Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11030.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

Viabilidad y comparación clínica de la histeroscopia de consultorio: análisis de procedimientos diagnósticos y operatorios

Feasibility and clinical comparison of office hysteroscopy: Analysis of diagnostic and operative procedures.

Álvaro Ramos Reyes,[1] Alejandro Baruch Ugalde Meza,[1] Adriana Galván Luna,[2] Jose Andrés Hernández Denis,[3] Radamés Rivas López[4]

Resumen

OBJETIVO: Analizar la viabilidad de practicar la histeroscopia en el consultorio y comparar los procedimientos diagnósticos y operatorios en términos de duración, percepción de dolor, dificultad técnica y requerimiento de analgésico posterior al procedimiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y analítico efectuado en el Departamento de Biología de la Reproducción Humana y Cirugía Reproductiva, Hospital Ángeles Pedregal, en pacientes con indicación de histeroscopia llevada a cabo en el consultorio entre marzo del 2024 y junio del 2025. La recolección de datos fue consecutiva y solo incluyó a las pacientes que acudieron de forma ambulatoria, sin administración de anestesia general y con preparación médica previa al procedimiento. Se analizaron variables demográficas, clínicas, intraoperatorias y de dificultad técnica. La comparación entre grupos se hizo con pruebas de U de Mann-Whitney o exacta de Fisher, y se aplicó regresión logística binaria para explorar factores predictores de dificultad.
RESULTADOS: Se incluyeron 25 pacientes; del total procedimientos, 7 fueron diagnósticos y 15 operatorios. Las histeroscopias operatorias tuvieron mayor duración (media 8.33 vs. 4.57 min; $p < 0.017$) y mayor dolor intraoperatorio (media 4.33 vs. 1.57; $p < 0.005$) que las diagnósticas. No se registraron complicaciones mayores. En el análisis multivariable la edad, el IMC y la indicación no se asociaron significativamente con dificultad media-alta. Se observó correlación positiva entre la duración y el dolor intraoperatorio ($\rho = 0.666$; $p = 0.001$).
CONCLUSIONES: La histeroscopia de consultorio es factible, segura y bien tolerada, incluso en procedimientos operatorios. La mayor duración se asocia con más dolor, lo que resalta la importancia de optimizar la técnica y el control del dolor, sobre todo en casos complejos.

PALABRAS CLAVE: Histeroscopia; endoscopia ambulatoria; preparación cervical; diagnóstico ginecológico.

Abstract

OBJECTIVE: To analyze the feasibility of performing hysteroscopy in a doctor's office, comparing diagnostic and surgical procedures in terms of duration, perceived pain, technical difficulty and the subsequent need for analgesics.
MATERIALS AND METHODS: A retrospective, observational and analytical study was conducted in the Department of Human Reproductive Biology and Reproductive

[1] Ginecoobstetra y residente de biología de la reproducción humana.
[2] Ginecoobstetra, médica adscrita.
[3] Ginecoobstetra, con especialidad en endoscopia ginecológica.
[4] Biólogo de la reproducción humana, profesor titular.
Departamento de Biología de la Reproducción Humana y Cirugía Reproductiva, Hospital Ángeles Pedregal, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México.

ORCID
https://orcid.org/0000-0001-5487-879X
https://orcid.org/0009-0008-0814-5083
https://orcid.org/0000-0002-2345-0843
https://orcid.org/0009-0003-4310-5128
https://orcid.org/0000-0002-6958-0598

Recibido: septiembre 2026
Aceptado: febrero 2026

Correspondencia
Álvaro Ramos Reyes
alvaroramos.2210@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Ramos-Reyes A, Ugalde-Meza AB, Galván-Luna A, Hernández-Denis JA, Rivas-López R. Viabilidad y comparación clínica de la histeroscopia de consultorio: análisis de procedimientos diagnósticos y operatorios. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11030. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

Surgery at Hospital Ángeles Pedregal. The study included patients who were candidates for office-based hysteroscopy between March 2024 and June 2025. Only patients who attended on an outpatient basis without general anesthesia and with prior medical preparation for the procedure were included in the study. Demographic, clinical, intraoperative and technical difficulty variables were analyzed. Group comparisons were made using Mann–Whitney U tests or Fisher's exact tests, and binary logistic regression was applied to identify predictors of difficulty.
RESULTS: Twenty-five patients were included; of the total procedures, 7 were diagnostic and 15 were operative. Operative hysteroscopies were longer (mean 8.33 vs. 4.57 minutes; $p < 0.017$) and more painful (mean 4.33 vs. 1.57; $p < 0.005$) than diagnostic ones. No major complications were reported. In the multivariate analysis, age, BMI and indication were not significantly associated with medium-to-high difficulty. A positive correlation was observed between procedure duration and intraoperative pain ($\rho = 0.666$; $p = 0.001$).
CONCLUSIONS: Office hysteroscopy is feasible, safe and well tolerated, even during operative procedures. However, longer procedures are associated with greater pain, highlighting the importance of optimizing technique and pain control, especially in complex cases.

KEYWORDS: Hysteroscopy; Office-based endoscopy; Cervical preparation; Gynecologic diagnosis.

ANTECEDENTES

La histeroscopia ha revolucionado la evaluación de la cavidad endometrial al permitir la visualización directa, el diagnóstico preciso y el tratamiento simultáneo en un solo procedimiento.[1] Si bien históricamente se practicaba en el quirófano, con anestesia, los avances tecnológicos y el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas han favorecido su implementación en el consultorio, sin necesidad de anestesia general, con menor morbilidad y mejor tolerancia por parte de las pacientes.[2,3]

La histeroscopia de consultorio ha demostrado seguridad, eficacia y buena aceptación por parte de las pacientes con sangrado uterino anormal, infertilidad y seguimiento de hallazgos uterinos, sobre todo pólipos y sinequias.[4,5] Sin embargo, aún persisten dudas acerca de su práctica universal, particularmente en procedimientos operatorios, donde el dolor, la duración del procedimiento y la complejidad técnica pueden representar un reto clínico adicional.[6,7]

Si bien se dispone de estudios que avalan su indicación, gran parte provienen de centros europeos y asiáticos, con escasa representación de poblaciones latinoamericanas. Son pocas las investigaciones que han comparado, sistemáticamente, la experiencia diagnóstica con la operatoria en el entorno ambulatorio.[8] Explorar estas diferencias tiene relevancia clínica porque puede optimizar la selección de pacientes, mejorar la planeación quirúrgica y orientar la toma de decisiones médicas. Así pues, el objetivo del estudio fue: analizar la viabilidad de llevar a cabo la histeroscopia en el consultorio y comparar los procedimientos diagnósticos y operatorios en términos de duración, percepción de dolor, dificultad técnica y requerimiento de analgésico posterior al procedimiento.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y analítico llevado a cabo en el Departamento de Biología de la Reproducción Humana y Cirugía Reproductiva, Hospital Ángeles Pedregal, en pacientes con indicación de histeroscopia efectuada en el consultorio entre marzo del 2024 y junio del 2025. La recolección de datos fue consecutiva y solo incluyó a las pacientes que acudieron de forma ambulatoria, sin administración de anestesia general y con preparación médica previa al procedimiento de la siguiente manera: 200 mg misoprostol por vía vaginal y 200 mg por vía oral dos horas previas al procedimiento. Además, se les indicaron 10 mg de ketorolaco sublingual 30 minutos antes de la histeroscopia.

Todas las histeroscopias se practicaron con intención diagnóstica inicial. Sin embargo, en quienes se identificó alguna afección intrauterina susceptible de tratamiento inmediato (pólipos endometriales o adherencias intrauterinas) se efectuó la intervención operatoria en el mismo momento, sin necesidad de traslado al quirófano. Los procedimientos fueron ejecutados por dos médico especialistas, siguiendo la misma técnica en preparación y práctica de procedimientos.

Los datos clínicos y procedimentales se registraron en una base de datos estandarizada. Se recolectó información de: edad, índice de masa corporal (IMC), indicación del estudio, duración del procedimiento, dolor percibido (evaluado mediante escala visual análoga), tipo de histeroscopia practicada (diagnóstica u operatoria), indicación de analgésico posterior y dolor persistente en el seguimiento inmediato.

El grado de dificultad de la histeroscopia de consultorio la evaluó el operador al finalizar cada procedimiento, con base en criterios técnicos relacionados con el acceso cervical, la calidad de la visualización de la cavidad uterina, la complejidad del procedimiento y la necesidad de maniobras adicionales. La dificultad se clasificó en: *a)* baja cuando el acceso cervical fue sencillo, con adecuada visualización y sin requerir ajustes técnicos relevantes; *b)* media cuando existió resistencia cervical moderada, necesidad de ajustes técnicos o intervenciones operatorias simples, con incremento moderado en la duración; y *c)* alta cuando el acceso cervical o la visualización fueron técnicamente complejos, se requirieron múltiples maniobras, el procedimiento fue prolongado o la intervención operatoria fue de mayor dificultad (por ejemplo, polipectomía). **Figura 1**

Las histeroscopias se llevaron a cabo en el consultorio con un histeroscopio rígido, con lente de 2.9 mm de 30° tipo Betocchi® con camisa operatoria de 5 mm, conectado a un sistema de video y fuente de luz fría. Para los procedimientos diagnósticos y operatorios se utilizó el mismo histeroscopio. La distensión uterina se consiguió con solución salina mediante un sistema de irrigación controlado por endomat, con ajuste del flujo de ingreso a una presión entre 80 a 100 mmHg, según la tolerancia y visibilidad.

La resección de pólipos o sinequias se efectuó mediante técnica de corte frío, con tijeras y pinzas de agarre a través del conducto de trabajo, sin uso de energía. Todas las pacientes recibieron preparación con misoprostol antes del procedimiento y analgésico oral como parte del protocolo convencional.

Al finalizar el procedimiento, se interrogó acerca de la intensidad del dolor mediante la escala visual análoga (EVA) y se registró su persistencia a los cinco minutos. Cuando el dolor persistió se indicó un analgésico en el posoperatorio, según la necesidad clínica.

El análisis estadístico se procesó en el programa Statsmodels. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar y las cualitativas se expresaron en

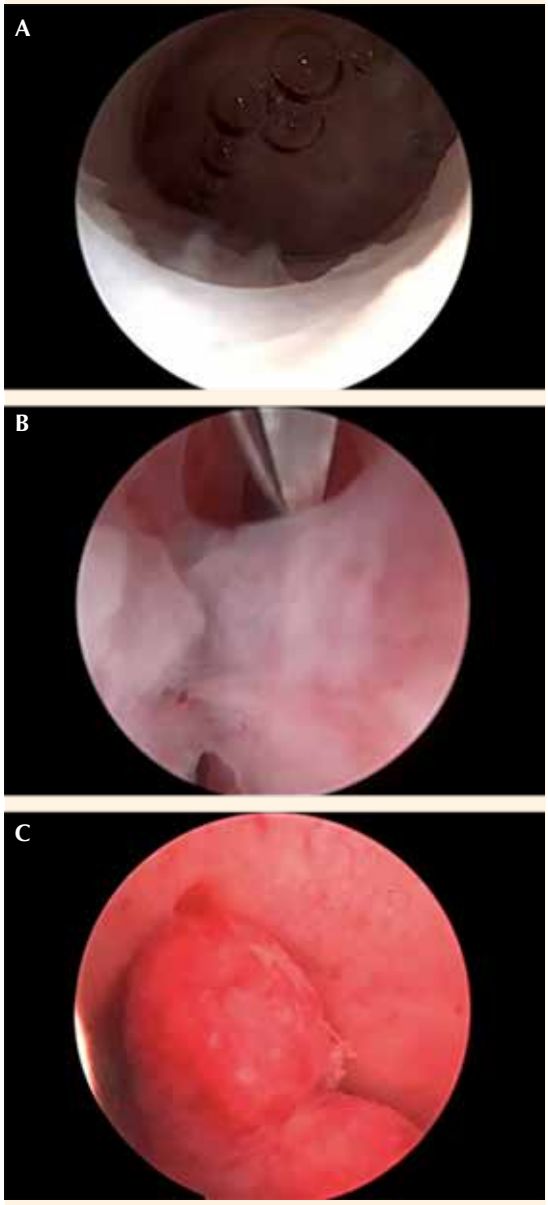


Figura 1. Grados de dificultad de la histeroscopia de consultorio. **A.** Baja dificultad: conducto endocervical y cavidad uterina sin alteraciones. **B.** Dificultad media: adherencia intrauterina. **C.** Alta dificultad: procedimiento operatorio por pólipo endometrial.

frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación entre los grupos de histeroscopia diagnóstica y operatoria se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para variables continuas debido al tamaño reducido de la muestra y la distribución no normal. Para las variables categóricas se aplicó la prueba exacta de Fisher, excepto en análisis global de las indicaciones donde se aplicó la prueba de χ^2 multinivel y en la comparación del grado de dificultad, donde se recurrió a la prueba de χ^2. Con un modelo de regresión logística binaria se exploró la asociación entre las variables edad, índice de masa corporal (IMC) e indicación de histeroscopia con la probabilidad de que el procedimiento tuviera un grado de dificultad media-alta. Los resultados se expresaron en razones de momios (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valor de *p*; se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$. Además, se hizo un subanálisis de las variables cuantitativas en donde se encontró significación estadística, con cálculo de las diferencias de medias, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Para evaluar la relación entre la duración del procedimiento y el dolor percibido (EVA) se aplicó la prueba de correlación de Spearman, debido a que ambas variables tuvieron distribución no normal, según la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0.05$). Además, para cuantificar el cambio promedio en la puntuación EVA por cada minuto adicional de duración se practicó un modelo de regresión lineal simple, con reporte de la pendiente (β), intervalo de confianza al 95% y el coeficiente de determinación (R^2).

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes con edad media de 40.52 años (DE ± 7.29) e IMC promedio de 25.57 kg/m² (DE ± 4.35). La mayoría de las pacientes tenía antecedente de infertilidad (68.0%) y, en promedio, habían tenido 0.84 embarazos. Las características demográficas y clínicas completas se detallan en el **Cuadro 1**.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de las pacientes

Variable	Población (n = 25)
Edad (años)	
Media (DE ±)	40.52 (7.29)
Talla (m)	
Media (DE ±)	1.57 (0.06)
Peso (kg)	
Media (DE ±)	62.88 (9.58)
IMC (kg/m^2)	
Media (DE ±)	25.57 (4.35)
Embarazos (n)	
Media (DE ±)	0.84 (1.31)
Infertilidad n (%)	17 (68.0%)

Del total, 7 procedimientos fueron exclusivamente diagnósticos y 15 operatorios. En 3 casos no se efectuó el procedimiento completo y por ello se excluyeron del análisis comparativo. La tasa de histeroscopia practicada con éxito fue del 88% (22 de 25 histeroscopias). No se registraron complicaciones.

Al comparar las histeroscopias diagnósticas con las operatorias, no se encontraron diferencias significativas en edad (p = 0.456) ni en IMC (p = 0.916). Los procedimientos operatorios fueron significativamente más prolongados (8.33 ± 5.16 minutos en comparación con 4.57 ± 1.13 minutos; p = 0.017) y se asociaron con mayor dolor durante el procedimiento (EVA 4.33 ± 2.66 contra 1.57 ± 0.53; p = 0.005). No hubo diferencia significativa en el dolor posterior a los 5 minutos (p = 0.099) ni en la necesidad de analgésico posoperatorio (p = 1.000). En cuanto a la indicación clínica (infertilidad, antecedente de miomectomía, sangrado uterino anormal u otros), no se observaron diferencias significativas entre grupos (diagnóstica en comparación con operatoria) al comparar la distribución general de manera global (p = 0.425) o individual por indicación **(Cuadro 2)**. En las histeroscopias de consultorio operatorias, en 5 se practicó la polipectomía y en 10 la adherenciolisis.

Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al grado de dificultad reportado por el operador, aunque 6 de los 25 procedimientos operatorios se clasificaron con dificultad alta, en comparación con ninguno en el grupo diagnóstico **(Figura 2)**. La diferencia no fue estadísticamente significativa (p = 0.2998). **Cuadro 3**

En la regresión logística binaria, ninguno de los predictores mostró asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de que la histeroscopia fuera de dificultad media-alta **(Cuadro 4)**.

Al comparar las medias generales de duración y dolor por tipo de histeroscopia **(Cuadro 5)** se confirmó que los procedimientos operatorios tuvieron diferencias significativas en duración (diferencia de medias: 3.76 minutos; IC95%: 1.02-6.51; p = 0.0167) y en dolor (diferencia de medias: 2.76 puntos en EVA; IC95%: 1.36-4.17; p = 0.0051) **(Figura 3)**. También se encontró una correlación positiva y significativa entre la duración del procedimiento y el dolor durante la histeroscopia (ρ = 0.666; p = 0.001) **(Figura 4)**. En el modelo de regresión lineal simple, cada minuto adicional de duración se asoció con un incremento promedio de 0.42 puntos en la escala EVA (IC95%: 0.25-0.59; p < 0.001), lo que explica el 56.5% de la variabilidad del dolor reportado (R^2 = 0.565).

DISCUSIÓN

Lo encontrado en este estudio confirma la viabilidad de la histeroscopia de consultorio; además de una tasa de éxito del 88%, incluso en procedimientos operatorios con un perfil de seguridad favorable y de alta tolerancia, similar a lo reportado en estudios similares con tasas de éxito del 87.5-94%.[6,9,10] Se observó que las histeroscopias operatorias tienen, significativa-

Cuadro 2. Comparación entre histeroscopia diagnóstica y operatoria

Variable	Diagnóstica (n = 7)	Operatoria (n = 15)	*p*
Edad	39.29 ± 10.64	41.27 ± 6.23	0.456
IMC	26.20 ± 4.51	26.38 ± 3.88	0.916
Duración (minutos)	4.57 ± 1.13	8.33 ± 5.16	0.017
Dolor durante el procedimiento (EVA)	1.57 ± 0.53	4.33 ± 2.66	0.005
Dolor a los 5 minutos posteriores	1.00 ± 0.00	0.67 ± 0.49	0.099
Indicación de la histeroscopia			
1: infertilidad	1 (14.3%)	5 (33.3%)	0.343
2: antecedente de miomectomía	2 (28.6%)	4 (26.7%)	1.000
3: sangrado uterino anormal	3 (42.9%)	2 (13.3%)	0.274
4: otros	1 (14.3%)	4 (26.7%)	1.000
Dificultad para la histeroscopia			
1: baja	6 (85.7%)	10 (66.7%)	0.300
2: media	1 (14.3%)	1 (6.7%)	0.300
3: alta	0 (0.0%)	4 (26.7%)	0.300
Analgésico por vía oral	0 (0.0%)	5 (33.3%)	1.000

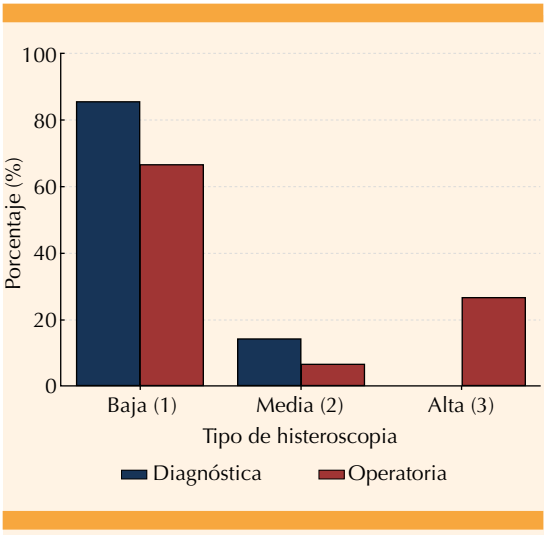


Figura 2. Grado de dificultad por tipo de histeroscopia.

mente, mayor duración y provocan más dolor durante el procedimiento en comparación con las diagnósticas; sin embargo, no se observó diferencia significativa en el grado de dificultad de los procedimientos ni complicaciones, lo que apoya la idea de la posibilidad de convertir una histeroscopia diagnóstica de consultorio en operatoria en caso de ser necesario, con riesgos mínimos.

A pesar de la mayor complejidad técnica en la histeroscopia operatoria, la modernización de los equipos disponibles para consultorio y mejora en la técnica ha permitido llevar a cabo procedimientos "ver y tratar" con grados aceptables de satisfacción y comodidad.[11,12] En este estudio se confirmó esta experiencia con la demostración de que los procedimientos operatorios ambulatorios debidamente seleccionados pueden practicarse con éxito. La principal limitante encontrada fue el dolor que puede provocar la manipulación cervical.[13] Nair y su grupo mencionan que la aplicación de 200 mg de misoprostol por vía vaginal 4 horas previas al procedimiento disminuye a más de la mitad el tiempo de tránsito a través del orificio cervical interno (6.20 ± 5.21 s frente a 14.78 ± 11.84 s) y aminora significativamente el dolor

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

Cuadro 3. Grado de dificultad por tipo de histeroscopia

Grado de dificultad	Diagnóstica (n = 7)	Operatoria (n = 15)	Diferencia absoluta Δ%
Baja (1)	6 (85.7%)	10 (66.7%)	-19.0%
Media (2)	1 (14.3%)	1 (6.7%)	-7.6%
Alta (3)	0 (0.0%)	4 (26.7%)	+26.7%
p-valor (χ^2)			0.2998

Cuadro 4. Regresión logística binaria para predecir dificultad media-alta en comparación con baja

Variable	OR	IC 95%	p-valor
Edad	0.946	(0.789-1.135)	0.5522
IMC	1.236	(0.878-1.740)	0.2255
Miomectomía	2.600	(0.134-50.623)	0.5282
Sangrado uterino anormal	0.549	(0.013-23.534)	0.7544
Otros	0.386	(0.010-15.703)	0.6149

Cuadro 5. Dolor y duración por tipo de histeroscopia

Variable	Diagnóstica Media (DE)	Operatoria Media (DE)	Diferencia de medias (IC 95%)	p
Dolor (EVA)	1.57 (0.53)	4.33 (2.66)	2.76 (1.36-4.17)	0.0051
Duración (minutos)	4.57 (1.13)	8.33 (5.16)	3.76 (1.02-6.51)	0.0167

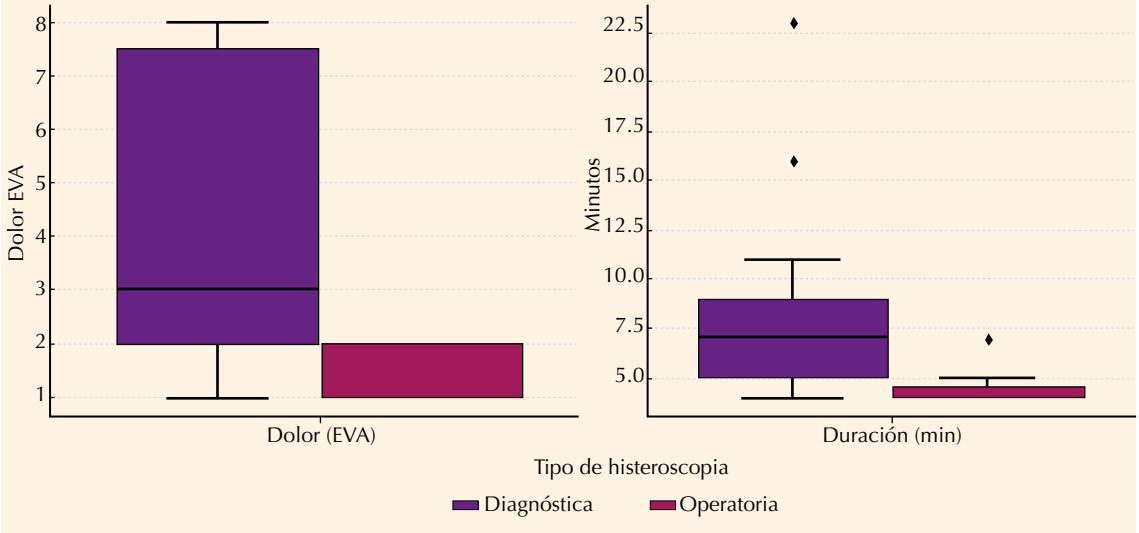


Figura 3. Diferencia de medias del dolor (EVA) y duración durante el procedimiento.

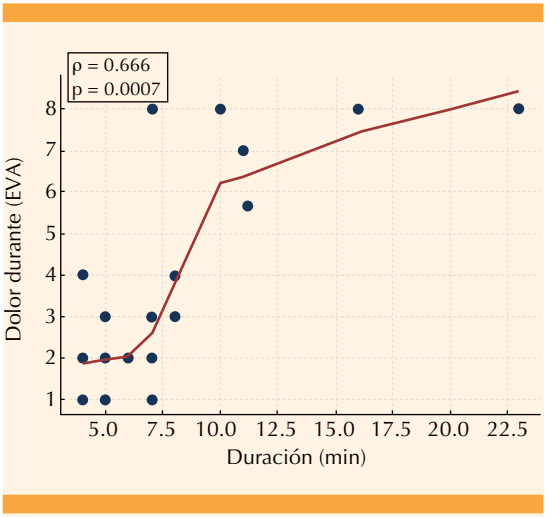


Figura 4. Correlación entre el dolor y la duración del procedimiento.

experimentado por la paciente en el momento del paso por el orificio interno y durante todo el procedimiento.[14] Puesto que 15 de las 20 pacientes estudiadas eran nulíparas se recurrió, de manera rutinaria, al esquema de preparación cervical mencionado; por ello debe considerarse imprescindible su aplicación.

La duración prolongada encontrada en procedimientos operatorios es esperada, y los promedios de tiempo reportados varían según los instrumentos utilizados y la práctica del operador. En un estudio que utilizó tres diferentes opciones en consultorio: histeroscopio de flujo continuo de 5 mm, sistema Truclear™ 5C y resectoscopio de 16 Fr, el tiempo operatorio promedio para la resección de productos retenidos de la concepción fue de 14.2 ± 8 (media ± DE) minutos.[15] En contraste, en otro estudio donde se usó el TruClear™ Elite mini el tiempo operatorio promedio para resección de pólipos endometriales o productos retenidos de la concepción fue de 2.5 ± 1.4 minutos a 6.0 ± 1.4 minutos.[9] En comparación, en el estudio que aquí se comunica el tiempo promedio fue de 8.33 ± 5.16 minutos. Tomando en cuenta que se utilizaron instrumentos mecánicos (tijeras, pinzas de agarre) para la resección de lesiones, la media fue cerca de la mitad de la reportada en un estudio similar (15 minutos),[16] lo que refleja que se trata de una técnica adecuada y comparable con la practicada en otros países.

En lo que respecta a la correlación entre la duración del procedimiento y el dolor percibido por la paciente, se ha observado que los procedimientos más prolongados se asocian con mayor dolor.[17,18] Lo aquí encontrado confirma que existe una relación directa y clínicamente relevante entre el tiempo de duración de la histeroscopia y el dolor percibido por la paciente. La correlación de Spearman ($\rho = 0.666$; $p = 0.001$) indica que, en general, a mayor tiempo del procedimiento, mayor es la intensidad de dolor durante la exploración. El modelo de regresión lineal simple refuerza este hallazgo pues por por cada minuto adicional de duración, las pacientes experimentaron, en promedio, un incremento de 0.42 puntos en la escala EVA (IC95%: 0.25-0.59). Desde el punto de vista clínico, esto sugiere que los procedimientos más prolongados, ya sea por la complejidad de la afección, la experiencia del operador o la dificultad técnica, pueden repercutir negativamente en la tolerancia y confort de la paciente.

Este resultado respalda la importancia de optimizar la técnica, minimizar los tiempos operatorios y considerar medidas adicionales de analgesia o anestesia local en casos anticipadamente complejos o prolongados.[19]

Otro aspecto valorado fue el grado de dificultad reportado por el operador. Si bien el nivel reportado fue mayor en el grupo operatorio, no alcanzó significación estadística, lo que podría explicarse por la limitación del tamaño de muestra. Sin embargo, desde el punto de vista clínico la percepción de dificultad es relevante: refleja el valor de la experiencia del operador, la planificación adecuada del procedimiento y la selección apropiada de pacientes. En este

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

sentido, no se encontró que las variables edad, IMC e indicación (miomectomía, sangrado uterino anormal y otros) predijeran la dificultad del procedimiento, que también puede explicarse por la limitación de la muestra. Está reportado que factores como la nuliparidad, cirugías cervicales previas y la menopausia pueden predecir una histeroscopia de consultorio fallida.[20] Soysal y coautores observaron que la longitud cervical medida por ultrasonido endovaginal era un factor predictivo significativo del tiempo de la intervención ($\beta = 5.711$, $p < 0.001$) y del cambio en la puntuación del dolor en la EVA ($\beta = 0.167$, $p < 0.001$); además, el tiempo de la intervención fue significativamente mayor en las pacientes con mayor longitud cervical ($R^2 = 79.6\%$, $p < 0.001$).[21]

Entre las fortalezas del estudio destacan el diseño prospectivo, el protocolo estandarizado y la medición directa del dolor (EVA) y de variables técnicas de duración y dificultad percibida. Además, permite comparar los procedimientos diagnósticos con los operatorios en un solo contexto clínico. Uno de los aportes relevantes del estudio es su ubicación en un entorno latinoamericano; esto porque la bibliografía local es limitada. La implementación exitosa de la histeroscopia de consultorio en nuestro ámbito muestra que, con acondicionamiento inicial y adiestramiento adecuado, esta práctica es factible también en entornos con recursos más limitados. Los autores están conscientes de que la muestra moderada (n = 22 procedimientos exitosos) limita la potencia estadística, sobre todo para variables categóricas de indicación o dificultad. No se incluyeron medidas de seguimiento a medio-largo plazo que podrían ilustrar la tolerancia diferida o la repercusión funcional. Por último, al tratarse de un solo operador en una sola clínica, los hallazgos podrían no generalizarse inmediatamente a todas las realidades clínicas.

Las investigaciones futuras deberán incluir una mayor cantidad de pacientes, un enfoque multicéntrico, evaluación sistemática de tolerancia y factores predictores de dificultad, como la medición de la longitud cervical. También será de utilidad incorporar análisis de costos para reforzar el valor de esta modalidad ambulatoria comparada con la cirugía tradicional en quirófano.

CONCLUSIONES

La histeroscopia de consultorio es un procedimiento factible, seguro y bien tolerado por la mayoría de las pacientes. Si bien las histeroscopias operatorias tuvieron mayor duración e intensidades más altas de dolor intraoperatorio en comparación con las diagnósticas, ambas modalidades se efectuaron con baja tasa de cancelación. La identificación de factores que puedan predecir la dificultad técnica sigue siendo un reto; en este estudio, las variables edad, IMC y la indicación no mostraron asociación estadísticamente significativa con el grado de dificultad. Estos hallazgos respaldan la aplicación de la histeroscopia de consultorio como primera línea en la evaluación y tratamiento de diversas afecciones intrauterinas, y subrayan la importancia de optimizar la técnica y el control del dolor, sobre todo en procedimientos de mayor complejidad.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

Financiamiento

Este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente pública, comercial o sin fines de lucro.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial para la elaboración total ni parcial del manuscrito.

Contribución de los autores

Álvaro Ramos Reyes: concepción del estudio, redacción y diseño del manuscrito, adquisición de datos e información, y análisis e interpretación de los datos. *Alejandro Baruch Ugalde Meza:* redacción y diseño del manuscrito, y adquisición de datos e información. *Adriana Galván Luna:* análisis e interpretación de los datos. *José Andrés Hernández Denis y Radamés Rivas López:* análisis e interpretación de los datos, y planificación del artículo. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Referencias clave

- Salazar CA, Isaacson KB. Office operative hysteroscopy: an update. J Minim Invasive Gynecol 2018; 25 (2): 199-208. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.08.009
- Campo R, Santangelo F, Gordts S, et al. Outpatient hysteroscopy. Facts Views Vis Obgyn 2019; 10 (3): 115. https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.001
- Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, et al. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (1): 59-61. https://doi.org/10.1016/s1074-3804(05)60012-6

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales y fueron elaborados por los autores.

REFERENCIAS

1. Vitale SG, Giannini A, Carugno J, et al. Hysteroscopy: where did we start, and where are we now? The compelling story of what many considered the "Cinderella" of gynecological endoscopy. Arch Gynecol Obstet 2024; 310 (4): 1877. https://doi.org/10.1007/s00404-024-07677-x
2. Salazar CA, Isaacson KB. Office operative hysteroscopy: an update. J Minim Invasive Gynecol 2018; 25 (2): 199-208. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.08.009
3. Orlando MS, Bradley LD. Implementation of office hysteroscopy for the evaluation and treatment of intrauterine pathology. Obstet Gynecol 2022; 140 (3): 499-513. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004898
4. Riemma G, Vitale SG, Manchanda R, et al. The role of hysteroscopy in reproductive surgery: today and tomorrow. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2022; 51 (4): 102350. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2022.102350
5. Campo R, Santangelo F, Gordts S, et al. Outpatient hysteroscopy. Facts Views Vis Obgyn 2019; 10 (3): 115. https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.001
6. Biela MM, Doniec J, Szafarowska M, et al. Is every patient eligible to have an office hysteroscopy? A retrospective analysis of 1301 procedures. Videosurgery Miniinv Tech 2019; 15 (2): 337-43. https://doi.org/10.5114/wiitm.2019.89609
7. Marbin SJ, Baez A, Carugno JA, et al. Smooth operator: nonpharmacologic approaches for overcoming barriers to office hysteroscopy. Obstet Gynecol Surv 2025; 80 (5): 307-314. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001387
8. Abbasi I, Oliver J, Jones T, et al. Office diagnostic and operative hysteroscopy service: patient satisfaction survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 206: e128. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.328
9. Mor M, Kochav MG, Ezratty J, et al. Feasibility of office-based operative hysteroscopy by a tissue removal system without anesthesia. J Minim Invasive Gynecol 2024; 31 (8): 667-73. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2024.05.005
10. Montejo R, Hermansson J, Wranker LS, et al. Doula support in office hysteroscopy: results from a pilot study. Clin Exp Obstet Gynecol 2021; 48 (4): 955-61. https://doi.org/10.31083/j.ceog4804151
11. Cingiloglu P, Mooney S, McNamara H, et al. Pain experience with outpatient hysteroscopy: a prospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2024; 300: 302-308. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.07.047
12. Raz N, Sigal E, Gonzalez Arjona F, et al. See-and-treat in-office hysteroscopy versus operative hysteroscopy for the treatment of retained products of conception: a retrospective study. J Obstet Gynaecol Res 2022; 48 (9): 2459-65. https://doi.org/10.1111/jog.15327
13. Guraslan H, Senturk MB, Dogan K, et al. Diagnostic office hysteroscopy: why is it still a painful procedure despite surgical experience and mini-hysteroscope use? J Obstet Gynaecol Res 2022; 48 (6): 1418-25. https://doi.org/10.1111/jog.15219
14. Nair VG, Roy KK, Rai R, et al. Effectiveness of misoprostol in office hysteroscopy in premenopausal nulliparous women: a prospective randomized double-blind placebo-controlled trial. J Hum Reprod Sci 2020; 13 (2): 104-109. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_149_19
15. Tanvir T, Meeta M, Singh A. Does procedure time and size matter for office hysteroscopy treatment of retained products of conception? J Minim Invasive Gynecol 2021; 28 (11): S100. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.09.129
16. Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, et al. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (1): 59-61. https://doi.org/10.1016/s1074-3804(05)60012-6
17. Kokanali MK, Cavkaytar S, Guzel AI, et al. Impact of preprocedural anxiety levels on pain perception in patients undergoing office hysteroscopy. J Chin Med Assoc 2014; 77 (9): 477-481. https://doi.org/10.1016/j.jcma.2014.07.004
18. Nowak A, Chmaj-Wierzchowska K, Lach A, et al. Evaluation of pain during hysteroscopy under local anesthesia, including the stages of the procedure. J Clin Med 2024; 13 (23): 7030. https://doi.org/10.3390/jcm13237030

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11030

19. Buzzaccarini G, Alonso Pacheco L, Vitagliano A, et al. Pain management during office hysteroscopy: an evidence-based approach. Medicina (Kaunas) 2022; 58 (8): 1132. https://doi.org/10.3390/medicina58081132
20. Cobellis L, Castaldi MA, Giordano V, et al. Is it possible to predict office hysteroscopy failure? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 181: 328-33. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.08.007
21. Soysal C, Ince O, Taşçı Y. The effect of cervical length on procedure time and VAS pain score in office hysteroscopy. Sci Rep 2025; 15 (1): 85185. https://doi.org/10.1038/s41598-025-85185-x

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto **(Cartas al editor)** para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.