



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Alivio del dolor para la histeroscopia ambulatoria (Revisión)

Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A

Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A.
Pain relief for outpatient hysteroscopy
(Alivio del dolor para la histeroscopia ambulatoria).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 10. Art. No.: CD007710.
DOI: [10.1002/14651858.CD007710.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007710.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Alivio del dolor para la histeroscopia ambulatoria

Gaity Ahmad¹, Sushant Saluja¹, Helena O'Flynn¹, Alessandra Sorrentino², Daniel Leach³, Andrew Watson⁴

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Manchester, UK. ²Department of Radiology, Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Manchester, UK. ³The Royal Oldham Hospital, Pennine Acute Hospitals NHS Trust, Oldham, UK. ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, Tameside & Glossop Acute Services NHS Trust, Ashton-Under-Lyne, UK

Contacto: Andrew Watson, Department of Obstetrics and Gynaecology, Tameside & Glossop Acute Services NHS Trust, Fountain Street, Ashton-Under-Lyne, Lancashire, OL6 9RW, UK. andy.watson@nw.hee.nhs.uk.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 10, 2017.

Referencia: Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A. Pain relief for outpatient hysteroscopy (Alivio del dolor para la histeroscopia ambulatoria). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 10. Art. No.: CD007710. DOI: [10.1002/14651858.CD007710.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007710.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La histeroscopia se realiza cada vez más en un ámbito de pacientes ambulatorias. El dolor es la razón principal del abandono del procedimiento o la evaluación incompleta. No hay consenso sobre el uso sistemático de la analgesia durante la histeroscopia.

Objetivos

Evaluar la efectividad y la seguridad de las intervenciones farmacológicas para el alivio del dolor en las pacientes sometidas a la histeroscopia ambulatoria, en comparación con placebo, ningún tratamiento u otros tratamientos farmacológicos.

Métodos de búsqueda

En septiembre 2016 se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Ginecología y Fertilidad (Cochrane Gynaecology and Fertility (CGF) Trials Register), CENTRAL, MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL y en dos registros de ensayos (ClinicalTrials.gov and WHO ICTRP), además se verificaron las referencias y se contactó con los autores de los estudios y expertos.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que comparaban el uso de intervenciones farmacológicas con otras intervenciones farmacológicas e intervenciones farmacológicas versus placebo o ningún tratamiento.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por Cochrane. El resultado primario fue la puntuación media del dolor.

Resultados principales

Se incluyeron 32 ECA (3304 participantes), de los cuales sólo 19 informaron datos adecuados para el análisis. El riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios fue poco claro o alto para la mayoría de los dominios evaluados. La evidencia fue de calidad baja o muy baja, principalmente debido al riesgo de sesgo y la imprecisión. Las puntuaciones iniciales del dolor fueron relativamente bajas en todos los grupos.

Analgésico versus placebo o ningún tratamiento

Anestésicos locales

Alivio del dolor para la histeroscopia ambulatoria (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

Los anestésicos locales redujeron las puntuaciones medias del dolor durante el procedimiento (DME -0,29; IC del 95%: -0,39 a -0,19; diez ECA, 1496 mujeres, $I^2 = 80\%$, evidencia de baja calidad) y en 30 minutos (DME 0,50; IC del 95%: -0,67 a -0,33; cinco ECA, 545 mujeres, $I^2 = 43\%$, evidencia de baja calidad). Estas cifras se traducen en una diferencia de hasta 7 mm en una escala analógica visual (EAV) de 0-10 cm durante el procedimiento y hasta 13 mm en 30 minutos, lo cual probablemente no es clínicamente significativo. No hubo evidencia clara de una diferencia entre los grupos en las puntuaciones medias del dolor después de > 30 minutos (DME -0,11; IC del 95%: -0,30 a 0,07; cuatro ECA, 450 mujeres, $I^2 = 0\%$, evidencia de baja calidad), ni en las tasas de reacciones vasovagales (OR 0,70; IC del 95%: 0,43 a 1,13; ocho ECA, 1309 mujeres, $I^2 = 66\%$, evidencia de muy baja calidad). Hubo evidencia insuficiente para determinar si había una diferencia en las tasas de dolor no pelviano (OR 1,76; IC del 95%: 0,53 a 5,80; 1 ECA, 99 pacientes, evidencia de muy baja calidad).

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Hubo evidencia insuficiente para determinar si había una diferencia entre los grupos en las puntuaciones medias del dolor durante el procedimiento (DME -0,18; IC del 95%: -0,35 a 0,00; tres ECA, 521 mujeres, $I^2 = 81\%$, evidencia de baja calidad). Las puntuaciones del dolor fueron inferiores en el grupo de AINE en 30 minutos (DME -0,25; IC del 95%: -0,46 a -0,04; dos ECA, 340 mujeres, $I^2 = 29\%$, evidencia de baja calidad) y luego de 30 minutos (DME -0,27; IC del 95%: -0,49 a -0,05; dos ECA, 321 mujeres, $I^2 = 78\%$, evidencia de baja calidad). Estos datos se equiparan a diferencias máximas de menos de 7,5 mm en una escala de 0-10 cm, lo cual probablemente no es clínicamente significativo. Un ECA (181 mujeres) informó eventos adversos: hubo evidencia insuficiente para determinar si había una diferencia entre los grupos en las reacciones vasovagales (OR 0,76; IC del 95%: 0,20 a 2,94; evidencia de muy baja calidad). Para otros eventos adversos informados (dolor no pelviano y reacciones alérgicas) hubo una ausencia de evidencia.

Opiáceos

Un ECA usó buprenorfina sublingual, y uno, tramadol oral. Los datos sobre las puntuaciones del dolor durante el procedimiento no fueron apropiados para el agrupamiento debido a la inconsistencia. El tramadol se asoció con un beneficio de hasta 22 mm en una escala de 0-10 cm (DME -0,76; IC del 95%: -1,10 a -0,42; un ECA, 140 mujeres). Sin embargo, el cálculo del efecto para este resultado para los opiáceos sublinguales no apoyó un beneficio de la intervención (DME 0,08; IC del 95%: -0,22 a 0,39; 164 mujeres). En comparación con placebo, la puntuación del dolor en los 30 minutos desde el procedimiento se redujo en el grupo de tramadol, con una diferencia de hasta 17 mm en una escala de 0-10 cm (DME -0,57; IC del 95%: -0,91 a -0,23; un ECA, 140 mujeres, evidencia de baja calidad). No hubo evidencia clara de una diferencia entre los grupos de tramadol y de placebo luego de 30 minutos (DME -0,17; IC del 95%: -0,51 a 0,16; un ECA, 140 mujeres, evidencia de baja calidad). Ocurrieron náuseas y vómitos en un 39% del grupo de buprenorfina, y en ninguno del grupo de placebo (OR 107,55; IC del 95%: 6,44 a 1796,46).

Analgésico versus cualquier otro analgésico

Algunas comparaciones no informaron las puntuaciones del dolor en todos los plazos de interés, y ninguna informó datos sobre los eventos adversos.

Un ECA (84 mujeres) comparó la anestesia intracervical local versus anestesia intracervical y paracervical combinada. Las puntuaciones del dolor fueron mayores en el grupo con anestesia intracervical local durante el procedimiento (DME 4,27; IC del 95%: 3,49 a 5,06; evidencia de muy baja calidad), en 30 minutos (DME 1,55; IC del 95%: 1,06 a 2,05; evidencia de muy baja calidad) y luego de 30 minutos (DME 3,47; IC del 95%: 2,78 a 4,15; evidencia de muy baja calidad). Estos datos se traducen en un beneficio posible en el grupo combinado de hasta 12 mm en una escala de 0-10 cm durante el procedimiento. Los beneficios al momento del seguimiento más largo fueron más pequeños.

Un ECA comparó un antiespasmódico + AINE versus anestesia paracervical local. Las puntuaciones del dolor fueron inferiores en el grupo de AINE en comparación con el grupo de anestesia local (durante el procedimiento: DME -1,40; IC del 95%: -1,90 a -0,91; > 30 minutos después del procedimiento: DME -0,87; IC del 95%: -1,33 a -0,41; 80 pacientes, evidencia de muy baja calidad). Lo anterior indica un beneficio posible durante el procedimiento de hasta 23 mm en una EAV de 0-10 y de hasta 11 mm > 30 minutos después del procedimiento.

Otras comparaciones incluyeron anestesia intracervical local versus anestesia intracervical, paracervical y tópica combinada, y opiáceos versus AINE. Los resultados fueron no concluyentes.

Conclusiones de los autores

No hubo evidencia consistente de buena calidad de una diferencia clínicamente significativa en la seguridad ni la efectividad entre diferentes tipos de alivio del dolor comparados entre sí o con placebo o ningún tratamiento en las pacientes sometidas a la histeroscopia ambulatoria.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Alivio del dolor para la histeroscopia en pacientes ambulatorias

Pregunta de la revisión

La finalidad de esta revisión fue determinar qué fármaco para el alivio del dolor, si hubiera alguno, es efectivo para reducir el malestar experimentado con la histeroscopia ambulatoria.

Antecedentes

La histeroscopia es una prueba diagnóstica realizada para determinar la causa de la hemorragia uterina anormal. La histeroscopia incluye la inyección de líquido o gas a través del cuello uterino hasta el útero, lo cual permite la visualización del canal cervical y la cavidad uterina con un histeroscopio, lo cual puede ser doloroso. Hay desacuerdos con respecto a la mejor forma de alivio del dolor durante el procedimiento.

Características de los estudios

Se incluyeron 32 ensayos controlados aleatorios (ECA), con 3304 participantes, de los cuales solo 19 informaron datos adecuados para el análisis.

Todos los estudios se realizaron en un ámbito hospitalario. La edad de las participantes osciló entre 33 y 61 años. Los estudios se realizaron en Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Francia, Grecia, India, Italia, España, Taiwán, Reino Unido, EE. UU. Las puntuaciones iniciales del dolor en todos los grupos fueron relativamente bajas. La evidencia está actualizada hasta septiembre de 2016.

Resultados clave

No hubo evidencia consistente de buena calidad -de una diferencia clínicamente significativa en la seguridad ni la efectividad entre diferentes tipos de alivio del dolor comparados entre sí o con placebo o ningún tratamiento en las pacientes sometidas a la histeroscopia ambulatoria.

Calidad de la evidencia

El riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios fue poco claro o incierto para la mayoría de los dominios evaluados. La evidencia era de calidad baja o muy baja, principalmente debido al riesgo de sesgo y la imprecisión.