

Artículo original

Manejo anestésico de las histeroscopías en el Hospital de Clínicas.

Anesthetic management of hysteroscopies at the Hospital de Clínicas

Diego Cañete¹, Javier García¹

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Programa de Especialización en Anestesiología, Reanimación y Dolor.

Recibido el 9 de setiembre del 2024. Aceptado el 20 de setiembre del 2024

Autor correspondiente: Diego Cañete, Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Programa de Especialización en Anestesiología, Reanimación y Dolor. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: diego08gcm@gmail.com

Resumen

Introducción: En los últimos años se ha visto un rápido desarrollo de la cirugía ambulatoria lo que ha traído consigo un importante cambio en el abordaje del paciente quirúrgico. Un ejemplo de ello es la histeroscopia, técnica considerada actualmente la más idónea para la visualización de la cavidad endometrial, permitiendo no sólo utilizarla con fines diagnósticos sino también terapéuticos. **Objetivo:** Describir el manejo anestésico de las Histeroscopias realizadas en el Hospital de Clínicas. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en base a 72 fichas de anestesia de pacientes que se realizaron histeroscopias en el Hospital de Clínicas. **Resultados:** El promedio edad de las pacientes fue $39,45 \pm 11,27$ años. El tipo de anestesia utilizada más frecuentemente fue la anestesia raquídea (66 pacientes), seguido de la sedación (3 pacientes), anestesia combinada (raquídea más anestesia general) (1 paciente), anestesia peridural (1 paciente) y la anestesia general (1 paciente). En la anestesia raquídea el fármaco utilizado fue la bupivacaina hiperbárica en todas las pacientes. Solo se presentó una complicación durante la anestesia general consistente en hipotensión arterial mayor al 30%. **Conclusión:** El manejo anestésico más frecuentemente utilizado en el Hospital de Clínicas para las histeroscopias se basa en la técnica de anestesia raquídea, que constituye una técnica efectiva, sencilla, de bajo costo, con pocos efectos adversos pero que puede retrasar el alta en un procedimiento ambulatorio por el bloqueo motor persistente.

Palabras clave: histeroscopia, anestesia, sedación.

Abstract

Introduction: In recent years there has been a rapid development of outpatient surgery, which has brought about a significant change in the approach to surgical patients. An example of this is hysteroscopy, a technique currently considered the most suitable for visualizing the endometrial cavity, allowing it to be used not only for diagnostic purposes but also for therapeutic purposes. **Objective:** To describe the anesthetic management of hysteroscopies performed at the Hospital de Clínicas. **Methodology:** Observational, descriptive, retrospective study based on 72 anesthesia records of patients who underwent hysteroscopies at the Hospital de Clínicas. **Results:** The average age of the patients was 39.45 ± 11.27 years. The most frequently used type of anesthesia was spinal anesthesia (66 patients), followed by sedation (3 patients), combined anesthesia (spinal plus general anesthesia) (1 patient), epidural anesthesia (1 patient) and general anesthesia (1 patient). In spinal anesthesia, hyperbaric bupivacaine was used in all patients. Only one complication occurred during general anesthesia, consisting of arterial hypotension greater than 30%. **Conclusion:** The most frequently used

anesthetic management at the Hospital de Clínicas for hysteroscopies is based on the spinal anesthesia technique, which is an effective, simple, low-cost technique with few adverse effects, but which can delay discharge in an outpatient procedure due to persistent motor blockade.

Key words: hysteroscopy, anesthesia, sedation.

Introducción

En los últimos años se ha visto un rápido desarrollo de la cirugía ambulatoria lo que ha traído consigo un importante cambio en el abordaje del paciente quirúrgico. Un ejemplo de ello es la histeroscopia, técnica considerada actualmente la más idónea para la visualización de la cavidad endometrial, permitiendo no sólo utilizarla con fines diagnósticos sino también terapéuticos.

Un dato coincidente en la mayoría de los artículos publicados al respecto es la relevancia que adquiere la presencia de dolor como principal factor limitante para la realización de esta, a pesar de su aceptada buena tolerancia. En este sentido, son muchos los procedimientos analgésicos y anestésicos que se han empleado para paliar este efecto sin un claro consenso al respecto.

La práctica sistemática de la anestesia para las histeroscopias es criticable debido a los riesgos inherentes a la anestesia, así como de un aumento de los riesgos de complicaciones como las perforaciones uterinas o la embolia gaseosa.

Existen diversas técnicas anestésicas que pueden aplicarse para este procedimiento, buscando el confort del paciente, una recuperación rápida y con los menores efectos adversos.¹ Actualmente hay estudios aleatorizados en los que se ha evaluado la utilidad de la aplicación cervical de un tópico antes de una histeroscopia, como la lidocaína. También se describe analgesia mediante inyección intrauterina transcervical de mepivacaína, lidocaína o lidocaína, antes de una histeroscopia o biopsia endometrial. También se menciona analgesia mediante inyección paracervical con bupivacaina, lidocaína o mepivacaína. También se ha realizado analgesia mediante inyección intracervical de los anestésicos locales. Pero en

ninguno de los estudios se ha demostrado una disminución verdaderamente importante del dolor a causa del procedimiento quirúrgico.²

Es importante conocer el manejo anestésico para estos procedimientos para evaluar los resultados y eventualmente diseñar estrategias que puedan optimizar el confort y la recuperación rápida del paciente.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con un marco temporal retrospectivo, el cual incluyó a todas las pacientes mayores de edad sometidas a histeroscopias bajo anestesia en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción durante el periodo comprendido entre marzo a agosto del 2021.

El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos.

Para la presente Investigación las muestras fueron recolectadas de las fichas de registros de Anestesia del Departamento Central de Anestesiología. Se registró la fecha, edad de la paciente, tipo de anestesia, administración de drogas, complicaciones posibles.

En referencia a los asuntos éticos, la Investigación fue de carácter observacional y descriptiva por lo que no constituyó ningún riesgo a la integridad física de los pacientes.

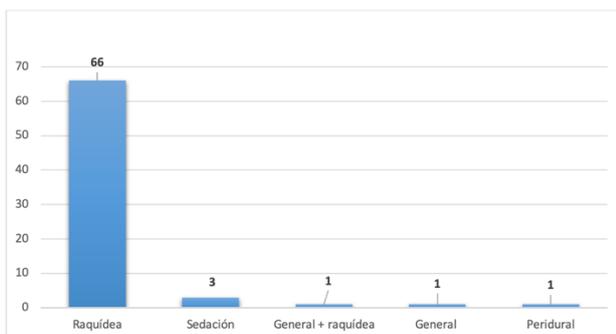
Resultados

Se estudiaron un total de 72 fichas de anestesia de pacientes de sexo femenino, sometidas a histeroscopias. El promedio de edad fue 39,45 ± 11,27 años, una mediana de 37 años, con un

rango de mínimo de 13 años y un máximo de 72 años.

El tipo de anestesia utilizado más frecuentemente fue la anestesia raquídea, 66 casos (91,6%). Ver figura 1.

Figura 1. Técnicas anestésicas utilizadas en las histeroscopias. Hospital de Clínicas. 2021. n=72



Para la anestesia raquídea, en la totalidad de casos, se utilizó solamente un fármaco, la bupivacaína hiperbárica sin ningún coadyuvante. Los fármacos utilizados en las diversas técnicas se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Tipo de anestesia y fármacos utilizados en histeroscopias. n=72

Técnica anestésica	Fármacos utilizados	n
Raquídea	Bupivacaína hiperbárica	66
Sedación	Lidocaína, midazolam, fentanilo y propofol	3
Peridural	Bupivacaína y lidocaína	1
General	Lidocaína, fentanilo, midazolam, propofol y atracurio	1
Raquídea con general	Bupivacaína hiperbárica, propofol, atracurio y fentanilo.	1

Solamente se presentó una complicación (1,4%), hipotensión arterial en un caso realizado bajo anestesia general.

Discusión

La anestesia raquídea o espinal fue la técnica más utilizada en este estudio, con una frecuencia del 91,6%. Sin embargo, tradicionalmente, la anestesia espinal no ha sido la técnica de elección en procedimientos de histeroscopia, donde históricamente se ha preferido el bloqueo paracervical. Ekstrom y sus colegas, en la década de 1970, recomendaron este tipo de bloqueo, argumentando que para histeroscopías el área de intervención es de fácil acceso para el cirujano, lo cual no requiere un bloqueo anestésico extenso⁽³⁻⁶⁾. Esta técnica sigue siendo relevante en la actualidad, ya que, cuando se realiza correctamente, proporciona una analgesia eficaz con pocos efectos adversos y puede ser utilizada sola o junto con sedación para aumentar el confort del paciente.

Las guías del Hospital General Universitario de Valencia recomiendan la anestesia general con máscara laríngea o espinal para procedimientos ambulatorios⁽⁷⁾. La anestesia general con máscara laríngea tiene la ventaja de permitir una recuperación rápida gracias al uso de fármacos de metabolización corta. En contraste, la anestesia espinal con dosis bajas, si bien efectiva para las histeroscopías, puede retardar el alta de la paciente debido al tiempo necesario para la reversión del bloqueo motor y, además, expone a la paciente a complicaciones específicas del abordaje neuroaxial, como la cefalea postpunción dural.

En este estudio, la preferencia por la anestesia raquídea podría deberse a su sencillez de aplicación y a su bajo costo en comparación con técnicas como la anestesia general con máscara laríngea. Cabe destacar que no se registró ningún caso de bloqueo paracervical en la serie estudiada, probablemente debido a la falta de protocolización para su aplicación en este contexto.

En cuanto a los agentes utilizados, se observó que la bupivacaína hiperbárica fue el anestésico más empleado en las técnicas espinales. La elección de un único agente en la anestesia raquídea, a diferencia de la combinación de varios fármacos en otras

técnicas, contribuye evidentemente a la reducción de costos^(5, 8, 9).

Las complicaciones observadas fueron mínimas, registrándose un solo caso de hipotensión arterial mayor al 30% en el contexto de una anestesia general. Dado que el estudio de Schiff y sus colaboradores reporta la prevalencia de complicaciones en una amplia gama de técnicas anestésicas y procedimientos quirúrgicos, no fue posible hacer una comparación directa. Sería necesario analizar la prevalencia de complicaciones considerando los tipos de anestesia y la variabilidad de procedimientos quirúrgicos y sus riesgos para reproducir adecuadamente el enfoque de dicho estudio⁽¹⁰⁾.

Uno de los principales inconvenientes de la anestesia raquídea en este contexto es el bloqueo motor persistente asociado a la bupivacaína, que puede prolongar el tiempo de recuperación y, en consecuencia, el alta del paciente. Este aspecto es especialmente relevante en entornos ambulatorios, donde la rapidez de recuperación es un objetivo fundamental. La literatura sugiere que el bloqueo motor prolongado es una desventaja conocida de la bupivacaína en comparación con otros agentes de duración más corta, como la lidocaína o el ropivacaína, que podrían brindar una recuperación motora más rápida y un alta más precoz. Sin embargo, estos agentes pueden tener limitaciones en la duración de la analgesia, lo cual representa un desafío en el equilibrio entre la eficacia analgésica y la duración del efecto motor.

Además, el uso de anestesia raquídea no está exento de riesgos, ya que técnicas que implican la punción del neuroeje pueden presentar complicaciones, como la cefalea postpunción dural, que aunque rara, puede afectar de manera considerable el confort y la recuperación del paciente.

Una limitación importante de este trabajo es el tamaño de la muestra, lo cual limita la generalización de los resultados al manejo anestésico de las histeroscopias a nivel nacional. Sería valioso extender este análisis a otros centros asistenciales, tanto públicos

como privados, para evaluar la consistencia de estos hallazgos y permitir una mejor comprensión del manejo anestésico óptimo para este tipo de procedimientos en distintos entornos clínicos

Conclusión

La anestesia raquídea con bupivacaína hiperbárica resultó ser la técnica preferida en los procedimientos de histeroscopia ambulatoria, probablemente debido a su efectividad, simplicidad de aplicación y menor costo en comparación con otras opciones anestésicas. Sin embargo, su uso puede retrasar el alta debido al bloqueo motor persistente, lo cual representa una limitación en contextos ambulatorios donde se busca una recuperación rápida del paciente.

Otras técnicas utilizadas incluyeron la sedación y la anestesia general con máscara laríngea, cada una con sus propios beneficios y limitaciones. No se registró ningún caso de bloqueo paracervical, lo que podría deberse a la falta de una protocolización específica para su uso en estos procedimientos.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar protocolos estandarizados que permitan optimizar el manejo anestésico en procedimientos de histeroscopia, balanceando la eficacia analgésica con la eficiencia en la recuperación.

Contribución de autores:

- Diego Cañete: elaboración del protocolo, búsqueda bibliográfica, reclutamiento de datos, elaboración del manuscrito.
- Javier García: análisis de los resultados, elaboración del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de interés comercial

Fuente de financiación: Autofinanciado

Referencias bibliográficas

1. Huang L, Yu Q, Zhu Z, Huang P, Ding X, Ma X, et al. The current situation of anaesthesia for hysteroscopy in mainland China: A national survey. *J Pers Med* [Internet]. 2023 [citado el 2 de junio de 2024];13(10):1436. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4426/13/10/1436>
2. Ohannessian A, Marcelli M, Crochet P, Cravello L, Gamberre M, Agostini A. Histeroscopia diagnóstica. *EMC - Ginecol-Obstet* [Internet]. 2015;51(2):1–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1283081X15709720>
3. Edstrom K & Fernstrom I. The diagnostic possibilities of a modified hysteroscopic technique. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica* 1970; 49: 327–330.
4. Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G, Kassanos C. Office hysteroscopy: current trends and potential applications: a critical review. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 282: 383-388.
5. Bettocchi S, Ceci O, Venere R, Pansini MV, Pellegrino AV, Marelllo F, Nappi L. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr Bipolar electrode. *Hum Repro*. 2002; 17 (9): 2435-2438.
6. Cooper NAM, Khan KS, Clark TJ. Local anaesthesia for pain control during outpatient hysteroscopy: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2010;340:c1130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1130>
7. Protocolo de anestesia en la histeroscopia quirúrgica, legrado uterino y cirugía vulvo vaginal. Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Dra. Paula Bovaira/ Dra. Sara Arastey. Gva.es. [citado el 4 junio de 2024]. Disponible en: https://chguv.san.gva.es/documents/10184/47924/SARTD_PROTOCOLOS_ANESTESIA_Ginecologia_Cirugia_histeroscopia_legrado_uterino_y_vulvo_vaginal.pdf/901b713d-f583-4ec3-acb8-12f3bc4d3c96
8. Valle RF. Office Hysteroscopy (Panoramic Hysteroscopy). IN Baggish MS, Barbot J and Valle RF, eds. *Diagnostic and operative hysteroscopy*. Second edition, Saint Louis, Mosby, 1999, pp. 175-176.
9. Delgado W. *Protocolos de Anestesia*. EFACIM; 2021
10. Schiff JH, Welker A, Fohr B, Henn-Beilharz A, Bothner U, Van Aken H, et al. Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures. *Br J Anaesth* [Internet]. 2014;113(1):109–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeu09>