



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



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

1. PROTOCOLO DE ANESTESIA EN EL LEGRADO UTERINO.

GENERALIDADES

Cirugía de corta duración

Alta incidencia de NVPO: realizar profilaxis/ tratamiento

Prevención de lesiones de nervios periféricos durante el posicionamiento de la paciente (el nervio peroneo suele ser el más frecuentemente lesionado, también puede lesionarse el femoral, ciático, safeno).

PREANESTESIA:

Al tratarse de pacientes jóvenes sin patología concomitante se puede realizar una preanestesia estándar.

Pruebas complementarias necesarias: hemograma, hemostasia, bioquímica.

No obstante, es importante la valoración clínica de la paciente en el momento del legrado, ante la posible presencia de un estado séptico por retención de restos de la gestación, o hipovolemia por sangrado uterino significativo

TECNICA ANESTÉSICA:

- **De elección: SEDOANALGESIA i.v.**
 - propofol 1-2 mg/ kg + opioides(fentanilo 1 mcg/kg; alfentanil 5 mg/kg; remifentanilo 1-1'5 mcg/kg)
 - Ventilación espontánea o soporte ventilatorio con mascarilla facial si precisa
 - Monitorización: PANI, Sat O2, ECG.
- **Anestesia intrarraquídea:** se debe alcanzar un nivel anestésico T10
- **Anestesia general estándar**
- **Otros**
 - Bloqueo paracervical: Inyección en la posición 3 y 9. Administración de 10-12 ml de anestésico local por cada lado, rotando 360º la aguja. Se suelen utilizar anestésicos locales de vida media corta (lidocaína 1%, mepivacaína 1%, bupivacaína 0'5%). Inconveniente→ control incompleto del dolor



POSTOPERATORIO

- Traslado reglado a URPQ, tras lo cuál cabe la posibilidad de remitir a la paciente a la sala o de realizar alta ambulatoria
- Dolor postoperatorio leve. Tratamiento suficiente con paracetamol/AINES i.v. o v.o.

2.PROTOCOLO DE ANESTESIA EN LA HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Utilización De fluidos de irrigación de baja viscosidad.
- Monitorización del balance entre fluidos de entrada y de salida
- Control de la presión de irrigación: limitada a 60 mmHg
- Limitación de la duración de la cirugía
- Preparación preoperatoria del endometrio
- Técnica quirúrgica lo menos traumática posible
- Monitorizar, si es posible, los electrolitos séricos.

PREANESTESIA

- Estándar
- Valorar pruebas complementarias en función de antecedentes patológicos de interés

INTRAOPERATORIO

- Posición de litotomía→ prevención de posibles lesiones nerviosas periféricas
- Monitorización estándar (PANI, SatO₂, etCO₂, ECG) + monitorización del balance de fluidos de irrigación
- TÉCNICAS DE NORMOTERMIA
- Profilaxis/ tratamiento de NVPO
- Técnica anestésica:
 - Si se programa la cirugía en régimen ambulatorio se puede realizar una anestesia general
 - Inducción estándar
 - ML+ ventilación mecánica/ ventilación asistida manualmente mediante mascarilla facial
 - Mantenimiento estándar: preferiblemente TIVA
 - Anestesia neuroaxial→ anestesia intrarraquídea hasta alcanzar un nivel sensitivo de T8-T10



POSTOPERATORIO

- Traslado reglado a URPQ, tras lo cuál cabe la posibilidad de remitir a la paciente a la sala o de realizar alta ambulatoria
- Dolor agudo postoperatorio leve: tratamiento suficiente con paracetamol/ AINEs i.v. o v.o.

3 PROTOCOLO DE ANESTESIA EN LA CIRUGÍA VULVO VAGINAL

A. VULVECTOMIA

GENERALIDADES

- Pacientes a partir de la 7ª edad de la vida
- Frecuentemente asocian comorbilidad
- Técnica quirúrgica estándar: excisión local ampliada (márgenes 2cm) + linfadenectomía inguinofemoral (al menos ganglios superficiales y femorales mediales a la vena femoral)
- Duración de la cirugía entre 2-4 horas
- Posición de litotomía: realizar prevención de posibles lesiones nerviosas periféricas
- Riesgo elevado de TVP → realizar correcto profilaxis: medias de compresión, administración de heparina...

PREANESTESIA

- Estándar
- Pruebas complementarias en función de la patología concomitante (glucemia, FEVI, función hepática, renal...)

INTRAPERATORIO

- Monitorización estándar
- TÉCNICA ANESTÉSICA:
 - Si cirugía limitada → anestesia intrarraquídea, se debe alcanzar un nivel sensitivo de T8-T10
 - Si resección amplia → anestesia general
 - Colocación de catéter epidural previo a la inducción
 - Inducción estándar
 - VM con mantenimiento de la vía aérea con mascarilla laríngea/IOT.
 - Mantenimiento anestésico estándar, con TIVA/ anestésicos volátiles
 - Analgesia: a través de catéter epidural o perfusión continua i.v. de remifentanilo a 0'2-0'5mgc/kg/min



POSTOPERATORIO

- Traslado reglado a URPQ
- Dolor agudo postoperatorio: Si la resección es extensa, puede presentar dolor moderado-severo → PCA a través de catéter epidural + paracetamol/ AINEs

B. TRATAMIENTO DEL QUISTE/ASCESO DE BARTHOLIN

- Quiste asintomático: no requiere tratamiento
- Absceso:
 - Tratamiento de urgencia → excisión y drenaje
 - Tratamiento definitivo → marsupialización
 - Antibioticoterapia de amplio espectro
- **Preanestesia estándar**
- **TÉCNICA ANSTÉSICA:**
 - Sedoanalgesia i.v.
 - Anestesia intradural en silla de montar
- **POSTOPERATORIO**
 - Alta ambulatoria
 - Dolor agudo leve: suficiente tratamiento con paracetamol/ AINEs