



COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA

Hospital "Nra. Sra. de Sonsoles" - Hospital Provincial - Avila, Juan Carlos I, s/n - 05071 - Tel: 0034910200000



HISTEROSCOPIA

-EVOLUCIÓN AMBULATORIA-

DAVID HOLGADO SÁNCHEZ



XXXIV

**Reunion de la Sociedad de
Obstetricia y Ginecología de
Castilla y León**

25 y 26 de octubre de 2019

Zamora

HISTORIA



BOZZINI 1806



SIGLO XXI

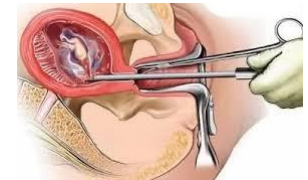
Histeroscopia
ambulatoria



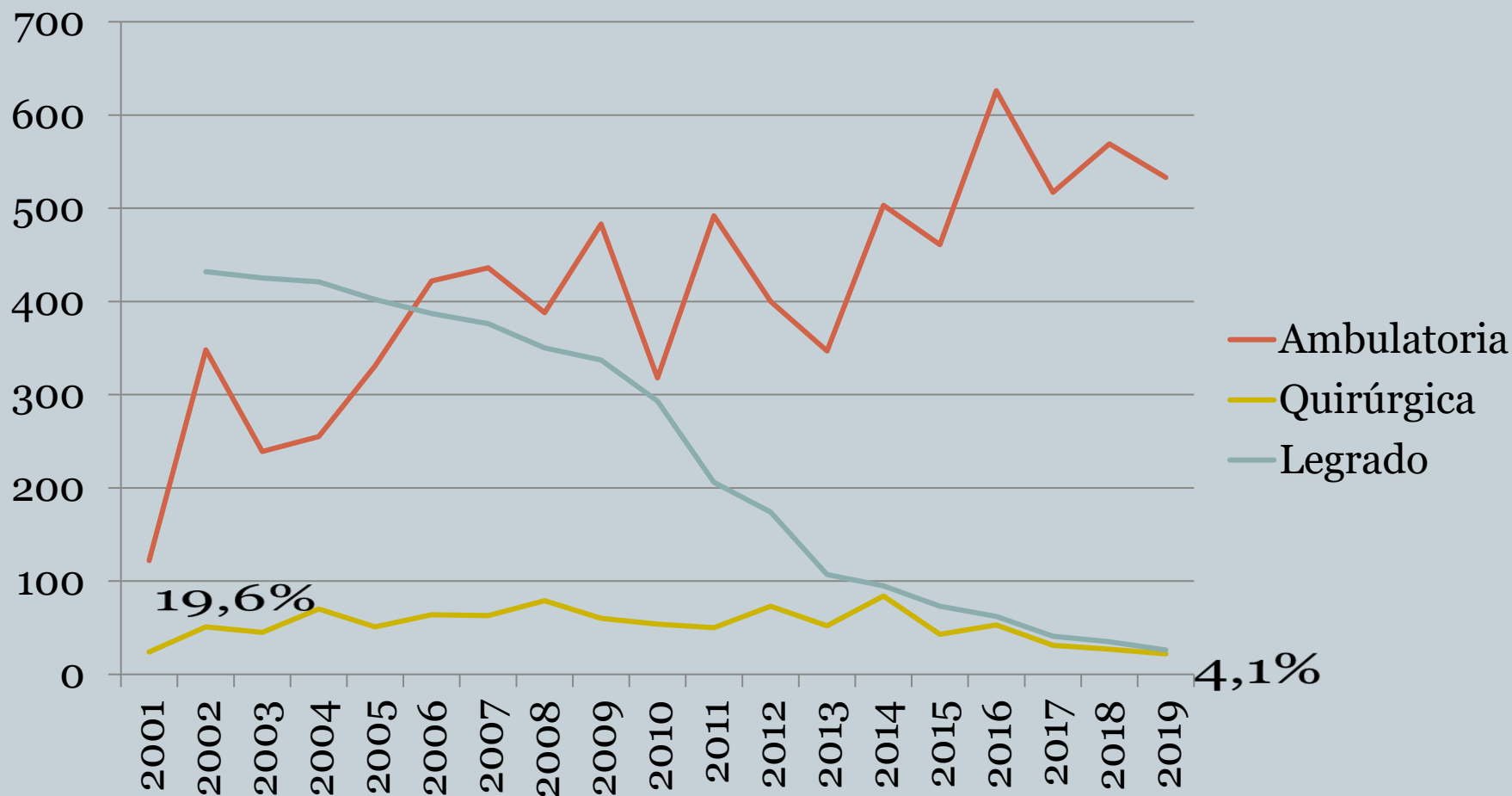
Histeroscopia
quirúrgica



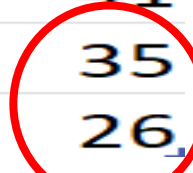
Legrado



EVOLUCION



	Ambulatoria	Quirúrgica	Legrado
2001	122	24	
2002	348	51	432
2003	239	45	425
2004	255	70	421
2005	331	51	402
2006	422	64	387
2007	436	63	376
2008	388	79	350
2009	483	60	337
2010	318	54	293
2011	492	50	206
2012	400	73	174
2013	347	52	107
2014	503	84	95
2015	461	43	73
2016	626	53	62
2017	517	31	41
2018	569	27	35
2019	533	22	26



LEGRADO



INDICACIONES LEGRADO



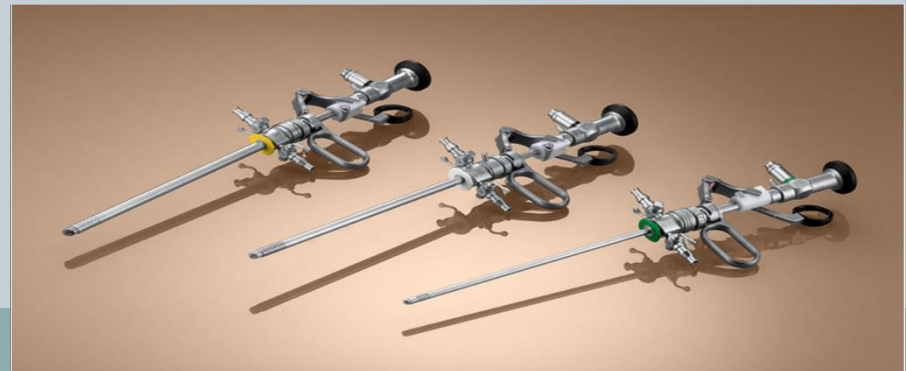
GINECOLÓGICO

- HEMORRAGIA UTERINA ANOMALA O DISFUNCIONAL SEVERA

OBSTÉTRICO

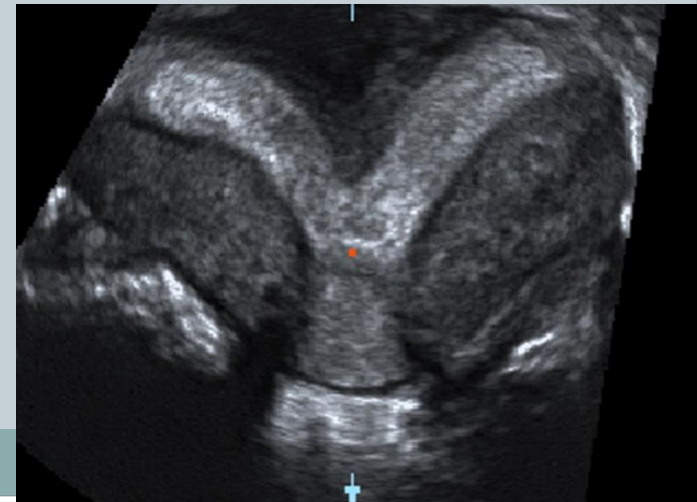
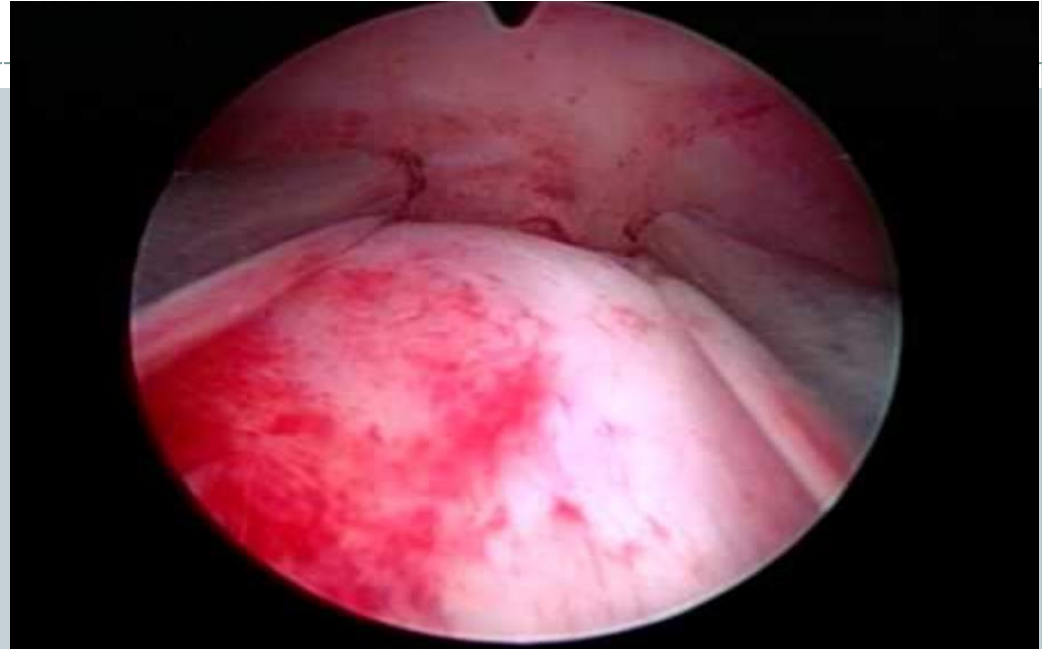
- ABORTO DIFERIDO (no deseo de tratamiento médico)
- ABORTO INCOMPLETO O CURSO (con metrorragia severa)
- MOLA
- METRORRAGIA PUERPERAL

HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA



HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

- Polipectomía
- Miomectomía
- Septoplastia
- S. Asherman
- Resección endometrial



Instrumental H. ambulatoria



A. Aserrado



A. En gancho



B. Cobra



B. Curva



C. Pinza para biopsia



C. Recta



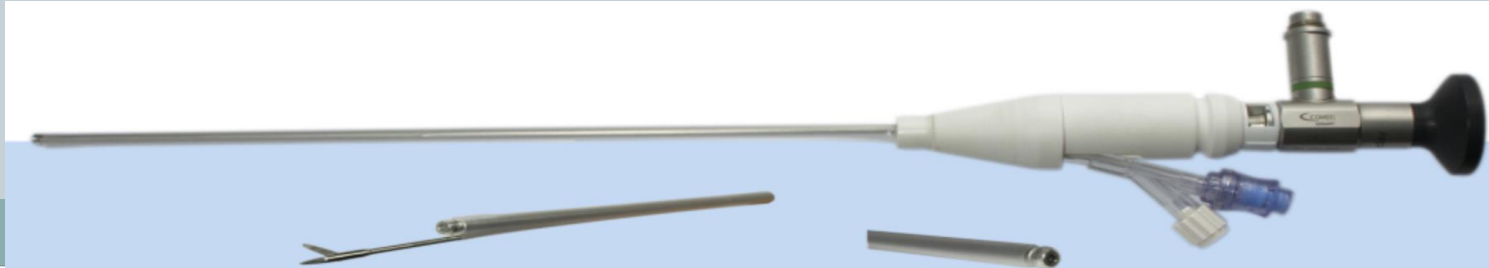
Instrumental H. ambulatoria



Histeroscopio / de ángulo - 3.8 mm - Richard Wolf



Gynko[®]
GYNEWorld[™]
Histeroscopia
Diagnostica



Morceladores

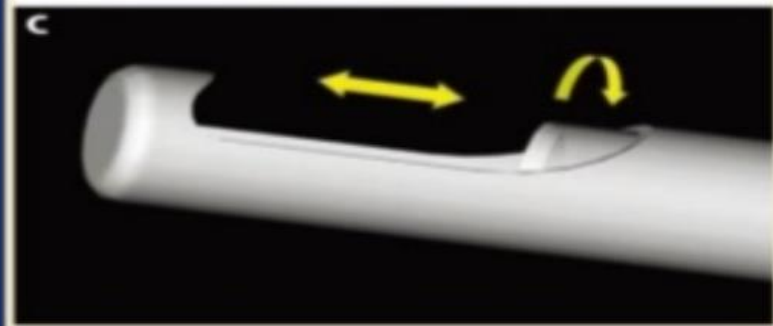
Truclear



B

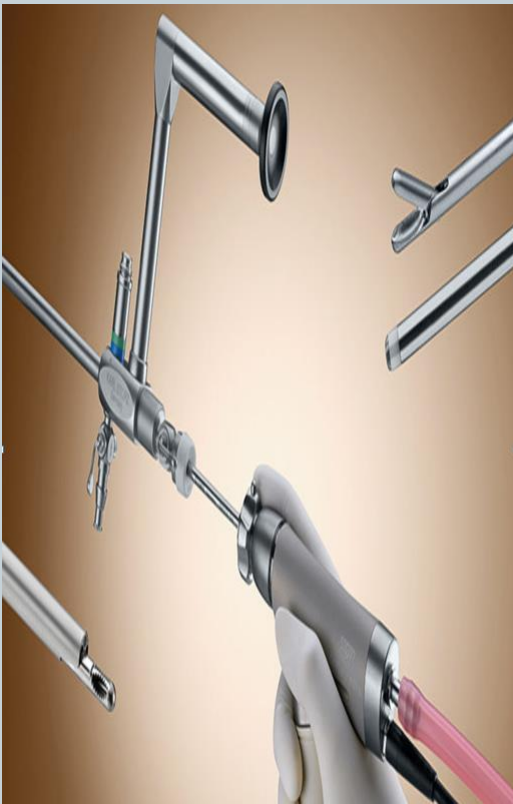


C



Morceladores

BIGATTI Shaver



BIGATTI Shaver / HYSTEROMAT

Resectoscopes



ONLY FOR 0,9% NaCl



ONLY FOR 0,9% NaCl



ONLY FOR 0,9% NaCl



ONLY FOR 0,9% NaCl



ONLY FOR 0,9% NaCl

INVIDIA "S"



STORZ

KARL STORZ — ENDOSKOPE

Ablación endometrial

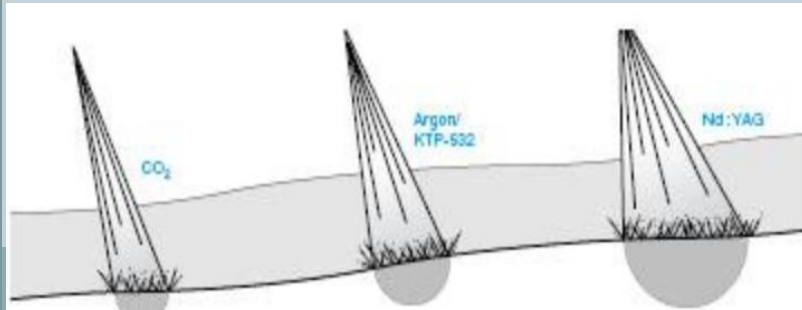
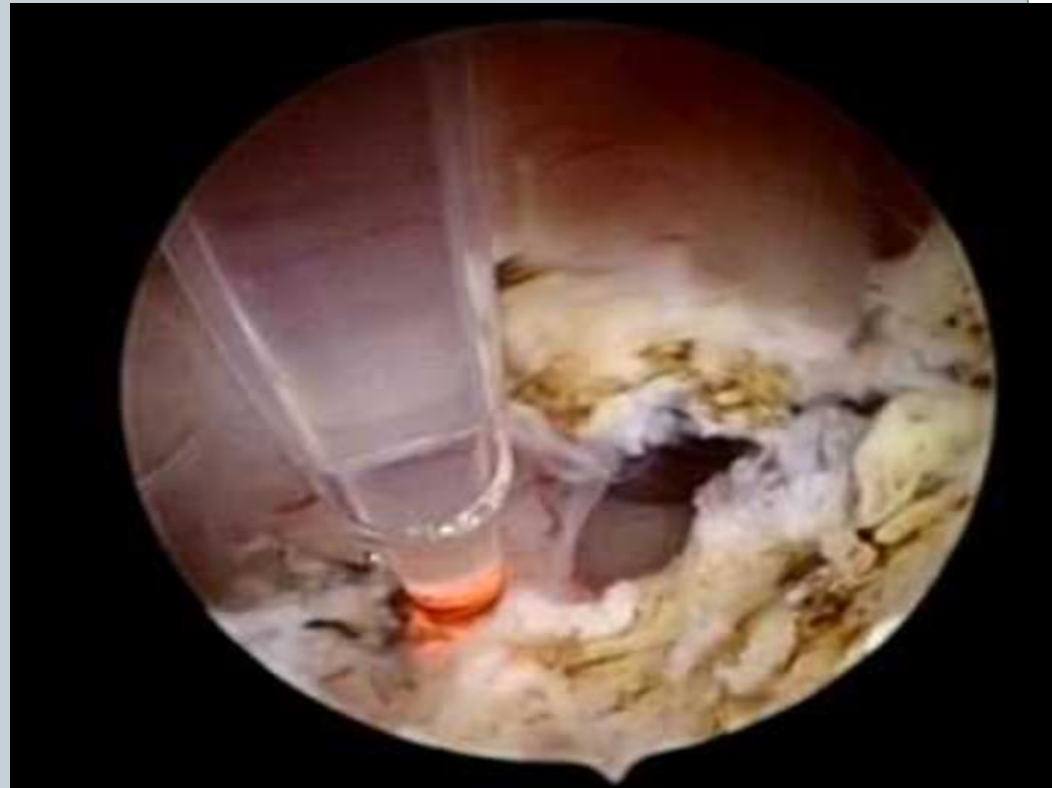
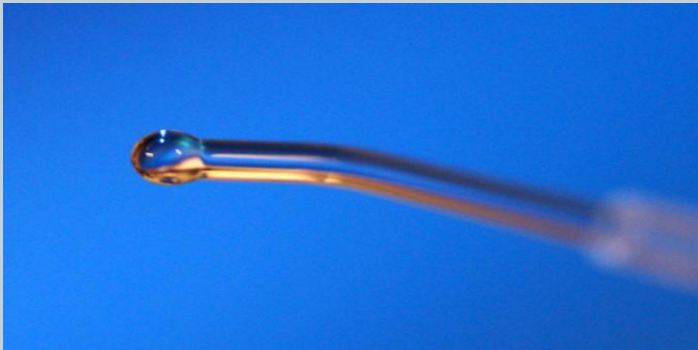
THERMACHOICE® SYSTEM



NovaSure ADVANCED



Láser Diodo



HISTEROSCOPIA AMBULATORIA



- Hemorragia uterina anormal (HUA) mujer premenopáusica
- HUA mujer postmenopáusica
- HUA en otras situaciones
- Hallazgos ecográficos en pacientes asintomáticas
- Anomalías Müllerianas
- Estudio esterilidad/infertilidad
- Extracción de DIUs y cuerpos extraños
- Diagnóstico y extracción de restos trofoblásticos
- Lesiones endocervicales
- Esterilización tubárica **X**



proSEGO
www.prosego.com

HISTEROSCOPIA AMBULATORIA



- Evaluación postquirúrgica
- Clasificación de **miomas**
- Síndrome de **Asherman**
- Estadificación cáncer de endometrio
- Canalización cáncer de cérvix post-radioterapia
- Canalización tubárica selectiva
- Divertículo de cesárea (**Istmoceles**)
- Estenosis postconización-Manchester
- Embrioscopia
- Fístulas vaginales
- Seguimiento hiperplasia/tto conservador CA endometrio



proSEGO
www.prosego.com



Polyp
0-2.0 cm

Myoma
0-1.5 cm

Septum
< 1/3

• OFFICE SURGERY • OFFICE SURGERY • OFFICE SURGERY

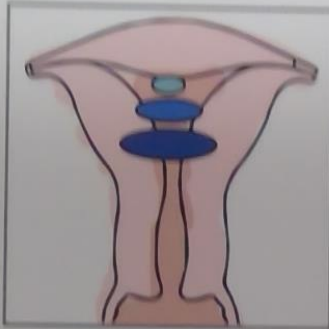
• RESECTOSCOPY • RESECTOSCOPY • RESECTOSCOPY

Polyp
> 2.0 cm

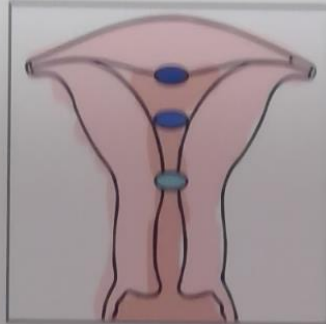
Myoma
> 1.5 cm

Septum
> 1/3

Clasificación STEP-W de los miomas uterinos



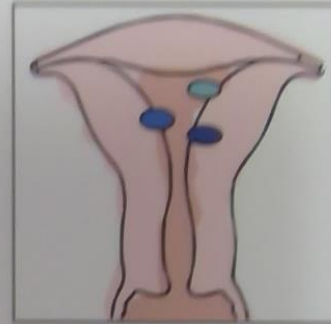
Tamaño del nódulo: hasta 2 cm, entre 2 y 5 cm y más de 5 cm



Topografía: en la pared lateral se añade un punto extra



Extensión de la base del nódulo respecto a la pared del útero



Grado de penetración del mioma en el miometrio

Clasificación STEP-W

	Tamaño (cm)	Topografía	Extensión de la base	Penetración	Pared lateral	Total
0	<2	Bajo	<1/3	0	+1	
1	2 a 5	Medio	1/3 a 2/3	<50%		
2	>5	Superior	>2/3	>50%		

- = Puntuación 0
- = Puntuación 1
- = Puntuación 2

Puntuación	Grupo	Complejidad y opciones terapéuticas
0 a 4	I	Miomectomía histeroscópica de baja complejidad.
5 a 6	II	Miomectomía histeroscópica de alta complejidad. Considerar uso de tratamiento médico previo. Considerar miomectomía histeroscópica en dos pasos.
7 a 9	III	Considerar alternativas a la técnica histeroscópica.

VENTAJAS H. AMBULATORIA

PACIENTE

- ❑ ↓↓Tiempo
- ❑ ↓↓↓Ansiedad

HOSPITALARIA

- ❑ ↓↓Lista espera quirúrgica
- ❑ Economía



Estudio minimización costes

ASA

- Mascarilla con válvula nº5.....1,21€
- Filtro intercambiador.....1,31€
- Mascarilla laríngea PVC.....16,35€
- Funda cámara..... 0,91€
- Asa de corte..... 242,23€
- Cobertura quirúrgica..... 8,47€
- Bata quirúrgica..... 1,88€
- Fentanilo amp..... 0,41€
- Propofol 1% amp..... 1,20€
- Midazolam amp.....0,14€
- Remifentanilo vial.....1,02€
- Sevofluorano vial.....5€
- Rocuronio amp.....1,46€
- Yatrox.....0,27€
- Paracetamol vial.....0,50€
- Enantyum amp.....0,30€
- Tiempo medio de quirófano: 30 min
- Coste medio ½ h de quirófano..378€
- Estancia media en CMA: 6 horas: 282.12€

Coste medio: 943,21 €

MYOSURE

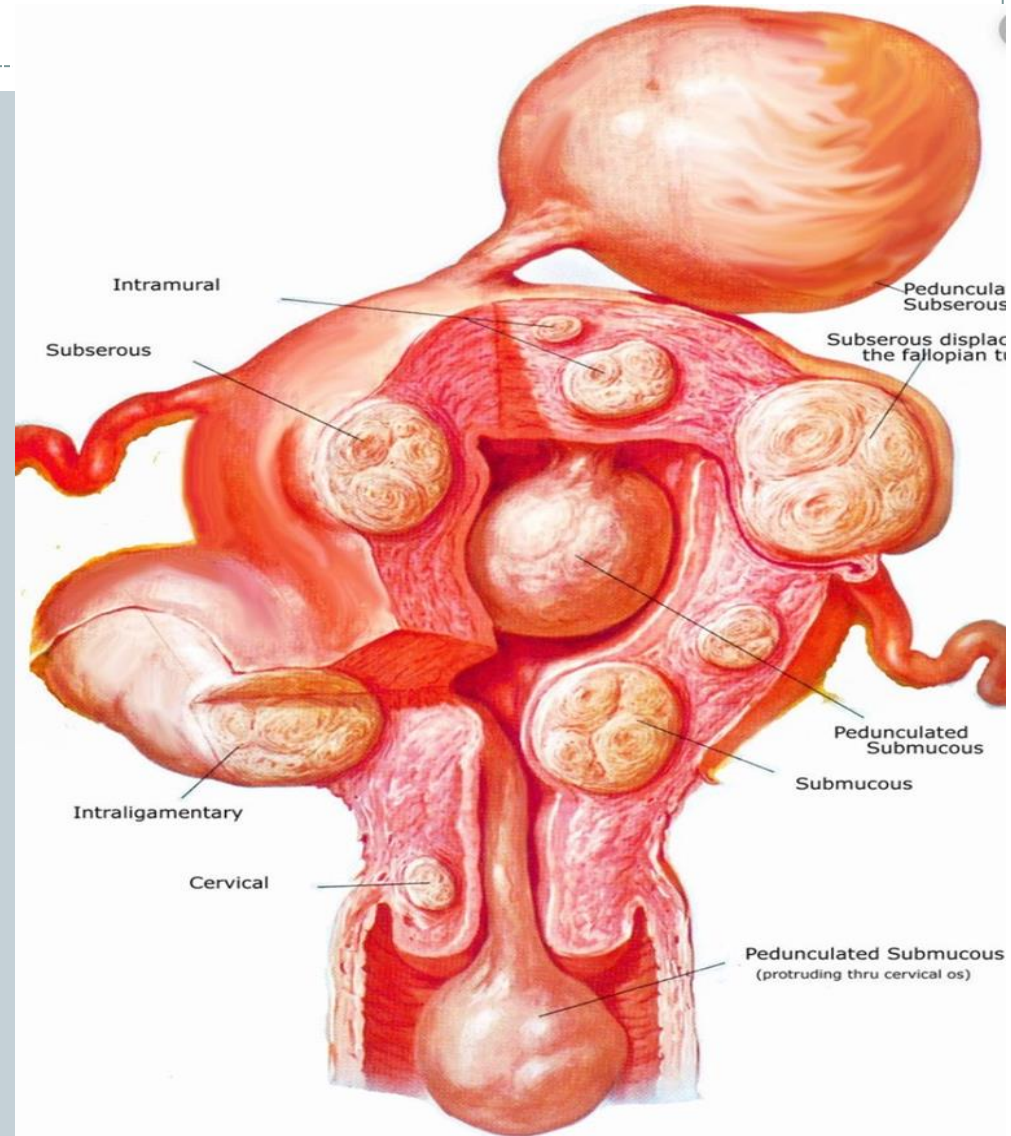
- Morcelador.....605€
- Válvula anti retorno.....6,05€
- Tiempo medio en consulta: 15 min
- Coste medio personal.....76€
- Lidocaína amp..... 0,50€

Coste medio: 714,28 €

	ASA	MYOSURE	P
COSTE POR PACIENTE (EUROS)	943,21±54,7	714,28±157,1	<0.001



Se puede realizar todo en consulta??



MIEDOS // COMPLICACIONES



- DOLOR (*VASOVAGAL*)
- HEMORRAGIA



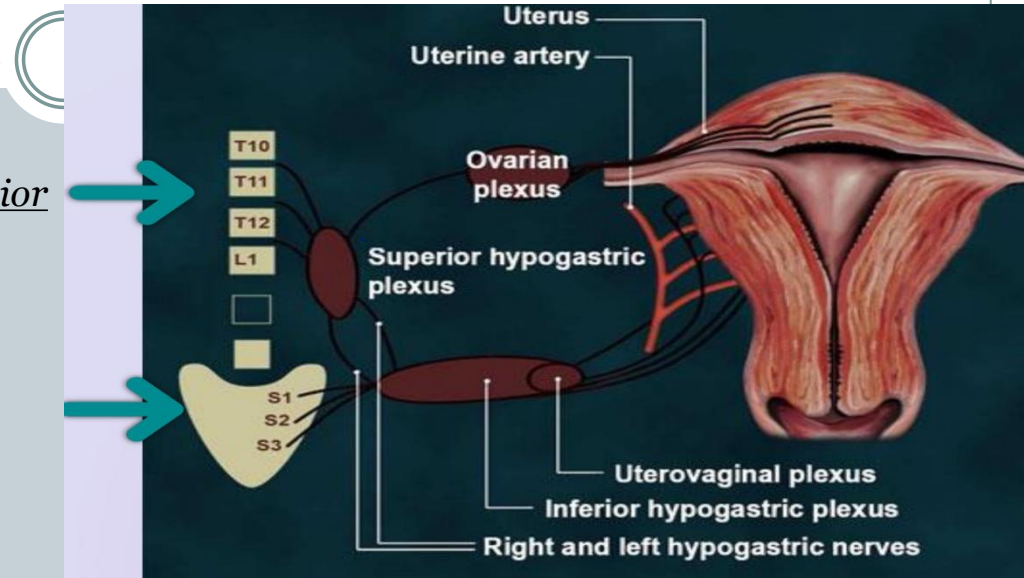
DOLOR

Fibras Simpáticas T10-L2: Plexo hipogástrico inferior

Fibras parasimpáticas S2-S4: Plexo uterovaginal

PASOS:

- Espéculo
- Dilatación cervical
- Paso canal endocervical (*oci*)
- Distensión uterina
- Procedimiento realizado (*tiempo, dificultad...*)



DOLOR



SIN ANESTESIA

El dolor que se produce casi siempre es **tolerable**

Lau WC, Ho RYF, Tsang MK. Patient's acceptance of outpatient hysteroscopy. Gynecol Obstet Invest 1999; 47:191-193.

De Iazo P, Marabini A, Stefanetti M. Acceptability and pain of outpatient hysteroscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000. 7:71-75.

Bettochi: Dolor poco a moderado **67%** pacientes

Mayor riesgo dolor:

- Edades extremas
- Pacientes muy nerviosas
- Estenosis canal cervical
- Antecedentes histeroscopia dolorosa
- Mayor riesgo síncope vasovagal

Con histeroscopio **5mm**, menos dolor sin anestesia que con bloqueo cervical

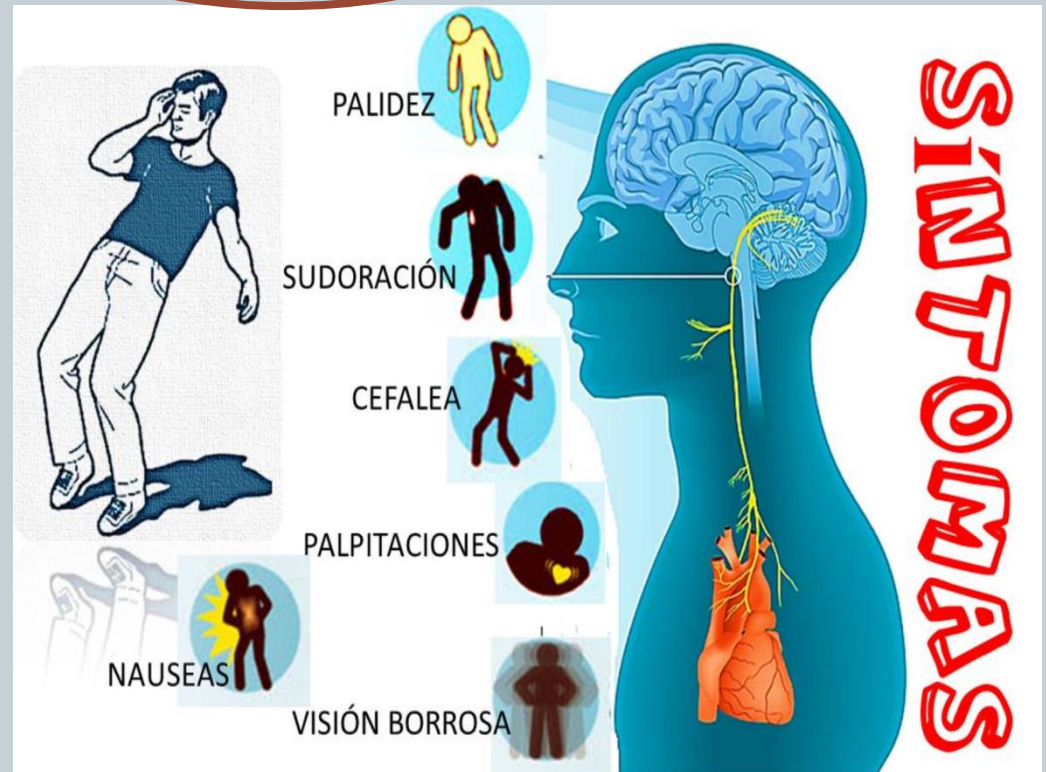
Feasibility and pain control in outpatient hysteroscopy in postmenopausal women: a randomized trial AU Giorda G, Scarabelli C, Franceschi S, Campagnutta ESO Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79(7):593.

DOLOR

SIN ANESTESIA

REDUCIR SINDROME VASOVAGAL

- Procedimientos **cortos**
- Paciente **colaboradora**
- Ginecólogo **experto**



DOLOR



NO hay consenso en la literatura sobre cual es el método óptimo para disminuir el dolor producido en la histeroscopia

Ahmad G., O'Flynn H., Attarbashi S., Duffy J.M., and Watson A.: **Pain relief for outpatient hysteroscopy. Cochrane Database Syst Rev** 2010.



Cochrane

Pain relief in office gynaecology: a systematic review and meta-analysis [Gaiyy Ahmad,, Shath Attarbashi,](#)
[Helena O'Flynn](#) y [Andrew J.S. Watson](#)European
Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology,
2011-03-01, Volúmen 155, Número 1,
Páginas 3-13, Copyright © 2011

Administración de AINEs



- **No** disminuyen la percepción del dolor durante la realización frente al placebo, ni en los 30 min posteriores
- **No** disminuye la incidencia de reacciones vagales
- Disminuyen la percepción del dolor **postprocedimiento** entre los 30-60min
- En caso de administrar, preferible **1 hora** antes

OPIOIDES: No justificado su uso

ANSIOLÍTICOS: Administración no confirmada su efectividad

Use of diclofenac as an analgesic in outpatient hysteroscopy: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Tam WH, Yuen PM. *Fertil Steril.* 2001;76(5):1070

Oral dexketoprofen for pain treatment during diagnostic hysteroscopy in postmenopausal women. Mercurio F, De Simone R, Landi P, Sarchianaki A, Tessitore G, Nappi C. *Maturitas.* 2002;43(4):277.

Randomised placebo controlled trial of mefenamic acid for premedication at outpatient hysteroscopy: a pilot study. Nagele F, Lockwood G, Magos AL. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(7):842.

Lin 2005 . Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Chen HJ. Use of sublingual buprenorphine for pain relief in office hysteroscopy. *Journal of Minimally Invasive Surgery* 2005;12:347–50.

DOLOR



Sólo ha demostrado disminución del dolor mediante administración de **anestesia local** en comparación con placebo o no tto, durante el procedimiento.

Pain relief for outpatient hysteroscopy. Cochrane Database Syst Rev 2010.

1.Cicinelli 1997	→	Mepivacaina transcervical		
2.Cicinelli 1998	}	Bloqueo paracervical (Mepivacaina)		
3.Lau 1999.				
4.Vercenelli 1994				
5.Lau 2000	→	Lignocaina transcervical		
6.Costelo 1998	}	Anestesia local, lignocaina en gel o spray		
7.Esteve 2000			→	Lignocaina intracervical
8.Soriano 2000				
9.Wong 2004				

MANEJO DOLOR Y ANSIEDAD



1. Información previa consulta
2. Hoja informativa y Consentimiento informado
3. Premedicación
4. Consulta histeroscopia
5. Música y talking
6. Anestésicos locales
7. Óxido nitroso



Información previa consulta



- Explicar resultados diagnósticos (Exploración, ECO, RM...)
- Motivo procedimiento histeroscópico
- Breve resumen de la técnica
- «**Técnica ambulatoria y tolerable**»
- Tiempo citación **corto** (secretaría / citas)
Preferentes y restos coriales menor 7 días. Resto 2-3 semanas
- Explicar toma de **premedicación**
- Resolver posibles **dudas**



Hoja informativa



Complejo Hospitalario de Ávila
Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles - Hospital Provincial
Avda. Juan Carlos I, s/n
05071 - ÁVILA
Teléf. 920 35 80 00 - 01
Fax. 920 35 80 64

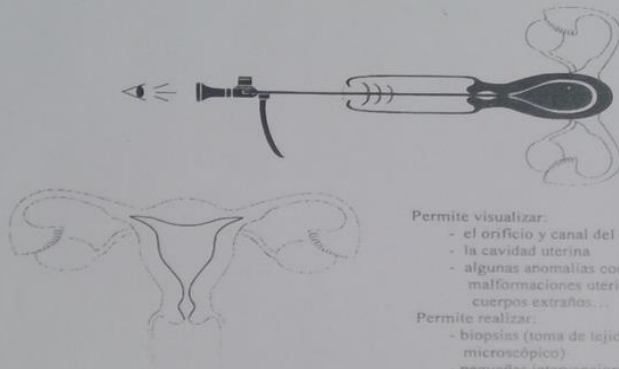


HISTEROSCOPIA AMBULATORIA Servicio de Obstetricia y Ginecología Información para la paciente

¿Qué es la histeroscopia?

La histeroscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico de gran utilidad en ginecología.

Básicamente consiste en la introducción de un sistema óptico de pequeño diámetro en el interior del útero, a través de la vagina, utilizando para ello un sistema de irrigación que distiende la cavidad uterina.



Permite visualizar:

- el orificio y canal del cuello uterino
- la cavidad uterina
- algunas anomalías como: pólipos, miomas, malformaciones uterinas, adherencias, cuerpos extraños...

Permite realizar:

- biopsias (toma de tejido para estudio microscópico)
- pequeñas intervenciones: polípectomías, septolisis, extracción DIUs... dependiendo de la tolerancia de las pacientes.

Sus indicaciones son múltiples: hemorragias uterinas anormales, estudios de tumores uterinos, estudios de esterilidad...

Se realiza en una Consulta de Ginecología, en una mesa de exploración ginecológica y generalmente se tolera bien produciendo una pequeña molestia al pasar el histeroscopio a través del orificio cervical interno (similar al dolor menstrual). Si precisa, puede aplicarse anestesia local.

Preparación previa

- No es necesario acudir en ayunas
- No debe suspenderse la medicación habitual
- Es recomendable tomar: (salvo pacientes alérgicos)
 - DÍACEPAM 5mg v.o. 1 hora antes
 - PARACETAMOL 1g 1 hora antes
- En pacientes portadoras de prótesis valvulares:
 - Amoxicilina: 2g v.o. (2 comp. de 1g) 1 hora antes y 1 comp. 6h después.
 - En pacientes alérgicas: Clindamicina: 300mg (1 comp.) 1 hora antes y 1/2 comp. 6 horas después.



Complejo Asistencial de Ávila
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE 09. HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

Objetivo del procedimiento

Obtener información sobre el aspecto de la cavidad uterina y endometrio, así como de las lesiones que se pueden observar en su interior.

Descripción del procedimiento

La histeroscopia diagnóstica 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 gas (CO2) o de un líquido (suero fisiológico). La exploración se suele completar con la práctica de biopsias endometriales que se realizarían dentro de la misma exploración o tras retirar el histeroscopio.

La exploración puede no completarse siempre con absoluta seguridad; así puede no completarse por problemas para atravesar el conducto cervical y visualizar la cavidad, sangrado o por reacciones o complicaciones que pueden aconsejar no seguir el procedimiento.

Consecuencias de la cirugía

Se considera una técnica segura para ser efectuada de forma ambulatoria, sin ningún tipo de anestesia o con anestesia local, con unas molestias secundarias razonables, como cierto dolor pélvico o abdominal.

Riesgos generales

Frecuentes

A pesar de la adecuada elección y realización de la técnica pueden presentarse efectos indeseables, como: reacciones vagales (mareo, sudoración, malestar), dolor de hombros, dolor precordial y dolor abdominal (por el paso de gas al peritoneo).

Infrecuentes

Pueden presentarse otros efectos que, aunque son poco frecuentes, revisten mayor gravedad: embolias gaseosas, infecciones tubopertoneales, perforación uterina, formación de falsas vías; algunas de las cuales pueden requerir la hospitalización inmediata, poner en peligro la vida y requerir tratamientos médicos/quirúrgicos adicionales.

Anatomía Patológica

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico 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 una segunda cirugía.

Autorizo que el excedente de material biológico utilizado para pruebas diagnósticas y la información clínica asociada se pueda utilizar para investigación.

Riesgos personalizados (explicar los riesgos según las características de la paciente):

Es necesario, por parte de la paciente, advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual de la paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de los riesgos o complicaciones.

Alternativas

La alternativa prevista es el legrado uterino, que requiere anestesia; no obstante los hallazgos de la histeroscopia pueden llevar a indicar después una histeroscopia quirúrgica o una histerectomía. Hay lesiones intrauterinas que pueden pasar inadvertidas durante la histeroscopia, bien por su localización o por su tamaño, por lo que su diagnóstico precisará la utilización de otros procedimientos diagnósticos (legrado, ecografía).

Premedicación



- **Paracetamol 1g y Diazepam 5mg**
- Portadoras prótesis valvulares:
Amoxicilina 2g vo (2 comp 1g) 1 hora antes y 1 comp 6h después
Alérgicas: **Clindamicina** 100mg (1 comp) 1h antes y 1/2 comp 6 horas después
- Progesterona (*Diaria/ pauta descendente*)
- Anticonceptivos orales (*Dienogest,...*)
- Acetato **Ulipristal** (Control ciclo /Ciclo previo miomectomía)

Premedicación



Protocolo de la SEGO ,2013.Histerocopia en consulta

Prostaglandinas

NO utilizarlas de manera sistemática

No beneficios en términos de:

- Reducción dolor
- Disminución número fallos técnica
- Disminución traumas uterinos



***Royal College of Obstetricians and Gynaecologist .Best practise in outpatient hysteroscopy.
Green Top Guideline,nº59.March 2011
Hysteroscopy: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists
and Obstetricians

Premedicación



Prostaglandinas

Pacientes seleccionadas

- Nulíparas
- Cesárea anterior
- Menopausia con atrofia severa
- Útero en ante o retro forzada
- Cérvix multiorificial
- Cirugía previa cérvix (Conización, Traquelectomía, Braquiterapia...)

**200-400mcgr
3h-12h antes
Vaginal vs vo**

Dienogest



2013-11-01, Volume 20,
Issue 6, Pages 790-795,

La administración de Dienogest 2 mgr /día / 2 semanas, atrofia el endometrio de forma similar a los análogos de la GnRh. Puede iniciarse en fase folicular o en fase lutea sin diferencias.

2 semanas

Consulta histeroscopia




- Citación cada **15 min** (10-12 procedimientos/día)
- **↓↓ tiempo** de espera en Sala
- Recibimiento por enfermera
- Ofrecer **tranquilidad y seguridad**
- Completar historia clínica
- **Dudas** sobre procedimiento (tiempo, tolerancia, anestesia...)
- Firma electrónica consentimiento




Consulta histeroscopia



Consulta histeroscopia

 **Complejo Asistencial de Añón**
Hospital "Nuestra Señora de Guadalupe"

 **Sacyl**

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA
(Servicio de Ginecología)

DATOS DEL PACIENTE

Nº: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] APELLIDOS: [REDACTED]

DATOS DEL MEDICO

NOMBRE: DAVID APELLIDOS: HOLSADO SANCHEZ Nº Colegiado: 278677-B

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.
Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.
Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar causa.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto.

En Añón a 07 de Octubre de 2019

EL PACIENTE REPRESENTANTE: [REDACTED] EL MEDICO: [REDACTED]

Fe: [REDACTED] No. Dr. DAVID HOLSADO SANCHEZ

LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización.

En Añón a de de

EL PACIENTE REPRESENTANTE: [REDACTED] EL MEDICO: DAVID HOLSADO SANCHEZ

Fe: _____

Modelo 275.074-01.000 4907-00170001-001



INFORME DE HISTEROSCOPIA AMBULATORIA
Servicio de Obstetricia y Ginecología

HH 7702

REMITIDA POR DR/DRA.

NOELIA GOMEZ GONZALEZ

FECHA 10/09/2019

ANTECEDENTES FAMILIARES: No cáncer ginecológico.

ANTECEDENTES PERSONALES: Talasemia minor, Ansiedad, Fractura de maleolo externo tobillo izq
IQ: Amigdalectomía, legrado puerperal
No fumadora

ALERGIAS: NO CONOCIDAS

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS-GINECOLÓGICOS:

F.U.R.: 48 años

PARIDAD: G2A0P2

TRATAMIENTO ACTUAL: Paroxetina 10 mg, ácido fólico cada 6 meses

PREPARACIÓN PREVIA: Si

INDICACIÓN: METRORRAGIA POSTMENOPAUSICA

MÉTODO

Histeroscopia diagnóstica de flujo continuo 5,5 mm; óptica de 30°. Medio de distensión: Suero salino.

HALLAZGOS

CANAL ENDOCERVICAL:

Normal

Superficie: Regular

Trayecto: Rectilíneo

CAVIDAD UTERINA:

Normal

MUCOSA ENDOMETRIAL:

Superficie: Regular

Tipos de endometrio: Atrófico

OSTIUM TUBÁRICOS:

OTD: Visible

OTI: Visible



TOLERANCIA: Buena

COMPLICACIONES: No

DIAGNÓSTICO: NO PATOLOGÍA ENDOMETRIAL OBJETIVABLE

INDICACIONES: ALTA. NO PRECISA REVISIONES HISTEROSCOPICAS

ÁVILA, a 10 de Septiembre de 2019
Dr/a HOLGADO SANCHEZ, DAVID
Facultativo Especialista de Área

Consulta histeroscopia



Música



Gran aceptabilidad y agradecimientos

TALKING



Reducción ansiedad

ANESTESIA LOCAL



Procedimientos sencillos

Síndrome vagal!!

Anestesia tópica: geles o cremas. Eficacia controvertida.
Utilidad si se combina con otras técnicas



ANESTESIA LOCAL



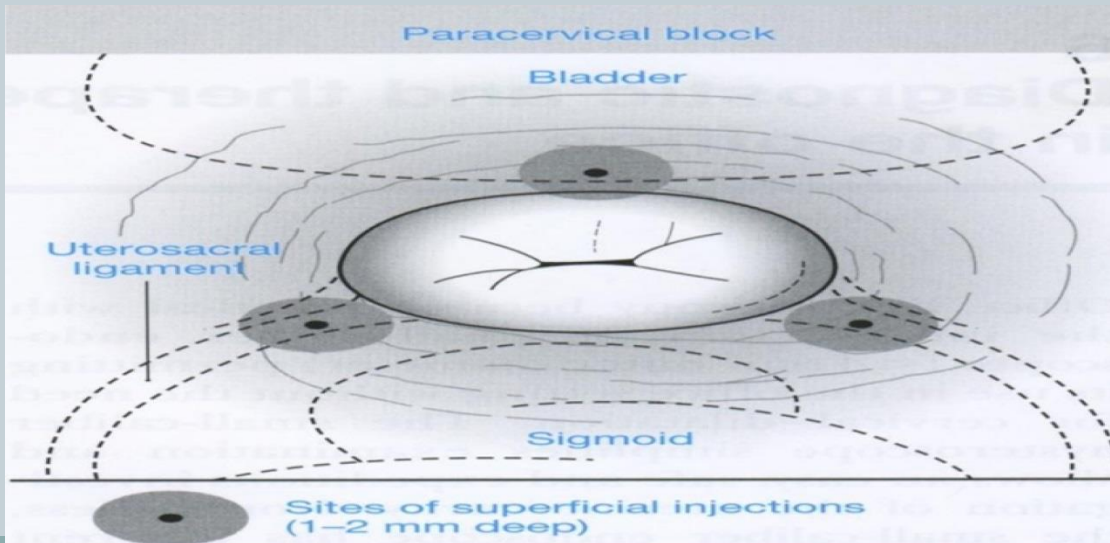
Bloqueo paracervical

Inyección de 5-10ml lido o Mepi 1% a 1cm profundidad

4 y 7 horas fondo saco vaginal

Efectiva a los *5 min.*

Anestesia de casi todo el útero, salvo cuernos



ANESTESIA LOCAL



Infiltración del cérvix

Inyección anestésico local espesor cérvix

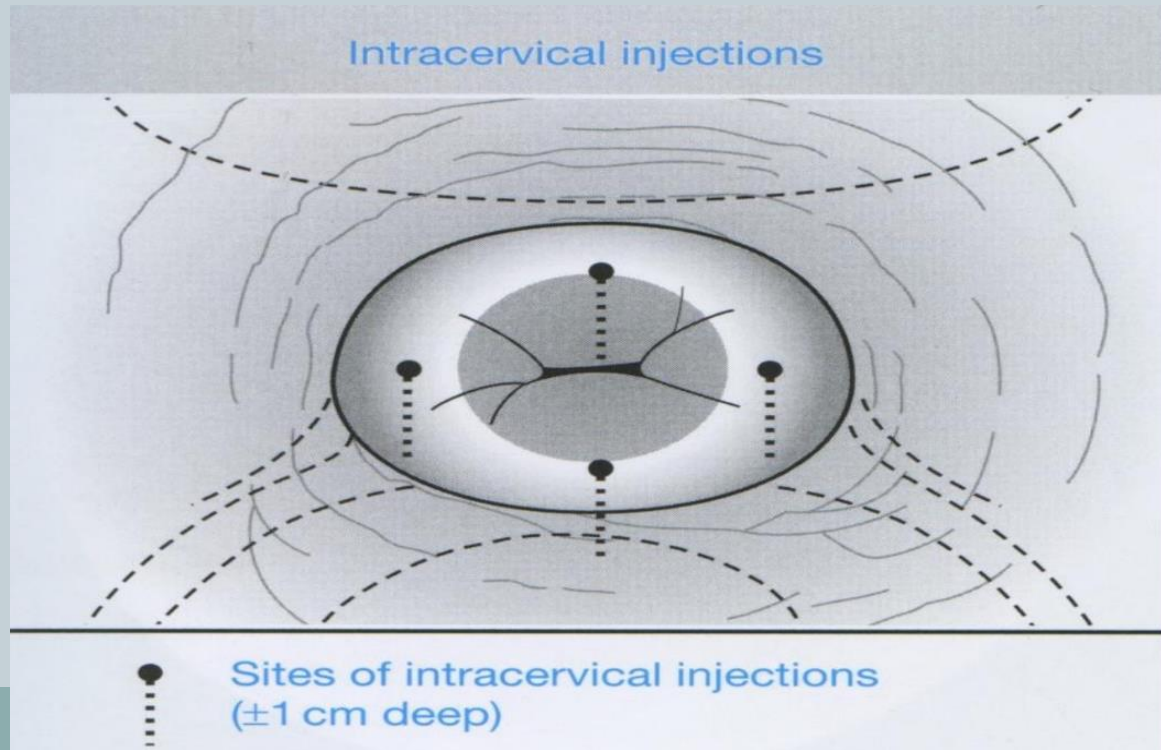


1 cm profundidad

3,6,9,12 horas

1,5-2ml cada punto

Anestesia en **3-5 min**



ANESTESIA LOCAL

Ventajas

- **Menor fracaso** procedimiento por mejor tolerancia
- **No precisa anestesista** ni quirófano
- **Paciente consciente** colabora, identificación complicaciones

Inconvenientes

- **Técnica dolorosa**
- **Toxicidad por AL**
- **Síndrome Vagal**

OXIDO NITROSO



Mezcla equimolar de **Protóxido de nitrógeno y oxígeno al 50%**
Interrumpe la transmisión sináptica nociocéptica

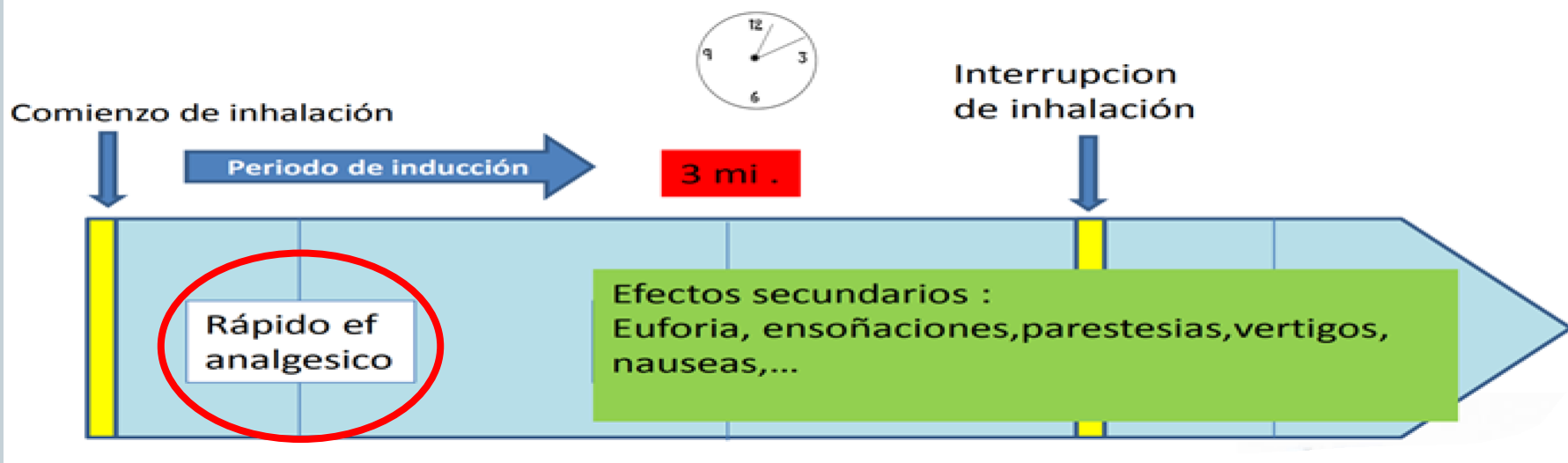
Efecto analgésico	Analgésia equivalente al tercio o la mitad de la obtenida con un morfíco como el fentanilo
Efecto ansiolítico	Acción directa probable en un receptor de benzodiazepinas
Efecto amnésico	Demostrado y comparable con el del midazolam
Ausencia de efecto anestésico	Estado de sedación consciente



OXIDO NITROSO



Cinética adecuada para intervenciones cortas



Preacuciones : Local adecuado/Interrumpir si se pierde contacto verbal /NO mas de 60 mi seguidos./En caso de repetición no mas de 15 dias.

OXIDO NITROSO



Kalinox : contraindicaciones

- Pacientes que precisan ventilación de oxígeno puro.
- Hipertensión intracraneal.
- Cualquier alteración en el estado de consciencia que impida la colaboración del paciente.
- Neumotórax/ Bulla enfisematosa/ Embolia gaseosa
- Accidente por inmersión
- Distensión gaseosa abdominal
- Traumatismo facial que afecta a la zona de aplicación de la mascarilla.
- Pacientes que recibieron gases del tipo SF6, C3F8, C2F6 utilizados en cirugía oftalmológica, al menos 3 meses antes de la intervención.
- **En los pacientes que toman medicamentos depresores del sistema nervioso central, principalmente los mórficos y benzodiazepinas, el riesgo de somnolencia, desaturación, vómitos y bajada de tensión es más alto.**

MANEJO HEMORRAGIA



- Retirada de **anticoagulantes orales** (HBPM en AP)
- Reducir ansiedad
- Análogos GnRH
- Acetato de Ulipristal
- Amchafibrin (2 amp/500ml SF)



MANEJO HEMORRAGIA



TRATAMIENTO MEDICO PREQUIRURGICO

Análogos de la GnRH

- Reducen el tamaño del mioma de forma reversible.
- Vuelven a crecer de 1 a 3 meses tras última dosis.
- Controla el sangrado: Amenorrea en 21 días
- Comporta una menopausia inducida artificialmente
 - + Pérdida de densidad mineral ósea

Acetato de ulipristal (MSRP)

- Controla el sangrado >90% de los casos

**Más rápido que los análogos:
amenorrea en 5-7 días**

- Reduce el Volumen de los miomas:

La reducción se mantiene **6 meses después** del final de tratamiento.

Evita síntomas menopáusicos

- Mejora la calidad de vida: Alivio del dolor

CONCLUSIONES



- Técnica mínimamente invasiva *bien tolerada* por la paciente de forma ambulatoria.
- Reducción *gasto sanitario* y menor *morbilidad* de la paciente.
- Anestésicos locales / Óxido Nitroso permiten realización procedimientos en casos mala tolerancia.
- Importante crear un *ambiente confortable* y *comunicación activa* durante el procedimiento.



GRACIAS!!!