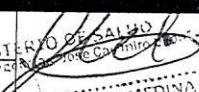




HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA (HEJCU)

Guía de Procedimiento Asistencial: Histeroscopia

UNIDAD ORGÁNICA	RESPONSABLE	V°B°
Propuesto por	MC. Jhannet Miranda Medina	 
Cargo	Coordinadora del Equipo de Trabajo de Ginecología	
Fecha	09/ 05 /2024	
Revisado por	M.C. Petro Shevchuk Shevchuk	
Cargo	Jefe del Departamento de Cirugía	
Revisado por	M.C. Maybbe Mendoza Fernández	
Cargo	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad	
Revisado por	M.C. Karina Arali Vidalón López	
Cargo	Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	
Aprobado por	M.C. Alberto Gonzáles Guzmán	
Cargo	Director General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	



Guía de Procedimiento Asistencial:
Histeroscopia

Equipo de Trabajo de Ginecología
Departamento de Cirugía



HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS



Versión	Fecha	Justificación	Responsable
01	09 /05 /2024	Elaboración Inicial del documento	Equipo de Trabajo de Ginecología Dpto. de Cirugía





ÍNDICE:

I. FINALIDAD

II. OBEJTIVOS

III. AMBITO DE APLICACIÓN



IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

V. CONSIDERACIONES GENERALES

- 5.1 Definiciones operativas
- 5.2 Glosario de términos
- 5.3 Requisitos básicos
- 5.4 Indicaciones
- 5.5 Contraindicaciones



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

- 6.1 Descripción detallada del procedimiento
- 6.2 Complicaciones
- 6.3 Responsabilidades



VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Recomendaciones y buenas prácticas clínicas.



VIII. ANEXOS

- ANEXO 01 Flujoograma
- ANEXO 02 Consentimiento Informado
- ANEXO 03: Niveles de evidencia y grados de recomendación CEBM 2009.
- ANEXO 04: Checklist para verificación de cumplimiento tratamiento GPA

IX. BIBLIOGRAFÍA



I. FINALIDAD

Contribuir a reducir los riesgos asociados al procedimiento de Histeroscopia de Emergencia para las pacientes.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Estandarizar la metodología, instrucciones o indicaciones para la realización de la Histeroscopia de Emergencia por un profesional médico Gineco-obstetra en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1. Establecer las indicaciones absolutas y relativas, además de las contraindicaciones para la realización de la Histeroscopia de emergencia.

2.2.2. Describir paso a paso los requisitos, recursos y materiales a utilizar.

2.2.3. Describir las complicaciones del procedimiento y establecer un diagrama de flujo.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica de procedimientos tendrá aplicación en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en el servicio de Ginecología y en el área de sala de operaciones.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Histeroscopia diagnostica, Histeroscopia Terapéutica
Código CPT 58555, 58558

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

La Histeroscopia es un procedimiento para la evaluación y tratamiento de trastornos del canal cervical, cavidad endometrial y trompas uterinas; tiene dos propósitos: el primero diagnóstico, con el que es posible percibir la existencia o no de patología endometrial o cervical; y segundo, terapéutico o quirúrgico, mediante la cual es posible realizar el dar el manejo preciso a la patología identificada.

Una de las indicaciones principales son los sangrados uterinos anormales. La hemorragia uterina disfuncional (HUD) o anovulatoria es la principal causa de hemorragia en la mujer adulta y el diagnóstico es de exclusión. Se estima que anualmente, alrededor de 10 millones de mujeres sufren de hemorragia uterina y



sólo 6 millones de ellas buscan atención médica, el abordaje del padecimiento consiste en realizar un interrogatorio dirigido, examen físico y estudios de laboratorios; la Histeroscopia puede contribuir en el manejo, dado que es un procedimiento que se puede utilizar para el diagnóstico y tratamiento de patologías proliferativas benignas: pólipos, miomas, sinequias, estudio de la mujer con problemas de fertilidad, extracción de dispositivos intrauterinos con hilos perdidos, y extracción de cuerpos extraños.

Al ser una de las herramientas principales para el estudio de la hemorragia uterina anormal, la Histeroscopia tiene una función integral en la identificación de anomalías estructurales del endometrio.

Entre sus beneficios, destaca la posibilidad de realizar el procedimiento de forma ambulatoria; actualmente existe la tendencia en los hospitales que otorgan atención ginecológica de realizar la Histeroscopia diagnostica ambulatoria o de "consultorio" debido a los significativos beneficios tanto de salud, como económicos. El procedimiento en los consultorios se realiza sin el uso de anestesia general; no requiere de un quirófano y se utiliza un consultorio común para realizar exámenes físicos. La realización de este procedimiento en un ámbito de consultorio tiene muchos beneficios para los médicos y las pacientes, incluyen la reducción de las tasas de complicación, un tiempo de recuperación más corto y una reducción global de los costos para la paciente y los servicios hospitalarios.

5.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Histeroscopia: 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.

Histeroscopia Diagnóstica: Histeroscopia en la que se utilizan instrumentos de calibre delgado, que sólo permiten el paso de la lente y de este modo visualizar la cavidad endometrial.

Histeroscopia Quirúrgica: Histeroscopia en la que 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. También llamada "en sala de quirófano".

Miomectomia histeroscópica: los miomas son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino, que derivan de las células musculares lisas uterinas y son estrógeno dependiente. La histeroscopia solo está indicada en los casos de miomas submucosos con compromiso miometrial menor del 50% el sistema eléctrico va a depender del tamaño, ubicación y numero de miomas.

Polipectomia histeroscópica: El pólipo es el tumor benigno de la mucosa endometrial más frecuente, su incidencia se incrementa progresivamente con la





edad. El tamaño es variable desde muy pequeñas hasta ocupar toda la cavidad uterina. La polipectomía histeroscópica es la remoción de dicho pólipo de la cavidad uterina.

5.3. REQUISITOS BÁSICOS

5.3.1. RECURSOS HUMANOS

- Dos médicos ginecólogos
- Un médico anestesiólogo
- Una enfermera
- Una técnica de enfermería

5.3.2. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

a) Equipos Biomédicos:

- Mesa Hidráulica para Operación quirúrgica
- Lámpara Cialítica
- Fronto Luz
- Desfibrilador
- Electro bisturí (corriente monopolar y bipolar)
- Camilla de metal
- Equipo histeroscopia (Monitor, Videocámara, cámara HD, Telepack, cable de fibra óptica)
- Tachos de metal
- Porta suero metálico
- Banco giratorio

b) Material Médico no Fungible

- Set Instrumental médico para legrado uterino
- Chaqueta y pantalón unisex descartable
- Solera
- Sabana de dril
- Mandiles estériles
- cable de fibra óptica
- Distensión de la cavidad uterina
- Manguito de presión
- Sistema de irrigación y succión
- Set Betoocchi (óptica)
- Camisa de flujo simple con canal operatorio
- Camisa operatoria de flujo continuo
- Instrumental operatorio de 5Fr de diámetro y 34 cm de longitud
- Histeroscopia
- Resectoscopia
- Sistema monopolar y bipolar
- Asa resección electro quirúrgica



c) Material Médico Fungible

- Gasas
- Guantes
- Yodopovidona espuma
- Yodopovidona solución
- Equipo de aspiración
- Jeringa 5 cc
- Aguja N° 23
- Bolsa aspiración
- Equipo venoclisis
- Clorhexidina al 4 %

d) Medicamentos.

- Glicina al 1.5 %
- Cloruro de sodio 9%
- Agua destilada

5.4. INDICACIONES:

5.4.1. INDICACIONES ABSOLUTAS:

1. Hemorragia uterina anormal

5.4.2. INDICACIONES RELATIVAS:

1. Sospecha de patología endometrial
2. Sospecha de patología endocervical
3. Sospecha de malformación uterina
4. Estudio de esterilidad/infertilidad
5. Extracción de cuerpo extraño
6. Diagnóstico y extracción de restos trofoblásticos postaborto
7. Diagnóstico y seguimiento de hiperplasias de endometrio

5.5. CONTRAINDICACIONES

1. Embarazo intrauterino viable
2. Infección pélvica aguda
3. Cáncer cervical o uterino conocido
4. Perforación uterina reciente
5. Imposibilidad de recibir anestesia en caso de Histeroscopia Operatoria
6. Sangrado uterino abundante (puede limitar la visualización durante el procedimiento, no es una contraindicación absoluta).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS





6.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

La histeroscopia quirúrgica es un procedimiento que se puede realizar en sala de operaciones manteniendo los criterios de asepsia correspondientes.

Se detalla paso a paso a seguir en sala de operaciones:

1. Lavado de manos
2. Asepsia de cavidad perineal y vaginal
3. Colocación de valvas anterior y posterior
4. Pinzamiento de cérvix con pinza Pozzi
5. Histerometría
6. Dilatación de cérvix con dilatadores Hegar hasta Nro 8
7. Se introduce el obturador removible y luego el histeroscopio bajo visión directa
8. Distensión de la cavidad uterina mediante medios distensión (suero fisiológico o glicina 1.5 %)
9. Se realiza revisión de la cavidad endouterina
10. Se realiza escisión, ablación, extracción o toma de biopsia
11. Se revisa hemostasia
12. Se retira material histeroscopio
13. Se retira valvas y pinza Pozzi
14. Paciente tolera acto quirúrgico

Tratamiento ambulatorio:

Se recomienda utilizar butilioscina 10 mg VO cada 8hrs o paracetamol 500 mg VO cada 8 horas solo en caso de dolor.

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.

6.2 COMPLICACIONES

1. Perforación uterina
2. Embolia aérea y gaseosa
3. Sobrecarga de fluidos
4. Hemorragia
5. Reacción vasovagal
6. Perforación intestinal



6.3 RESPONSABILIDADES:

El procedimiento se realiza en sala de operaciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, a cargo de los médicos ginecólogos de guardia, médico anestesiólogo de guardia con apoyo del personal de enfermería y técnica de enfermería con conocimiento de jefatura de guardia.

VII. RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones usan para el nivel de evidencia y grado de recomendación la clasificación de Niveles de evidencia de CEBM (2009). (10). Figura 01

La miomectomía histeroscópica es una intervención quirúrgica conservadora y la más eficaz para la resección de los leiomiomas submucosos. (Buena Práctica Clínica) (10)

Las técnicas recomendadas son: para los leiomiomas tipo 0 la técnica de corte o morcelación y para los leiomiomas tipo 1 y 2, usar la técnica de corte. (Buena Práctica Clínica) (10)

Para prevenir complicaciones, es preciso la medición continua y precisa del líquido de distensión absorbido, es un fundamento para garantizar la seguridad del procedimiento. (Buena Práctica Clínica) (10)

Durante la etapa de planificación de la Miomectomía histeroscópica, se recomienda la evaluar el útero con sonohisterografía con infusión salina (SIS) o evaluación combinada mediante ecografía transvaginal (TVUS) e histeroscopia diagnóstica (Grado 1A). (10)

El sistema de clasificación STEPW (tamaño, topografía, extensión de la base, penetración y posición de la pared lateral) está recomendado para los leiomiomas submucoso (LM) para predecir el grado de complejidad de la cirugía, la posibilidad de extirpación incompleta del LM y estimar los tiempos operatorios evitando que se prolonguen, sobrecarga de líquidos y otras complicaciones mayores (grado 1B). (10)

Para leiomiomas submucoso (LM) tipo 0, además de la resectoscopia (técnica de corte), se recomienda la técnica de morcelación, por ser más rápida y por requerir una curva de aprendizaje más corta respecto a la primera (grado 1C). (10)

Para los leiomiomas submucoso tipo 1-2, actualmente se recomienda la técnica de corte (grado 1C). (10)

Se sugiere un déficit de líquido de 1000 ml en caso de miomectomía bipolar con solución salina, en mujeres sanas en edad reproductiva, debido al bajo riesgo de complicaciones mayores con el cual está asociado. Además, se debe considerar usar niveles más bajos (750 ml) para el déficit de líquidos en los ancianos y en las mujeres con comorbilidades cardiovasculares, renales u otras comorbilidades (Grado 1B). (10)



**Guía de Procedimiento Asistencial:
Histeroscopia**

**Equipo de Trabajo de Ginecología
Departamento de Cirugía**

VIII. Anexos:

ANEXO 01: Flujograma

ANEXO 02: Consentimiento Informado

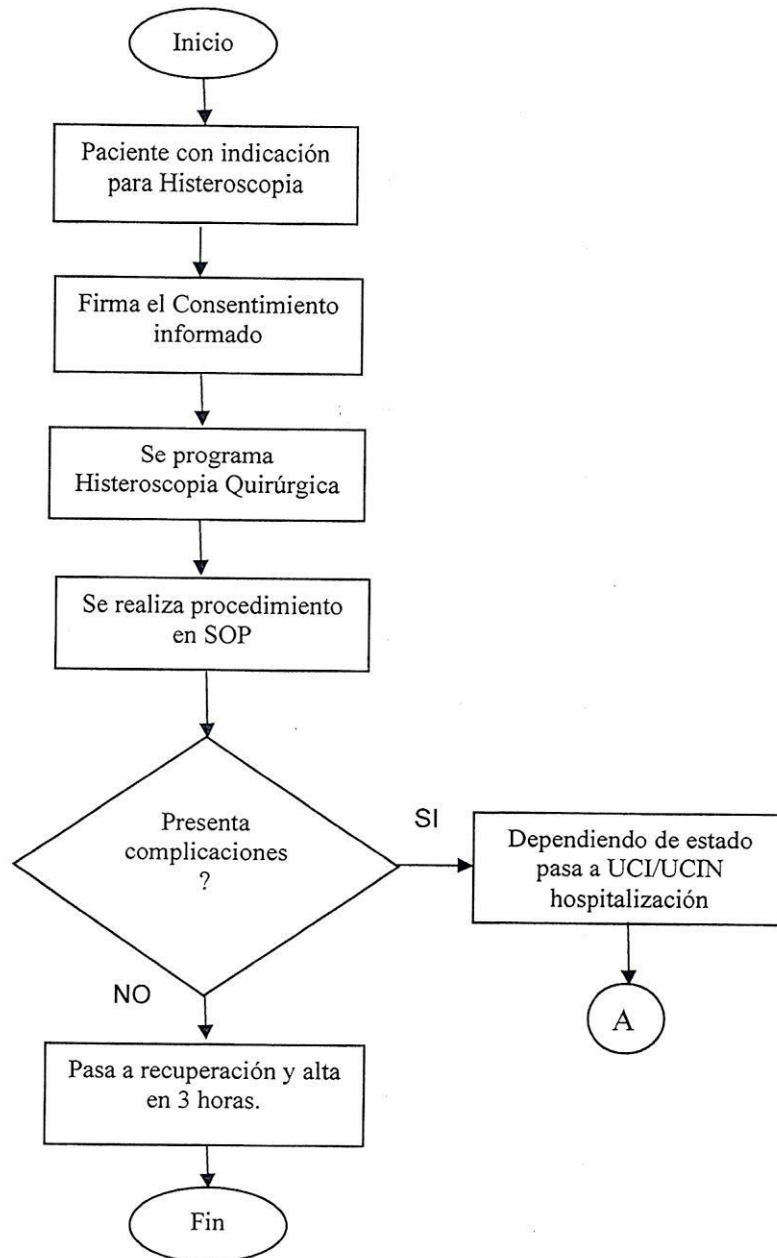
ANEXO 03: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación CEBM 2009

ANEXO 04: Checklist para verificación de cumplimiento tratamiento GPA.





ANEXO 01: Flujograma



Fuente: Departamento de Cirugía.



ANEXO 02: Consentimiento informado



HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASMIRO ULLOA
CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROCEDIMIENTO HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA
SERVICIO EMERGENCIA DE GINECO OBSTETRICIA.

NOMBRE DEL PACIENTE:.....
EDAD:.....
DNI:.....
HISTORIA CLÍNICA:.....

Por medio de la presente, YO
.....de

edad....., identificada con DNI..... como
paciente (.....) familiar (.....) apoderado (.....) representante legal (.....)
y en pleno uso de mis facultades mentales y en mi libre voluntad declaro:

Que el Dr./a me ha informado que
mi persona (.....) familiar (.....) apoderado (.....) presenta el diagnóstico de
.....
.....

Me informan, que es necesario realizar la intervención HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA que consiste en, visualizar por vía vaginal la vía endouterina, previa limpieza de la zona, para ello la paciente se coloca en posición de dorosolitotomía y se realiza examen bajo anestesia, se colocan valvas, luego se realiza la visualización del cérvix, se realiza Histerometría directa con dilatación del cérvix con pinzas Hegar, se introduce el histeroscopio y se hace la revisión de la cavidad endouterina, se realiza la extracción del contenido según la patología que motiva el procedimiento.

Dependiendo del diagnóstico, el contenido obtenido podría ser enviado a estudio anátomo-patológico.

Informar que como en toda intervención, existen riesgos y complicaciones, las cuales se listan a continuación:

- Perforación uterina
- Desgarro cervical
- Hemorragias uterinas
- Intoxicación hídrica y encefalopatía por glicina
- Embolismo



**Guía de Procedimiento Asistencial:
Histeroscopia**

**Equipo de Trabajo de Ginecología
Departamento de Cirugía**

Existe la posibilidad que, durante o después de la intervención quirúrgica/procedimiento sean necesarias otras intervenciones de urgencia ante complicaciones imprevistas.

Por lo leído y habiendo hecho las preguntas necesarias para absolver cualquier duda con el profesional que me informa el procedimiento, declaro CONOCER EL PROCEDIMIENTO AL QUE SERÉ SOMETIDA y estar PLEMANENTE INFORMADO de lo expuesto anteriormente, ACEPTO en forma voluntaria y sin presión alguna, otorgo mi consentimiento al médico, equipo de guardia y al hospital José Casimiro Ulloa, para realizar el procedimiento indicado.

Miraflores, Fecha y Hora.....

Firma: Paciente/familiar/apoderado
representante legal
DNI

Huella Digital

Firma: Médico Informante y /
responsable.
DNI

Huella Digital

	Guía de Procedimiento Asistencial: Histeroscopia	Equipo de Trabajo de Ginecología Departamento de Cirugía
---	---	---

ANEXO 03: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación CEBM 2009

GR	NE	Tratamiento, prevención, etiología y diagnóstico	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y pronóstico	Estudios secundarios y de análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (aun si algunos estudios con resultados comparables en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de alta calidad con homogeneidad (que incluye estudios con resultados comparables en la misma dirección y en diferentes contextos clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivos	RS con homogeneidad de estudios secundarios de alta calidad
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales con un seguimiento mayor del 80% de los cohortes y validados en una sola población	Estudios de cohortes que validan la calidad de una prueba específica, con estándares de referencia establecidos a partir de algoritmos de estimación de pronóstico o de categorización del diagnóstico o producido en un centro clínico	Estudios de cohortes prospectivos con buen seguimiento	Análisis basado en costos o alternativas de tratamiento sensibles, RS de la evidencia incluye análisis de sensibilidad
	1c	Todos o ninguno	Serie de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Serie de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos, cuidadosamente hechos o mejores, pero más baratos e igualmente tan malos o peores como más caros
B	2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes históricos o de grupos con tratamientos no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnóstico de nivel 2 con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios de 2a y mejores	RS con homogeneidad de estudios secundarios con nivel mayor a 2
	2b	Estudios de cohortes individuales con seguimiento mayor al 80% EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricos o seguimiento de cohortes no tratadas en un EC o que de probar el efecto no validado	Estudios exploratorios que a través de una regresión logística determinan factores predictivos y validados con estándares de referencia establecidos (independiente de la prueba diagnóstica)	Estudio individual de cohortes históricos o de seguimiento insuficiente	Análisis basado en costos o alternativas de tratamiento sensibles, limitado a revisiones de evidencia, incluye análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad		RS de estudios con homogeneidad de estudios de 3a y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios de 3a y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios de 3a y mejor calidad
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación, enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser el mismo para un determinado tratamiento, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes de estudio. Estudios no consecutivos o sin aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población, basado en partes alternativas o partes, datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones razonablemente sensibles
C	4	Serie de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con casos o sin estándares de referencia independientes	Serie de casos o estándares de referencia observados	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juiciosa, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juiciosa, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juiciosa, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juiciosa, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juiciosa, ni en "principios fundamentales"

Figura 01
Fuente: Niveles de Evidencia CEBM, 2009



ANEXO 04: Checklist para verificación de cumplimiento tratamiento GPA.

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ullón"
LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA N° 003535

Antes de la Administración de la Anestesia → Antes de la Incisión Cutánea → Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

ENTRADA Con el (la) enfermero (a), como mínimo	PAUSA Con el (la) enfermero (a), anestesiólogo (a) y cirujano	SALIDA Con el (la) enfermero (a), anestesiólogo (a) y cirujano
☐ ¿He confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ SI ☐ No procede	☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado en nombre y función. ☐ Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico. ☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica. ☐ ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ SI ☐ No procede	☐ El (la) enfermero (a) confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas ☐ Etiquetado de los envases (lectura) de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) Tipo de muestra ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
☐ ¿Se ha asegurado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la monitorización anestésica? ☐ SI ☐ No procede	☐ ¿Se ha colocado el pulsoxímetro al paciente y funciona? ☐ SI ☐ No procede	☐ ¿El (la) Cirujano, anestesiólogo (a) Enfermero (a) realizan: ☐ ¿Cuellos son los puntos críticos tangenciales? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cómo es la pérdida de sangre prevista? ☐ Anestesiólogo verifica: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? ☐ Equipo de Enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la cantidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultado de los indicadores) ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? ☐ ¿Podemos visualizar las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ SI ☐ No procede
☐ ¿Tiene el (la) paciente... ☐ Alergias conocidas? ☐ No ☐ SI ☐ ¿Vía aérea difícil/difícil de intubar? ☐ No ☐ SI	☐ ¿En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? ☐ No ☐ SI ☐ ... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg en niños)? ☐ No ☐ SI	☐ Si (a) Cirujano, anestesiólogo (a) Enfermero (a) realizan: ☐ ¿Cuellos son los aspectos críticos de la recuperación y el bienestar de este paciente? ☐ Observaciones:
☐ En este caso, ¿Se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos, dos vías de acceso (IV / central) PERMEABLE? ☐ No ☐ SI		

N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del/la Paciente _____ Fecha _____

Firma de la Enfermera Circulante _____ Firma del Cirujano _____ Firma del Anestesiólogo _____ Firma de la Enfermera Instrumentista _____

Figura N° 02, Fuente: Departamento de Cirugía



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bettochi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004;31:641-54.
2. FLASOG. Cirugía Minimamente invasiva en Ginecología. Altavoz. Editores. 2017
3. L. Alonso. Histeroscopia Quirúrgica. Editorial Medica Panamericana. 2017
4. Alverto CR. Histeroscopia diagnóstica en la práctica ginecológica. *Rev Med Hond* 2002; 70: 16 – 20.
5. Baggish MS, Valle RF, Guedj H. *Hysteroscopy: Visual perspectives of uterine anatomy, physiology, and pathology*, 3rd ed. Lippincott Williams, & Wilkins 2007.
6. Loffer F, Bradley L, Brill A, et al. Hysteroscopy training guidelines. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:167.
7. McLucas BH. Complications in hysteroscopic surgery. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:196.
8. Recomendaciones en histeroscopia. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Histeroscopia en consulta. *Prog Obstet Ginecol* 2021;64:230-253.
10. Loddo A, Djokovic D, Drizi A, De Vree BP, Sedrati A, van Herendael BJ. Hysteroscopic myomectomy: The guidelines of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022 Jan;268:121-128. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.11.434. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34902749.

