teniendo en consideración a la histeroscopía como opción terapéutica.

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo intrauterino viable;
- Infección pélvica aguda;
- Cáncer cervical o uterino conocido;
- Perforación uterina reciente;
- Imposibilidad de recibir anestesia en caso de Histeroscopía Operatoria;
- Sangrado uterino abundante (puede limitar la visualización durante el procedimiento, no es una contraindicación absoluta).

HISTEROSCOPÍA DE CONSULTORIO

La histeroscopía de consultorio es una alternativa segura, conveniente y con una buena relación costo/efectividad para el diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal y también en otras condiciones ginecológicas benignas como el estudio de la infertilidad, citología cervical glandular anormal y control de la fertilidad. En comparación con las pacientes a las que se les practica una histeroscopía operatoria, las mujeres que se manejan de forma ambulatoria requieren menos días de incapacidad (0.8 vs.3.3 días), presentan una menor pérdida de ingresos económicos por su reincorporación pronta a sus actividades laborales y disminuyen los asociados traslados hacia la unidad médica. Ante la sospecha de patología endometrial, el abordaje con una histeroscopía de consultorio y toma de biopsia endometrial es exitoso hasta en el 95% de los casos. El 19% de las biopsias realizadas se reportan como material insuficiente, de las cuales el 63% de los casos corresponden con sangrado postmenopáusico. Todas las unidades médicas que otorgan atención ginecológica deberían contar con un espacio dedicado exclusivamente a realizar histeroscopía ambulatoria, ya que contribuye a mejorar el manejo de las mujeres que presentan sangrado uterino anormal. Existen beneficios clínicos y económicos asociados a esta prestación de servicio.

REQUERIMIENTOS

El personal de salud contar con el entrenamiento y experiencia suficiente en la materia. Antes del procedimiento se deberá contar con un Consentimiento Informado de la paciente o persona legalmente responsable. Al finalizar el procedimiento se deberán informar datos de alarma, datos clínicos esperados tras la histeroscopía, además del plan de seguimiento de la paciente.

Histeroscopía de consultorio.
Histeroscopio rígido o flexible de calibre menor 5 mm, fuente de luz, tubería, cámara, monitor, vasija estéril, guantes estériles, tenáculo, valvas vaginales, solución salina, tripie o porta-suero. Debe realizarse en un espacio físico de un tamaño adecuado y con el equipamiento suficiente.

Histeroscopía de operatoria.
Se recomiendan el uso de histeroscopio rígido de 30° en caso de histeroscopía diagnóstica y el uso de 12° en caso de algún procedimiento operatorio. Es recomendable tener disponibles medios de distensión como solución salina (excepto si se utiliza energía monopolar) y glicina (sólo en caso de energía monopolar). Se sugieren bolsas de 1 y 3 L para evitar el recambio constante y detener el procedimiento. No se recomienda calentar las soluciones utilizadas para la distensión uterina en la histeroscopía debido a la posibilidad de sangrado.

PREPARACIÓN

Se deberá realizar una historia clínica completa, haciendo hincapié en síntomas relacionados con el motivo de la realización de la histeroscopía, antecedentes obstétricos y quirúrgicos y comorbilidades médicas, alergias, consumo de medicamentos; una exploración física general y un examen pélvico, con especial atención en el tamaño y movilidad del útero así como la permeabilidad del cérvix; también, se debe contar con prueba de embarazo, cultivo de secreción vaginal, si se sospecha de una cervicitis. Para las mujeres premenopáusicas con ciclos menstruales regulares, la fase proliferativa es la mejor para la visualización de la cavidad uterina; para el caso de mujeres en edad reproductiva con sangrado uterino irregular, el momento ideal para el procedimiento es impredecible, en estos casos se debería informar que podría ser necesario realizar un segundo procedimiento. Los agentes de adelgazamiento farmacológico sólo deben utilizarse cuando se planea la resección histeroscópica de algún mioma o la ablación endometrial. En mujeres post-menopáusicas, la histeroscopía se puede realizar en cualquier momento. En general, el uso de histeroscopios estrechos (calibre $\leq$ 5 mm), no requieren dilatación cervical, sobre todo en las mujeres premenopáusicas; de ser posible, la dilatación cervical mecánica debe evitarse ya que pueden ser muy dolorosas. La preparación cervical de forma rutinaria antes de practicar una histeroscopía de consultorio no debe de practicarse, a menos que exista evidencia de posibles beneficios en cuanto a disminución de dolor, de falla en la posibilidad de realizar el procedimiento y de trauma uterino. Para los pacientes en las que se sospeche que existirá la necesidad de practicar una dilatación cervical, la preparación con una prostaglandina (misoprostol) puede ser suficiente por sí sola o puede facilitar la dilatación mecánica; a pesar de que la dosis ideal no ha sido establecida, la gran mayoría de estudios recomienda utilizar 200 a 400 mcg vía vaginal antes del procedimiento. En el caso de la histeroscopía operatoria, la preparación cervical podría asociarse con una menor necesidad de practicar una dilatación cervical y menos riesgo de lesión uterina; aunque se reportan una mayor posibilidad de que la paciente presente efectos adversos asociados al uso de prostaglandinas. Los antibióticos no son administrados de rutina durante la histeroscopía para la prevención de la infección del sitio quirúrgico o endocarditis.

ANALGESIA / ANESTESIA

La anestesia puede ser necesaria para mejorar la comodidad de la paciente durante la histeroscopía. Realizar la histeroscopía sin anestesia o con anestesia local, permite tratar a la paciente en forma ambulatoria y acelerar su recuperación. En la mayoría de las indicaciones para realizar el procedimiento es considerado como menor y se puede realizar sin anestesia o con anestesia local. El uso rutinario de analgésicos opiáceos antes de practicar una histeroscopía de consultorio debe evitarse; ésta práctica puede asociarse con efectos adversos. De no existir contraindicación, se recomienda considerar aconsejar a la paciente que será sometida a una histeroscopía ambulatoria, tomar la dosis estándar de un antiinflamatorio no esteroideo alrededor de una hora antes del procedimiento, ésta práctica reducirá el dolor en el periodo postoperatorio. La anestesia local para la histeroscopía se puede administrar por vía tópica (cervical o intrauterino [transcervical]) o por inyección (intracervical, paracervical, o en ligamentos uterosacros). Se prefiere el bloqueo paracervical o en casos seleccionados, sin anestesia (histeroscopía diagnóstica con un histeroscopio < 4 mm de diámetro). No existe consenso en cuanto al método óptimo de alivio el dolor durante la histeroscopía ambulatoria. Una búsqueda en las guías nacionales e internacionales publicadas, no logró encontrar orientación sobre el uso habitual de analgesia durante la histeroscopía en pacientes ambulatorias. Se recomienda para realizar la histeroscopía en consultorio utilizar una combinación de un antiinflamatorio no esteroideo 30 minutos antes del inicio del procedimiento y un bloqueo paracervical 10 minutos antes. la anestesia general o regional puede ser necesaria para algunos pacientes o procedimientos.

TIPOS DE HISTEROSCOPIOS

Se recomienda el uso de histeroscopio menor de 5 mm de diámetro externo para histeroscopía ambulatoria o de consultorio porque produce menos dolor y no hay necesidad de dilatación cervical. Es preferible el uso de histeroscopio rígido al flexible y el de menor diámetro posible. Los tres tipos de histeroscopios quirúrgicos son: Histeroscopio quirúrgico con instrumentos insertados a través de canales, resectoscopio electroquirúrgico y morcelador histeroscopico. Se recomienda que el histeroscopio tenga las siguientes características de acuerdo con la patología a tratar:

- Adherencias laxas: Operatorio, flujo continuo y corte con tijera.
- Extracción de cuerpo extraño: operatorio, flujo continuo y pinza o fórceps.
- Adherencias gruesas y tabique o septum: resectoscopio.
- Ablación endometrial, pólipo y mioma submucoso: resectoscopio con electrodo de asa y energía mono o bipolar.

COMPLICACIONES

La complicación más común (histeroscopía diagnóstica u operatoria) es la perforación uterina, que ocurre con mayor frecuencia durante la entrada a la cavidad (histerometría, dilatación cervical, perforación con histeroscopio); de sospecharse perforación uterina, debe retirarse el instrumental inmediatamente de la cavidad y evaluar el estado hemodinámico de la paciente. La lesión electroquirúrgica es rara, sin embargo se recomienda mantener en movimiento el instrumento eléctrico para así evitar un aumento importante en la temperatura de la serosa uterina y el consecuente daño térmico. Puede existir sangrado en caso de laceración cervical, perforación uterina y en ocasiones del sitio operatorio. El sangrado de un sitio específico de la cavidad uterina, sin sospecha de perforación, puede controlarse en la mayoría de los casos con electrocirugía. En caso de hemorragia difusa y que impida la visualización adecuada del campo operatorio puede colocarse una sonda Foley dentro de la cavidad uterina llenando el globo con 15, 30 ó 50 ml de agua. La sobrecarga hídrica se presenta del 0.06 al 0.2 % y varía dependiendo la población en estudio y el medio de distensión utilizado. Entre las complicaciones que desencadena la sobrecarga hídrica durante la histeroscopía se encuentran: sobrecarga de volumen (falla cardíaca aguda, edema pulmonar, anemia dilucional), desbalance electrolítico (hiponatremia, hipo-osmolalidad, hiperamonemia, hiperglicemia, acidosis) y daño neurológico (alteraciones visuales y del habla, somnolencia, confusión, convulsiones, coma). No existe evidencia disponible acerca de que la histeroscopía pueda transportar células y esto conlleve a su implantación y persistencia. Se requieren más estudios para esclarecer el impacto de las células tumorales diseminadas. Otra posible complicación es la embolia gaseosa. La vigilancia a realizar por el personal médico en la paciente sometida a una histeroscopía se muestra en el **algoritmo 4**.

VIGILANCIA POSTOPERATORIA

Durante el periodo postoperatorio es normal presentar sangrado vaginal, generalmente menor en cantidad al de una menstruación, dolor leve o ausente, que cede con analgésico, la incorporación a sus actividades normales en no más de tres días, reanudación de actividad sexual al desaparecer el sangrado vaginal. Los datos de alarma que la paciente debe saber y ante su presencia acudir a revisión urgente son: aparición de fiebre, dolor pélvico o abdominal importante o hemorragia intensa. Se recomienda utilizar butilhioscina 10 mg vo cada 8 hr. o paracetamol de 500 mg vía oral cada 8 hr. sólo en caso de dolor.

INCAPACIDAD

Los días de incapacidad a otorgar dependerán del tipo de histeroscopía que se haya practicado:
a. Ambulatoria: Otorgar un día de incapacidad.
b. Operatoria: Otorgar 3 días de incapacidad.

El número de días puede modificarse de acuerdo a incidentes o posibles complicaciones

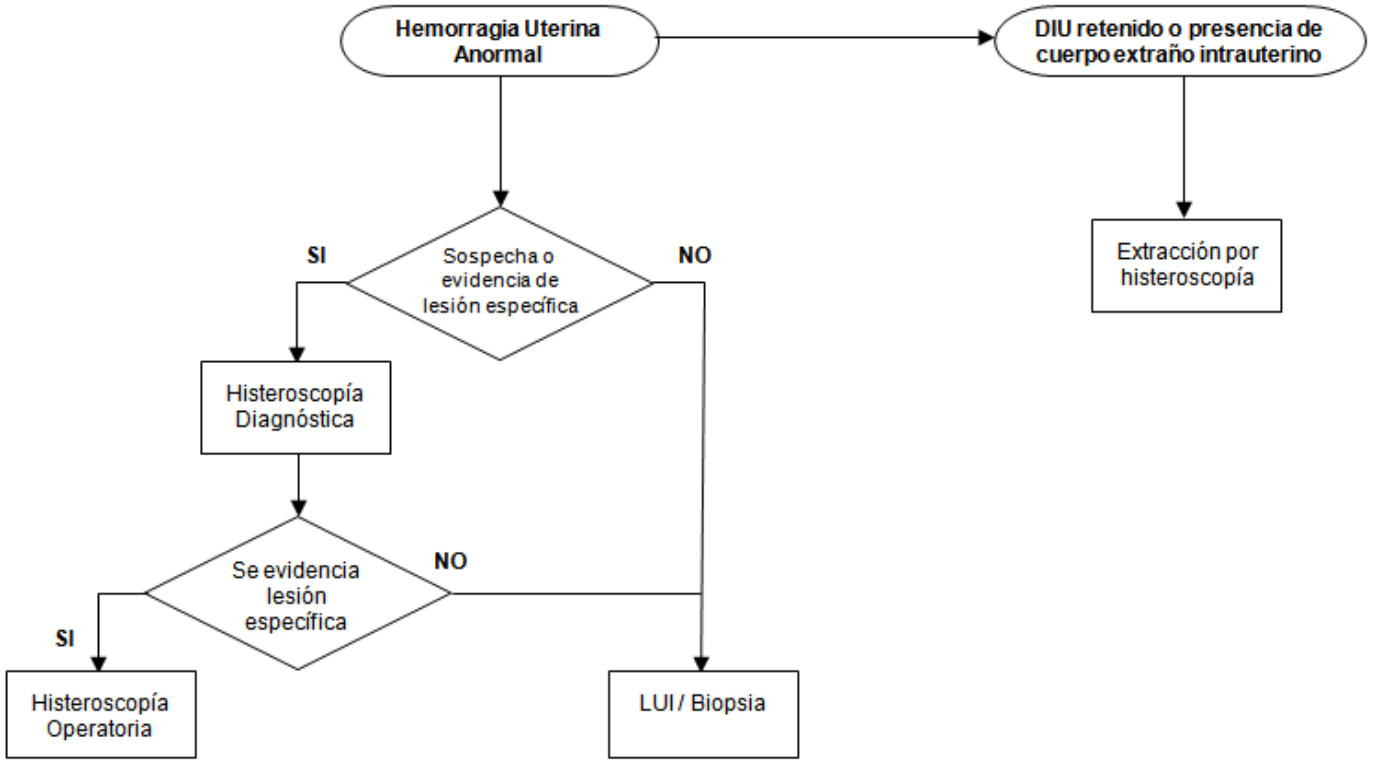
ESCALAS

DIFERENCIA ENTRE TIPO DE HISTEROSCOPÍA

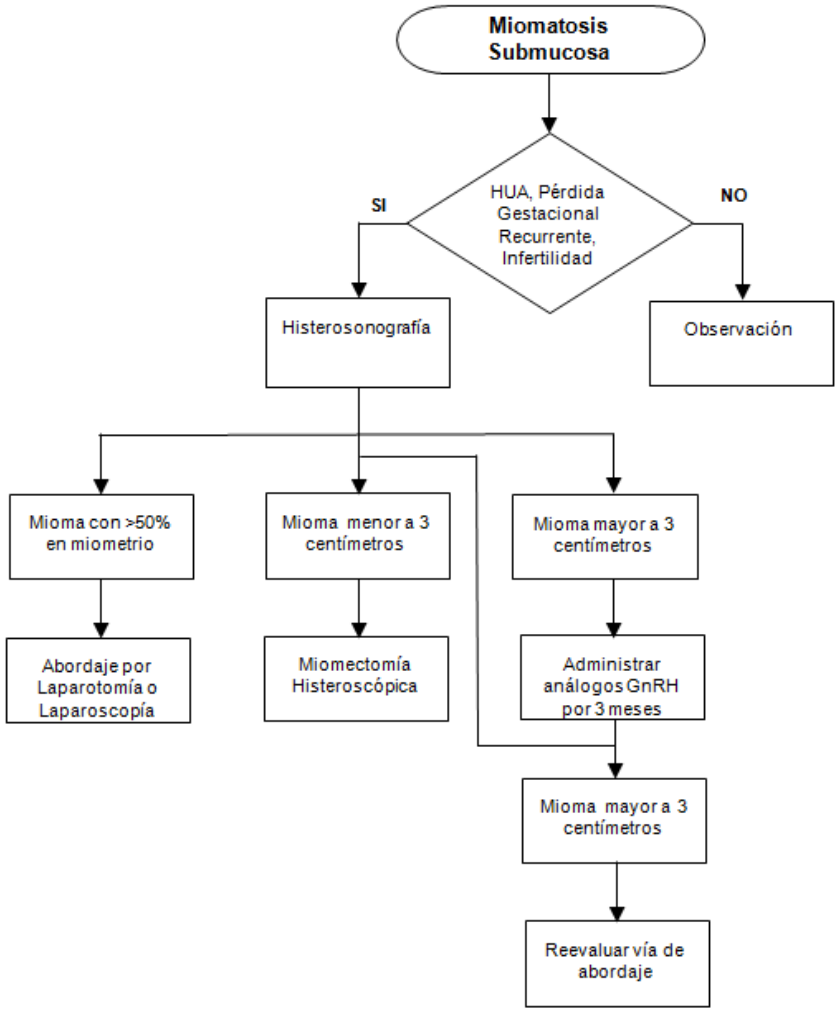
	Histeroscopía	
	Ambulatoria	**Operatoria**
Movilización tras procedimiento	0 – 5 minutos	80 – 120 minutos
Recuperación total	1.2 – 3 días	2 – 4 días
Anestesia	Local	Regional o general
Días de incapacidad	1 días	3 días
Costos	+	++ - +++
Indicaciones	Principalmente diagnóstica	Principalmente terapéutica
Calibre instrumento	Delgado	Grueso

Algoritmos

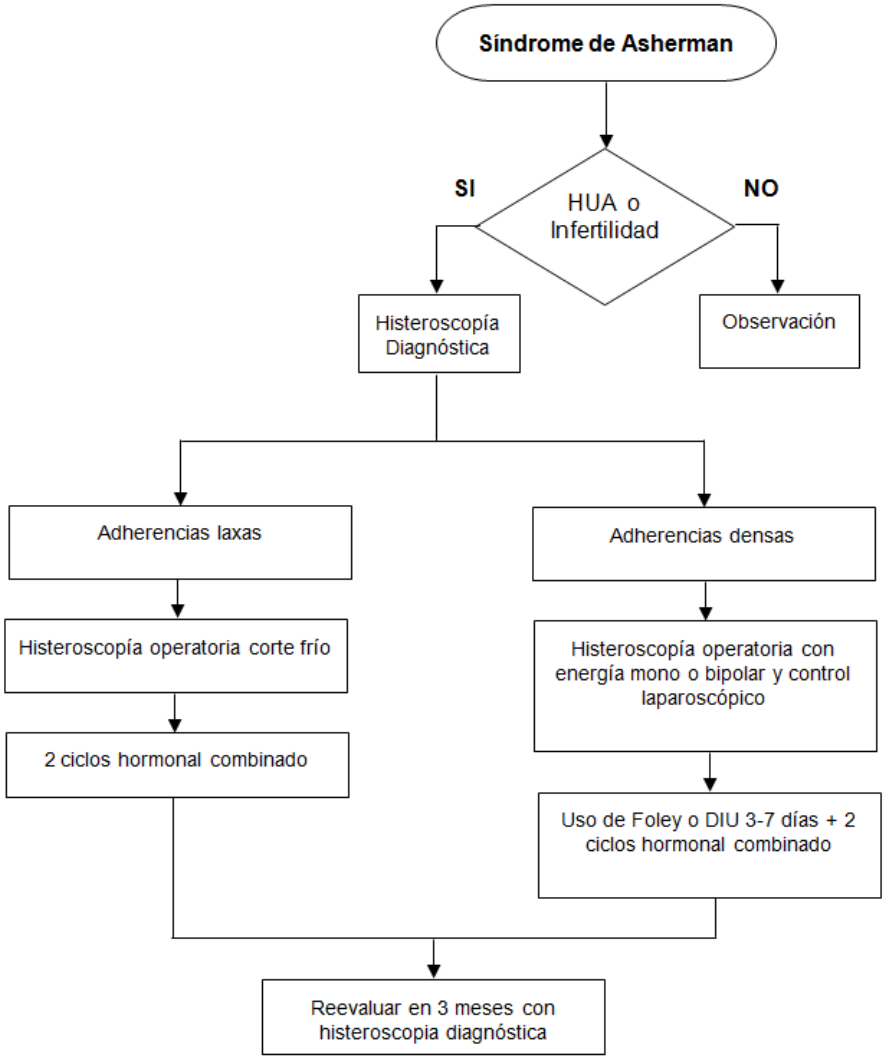
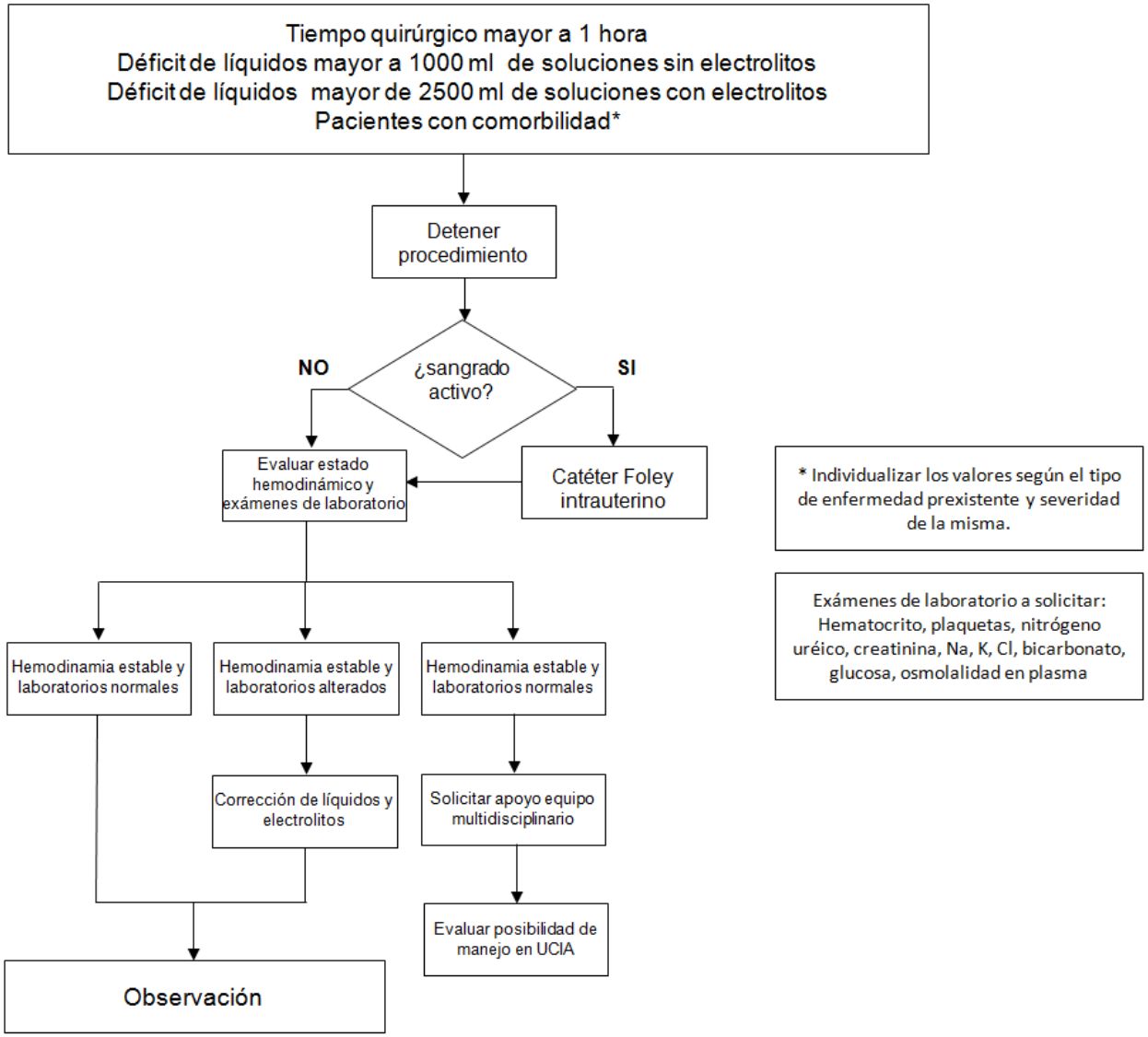
Algoritmo 1. Abordaje de la hemorragia uterina anormal o DIU retenido o cuerpo extraño intrauterino e histeroscopía



Algoritmo 2. Abordaje de la miomatosis uterina submucosa teniendo en consideración a la histeroscopía como opción terapéutica. Abreviaturas: HUA: Hemorragia uterina anormal; GnRH: hormona liberadora de gonadotropinas.



Algoritmo 3. Abordaje del Síndrome de Asherman teniendo en consideración a la histeroscopía como opción diagnóstica y terapéutica. Abreviaturas: HUA: Hemorragia uterina anormal; DIU: dispositivo intrauterino.



Algoritmo 4. Vigilancia de la paciente durante la realización de una histeroscopía.