



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Anestesia en Cirugía Ginecológica
Protocolo de anestesia en la histerectomía vaginal y reparación de la
incontinencia urinaria
Dr. Fernando Tornero Ibáñez ; Dr. Conrado A. Mínguez Marín

Histerectomía Vaginal

Indicaciones

- Prolapso uterino
- Úteros no prolapsados:
 - Fibroma uterino (IA)
 - Sangramiento Uterino Anormal (IIIB)
 - Hiperplasia Adenomatosa Endometrial (IA)
 - Neoplasia intraepitelial-cervical (IB)
 - Carcinoma endometrial (IA)
 - Cáncer de cuello uterino (IB)

Consideraciones preanestésicas

- Tipo de patología que origina la histerectomía
- Tipo de cirugía a realizar (asociada a laparoscopia, colporrafía..)
- Antecedentes quirúrgicos y anestésicos de la paciente
- Antecedentes patológicos (diabetes, anemia, hipertensión, TVP, etc.)
- Estudio preoperatorio (analítica, Rx tórax, ECG...)
- Medicamentos empleados por la paciente (AINES, terapia hormonal-retirar si no contraindicación-, anticoagulantes..)
- Aceptación de la técnica anestésica por la paciente; y firma del consentimiento informado

Consideraciones preoperatorias

- Revisión HC
- Confirmar pruebas cruzadas
- Profilaxis ATB
 - Cefazolina 2g IV 30 min previo a cirugía
 - Alérgicos a penicilinas:
 - Ciprofloxacino 400 mg + Metronidazol 500 mg ó clindamicina 600 + gentamicina 1.5 mg/kg
- Premedicación ansiolíticos
- Reposición hídrica



Posibilidades anestésicas

- Anestesia general +/- técnicas regionales
 - Técnica de elección si primer tiempo laparoscópico
 - Permite control vía aérea
 - Uso RNM en laparoscopia
 - No limitaciones en cuanto al tiempo quirúrgico
 - Control dolor: papel bloqueo paracervical
 - Mayor incidencia NVPO
 - Mayor incidencia TVP

- Anestesia neuroaxial +/- sedación
 - Nivel de bloqueo necesario T10
 - Permite ventilación espontánea
 - Menor incidencia de TVP
 - Menor incidencia de NVPO
 - Menor producción catecolaminas endógenas
 - Mejor control analgésico primeras 12h postoperatorias

- Intradural
 - Rápido inicio de acción
 - Bloqueo eficaz y profundo
 - Duración intervención: factores relacionados
 - Experiencia cirujano
 - Tamaño útero: miomectomías, morcelación y enucleación
 - Necesidad colporrafia anterior y/o posterior
 - Reconversión a anestesia general si complicaciones

- Epidural
 - Menos cambios hemodinámicos
 - Posibilidad de titular la dosis
 - No limitación duración intervención
 - Posibilidad control dolor postoperatorio
 - Técnica mas laboriosa
 - Inicio de acción mas lento
 - Posibilidad de anestesia parcheada

- Combinada
 - Permite rapido inicio acción
 - Posibilidad de utilizar cateter epidural si necesario



Intraoperatorio

- Monitorización estándar (ECG, PANI, SatO₂, Et CO₂..)
- Monitorización invasiva PAI, PVC.. si necesario (según AP de la paciente)
- Sondaje inicial de vaciamiento
- Glucemia en diabéticos
- Adecuada reposición líquidos
- Profilaxis NVPO (según protocolo NVPO)
- Posición litotomía tras inducción anestésica
 - Tolera la paciente posición litotomía (pacientes añosas, artrosis, qx cadera..)
 - Medidas prevención lesión nervios periféricos (n. peroneo..)
 - Mantener monitorización al volver a la posición de decúbito supino

Postoperatorio

- Complicaciones quirúrgicas:
 - Hemorragias, intra/post-operatorias
 - Lesiones de órganos vecinos:
 - Tracto urinario (vejiga, uréter)
 - Aparato digestivo (recto)
 - Infección de la herida quirúrgica
- Complicaciones medicas
 - Relacionadas con AP de la paciente
- Dolor postoperatorio
 - Dolor moderado (menos intenso que histerectomía abdominal)
 - Mas intenso en primeras 12 horas
 - Mejor control si anestesia neuroaxial
 - Si AG el bloqueo paracervical puede facilitar el control
 - Tto IV con AINES +/- Opioides (primeras 12-24h)
- Tromboprofilaxis
 - Cirugía de riesgo para TVP
 - Mayor riesgo:
 - Antecedentes de TVP
 - Pacientes con insuficiencia venosa MMII
 - Paciente en tto hormonal sustitutivo
 - Fumadores
 - Mayor duración intervención
 - Evitar compresión excesiva en MMII durante posicionamiento
 - Correcta reposición de líquidos
 - Deambulacion precoz
 - Tto con HBPM+/- medidas compresión MMII



Incontinencia urinaria

- Tratamiento quirúrgico indicado en incontinencia de esfuerzo
- Antes de la cirugía este indicado tratamiento medico-rehabilitador
- Cirugías mas empleadas
 - Colporrafía anterior asociada a histerectomía vaginal en casos de prolapso uterino asociado a incontinencia urinaria
 - Mallas libres de tensión
 - TVT (retropúbica)
 - TVT-O (trans-obturador)
 - TVT-S (ALE)
 - TVA-TOA (ALE regulable)

Preanestesia

- HC completa (AP, antecedente quirúrgicos y anestésicos, medicación habitual..)
- Preoperatorio (analítica, ECG, Rx tórax, pruebas complementarias si necesario)
- Entrega del consentimiento informado
- Si cirugía ambulatoria informar a la paciente (acompañante, transporte a domicilio, numero teléfono, distancia a centro medico..)

Posibilidades anestésicas

- Anestesia general
 - Técnica de elección en:
 - suspensión abdominal retropúbica abierta
 - suspensión abdominal retropúbica laparoscópica
 - No permite colaboración de la paciente (Valsalva)
- Anestesia regional
 - Intradural en silla de montar
 - Ampliamente utilizada para este tipo de cirugías
 - Buena calidad anestésica
 - Posibilidad de cooperación por la paciente
 - Mayor estancia hospitalaria (retraso del alta)
 - Retención urinaria (complicación quirúrgica o anestésica?)
- Anestesia local con sedación
 - Cada vez mas utilizada en cirugía mínimamente invasiva
 - Permite cooperación de la paciente
 - Posibilita alta temprana
 - Infiltración pared anterior vagina y recorrido de la malla con AL
 - Infiltración varia según técnica Qx
 - Grandes volúmenes en TVT (recorrido retropúbico)
 - Dificultad infiltración en TVT-O (recorrido transobturador)
 - TVT-S y ALE técnica Qx más idónea por malla de corto recorrido



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Postoperatorio

- Dolor postoperatorio
 - Leve-moderado
 - Controlable con AINES en cirugía mínimamente invasiva
- Tromboprofilaxis
 - No necesario en cirugía mínimamente invasiva (corta duración, deambulación temprana) salvo factores de riesgo asociados
- Profilaxis NVPO (según protocolo; importante en CMA)

Ambulatorización

- Cirugía mínimamente invasiva IUE:
 - No precisa preparación compleja
 - Escaso riesgo hemorrágico
 - Tiempo total de intervención inferior a 90 minutos
 - Dolor postoperatorio controlable con analgesia oral
 - No precisa drenajes con débito elevado
 - Permite deambulación precoz
 - Ahorro económico importante si se realiza en régimen CMA

Criterios al alta ambulatoria

- Consciente y orientado
- Constantes vitales estables durante la última hora
- Tolerancia de líquidos
- Control del dolor
- Deambulación autónoma sin sensación de inestabilidad
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Ausencia de sangrado
 - Si leve se puede realizar tapón vaginal al alta
- Diuresis espontánea
 - CHGUV: Medición débito urinario tras diuresis espontánea, si >100 ml, alta a domicilio con sondaje vesical