



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica para la subfertilidad femenina (Revisión)

Bosteels J, Weyers S, D'Hooghe TM, Torrance H, Broekmans FJ, Chua SJ, Mol BWJ

Bosteels J, Weyers S, D'Hooghe TM, Torrance H, Broekmans FJ, Chua SJ, Mol BWJ.
Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility
(Tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica para la subfertilidad femenina).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD011110.
DOI: [10.1002/14651858.CD011110.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011110.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica para la subfertilidad femenina

Jan Bosteels^{1,2}, Steven Weyers², Thomas M D'Hooghe³, Helen Torrance⁴, Frank J Broekmans⁴, Su Jen Chua⁵, Ben Willem J Mol⁶

¹Academic Centre for General Practice, Cochrane Belgium, Leuven, Belgium. ²Obstetrics and Gynaecology, University Hospital Ghent, Ghent, Belgium. ³Leuven University Fertility Centre, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium. ⁴Department of Reproductive Medicine and Gynecology, University Medical Center, Utrecht, Netherlands. ⁵The University of Adelaide, Adelaide, Australia. ⁶Discipline of Obstetrics and Gynaecology, School of Medicine, Robinson Research Institute, The University of Adelaide, Adelaide, Australia

Contacto: Jan Bosteels, Academic Centre for General Practice, Cochrane Belgium, Kapucijnenvoer 33, blok J bus 7001, Leuven, 3000, Belgium. jan.bosteels@hotmail.com, jan.bosteels@ugent.be.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 11, 2017.

Referencia: Bosteels J, Weyers S, D'Hooghe TM, Torrance H, Broekmans FJ, Chua SJ, Mol BWJ. Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility (Tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica para la subfertilidad femenina). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD011110. DOI: [10.1002/14651858.CD011110.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011110.pub3).

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

RESUMEN

Antecedentes

La evidencia observacional indica un posible efectos beneficioso con varias terapias antiadherencias en las mujeres que se someten a una histeroscopia operatoria (p.ej. la inserción de un dispositivo intrauterino o un balón, el tratamiento hormonal, los geles de barrera o el injerto de membrana amniótica humana) para disminuir las adherencias intrauterinas (AIU).

Objetivos

Evaluar la efectividad de los tratamientos antiadherencias versus placebo, ningún tratamiento o cualquier otro tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica para el tratamiento de la subfertilidad femenina.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos desde su inicio hasta junio 2017: el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Ginecología y Fertilidad (Cochrane Gynaecology and Fertility Group); el Registro Cochrane Central de Estudios (Cochrane Central Register of Studies, CRSO); MEDLINE; Embase; CINAHL y otras fuentes electrónicas de ensayos, incluidos los registros de ensayos, las fuentes de literatura no publicada y las listas de referencias. Se realizó una búsqueda manual en *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, y se estableció contacto con expertos en esta área. También se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los documentos apropiados.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) de tratamientos antiadherencias versus placebo, ningún tratamiento u otro tratamiento antiadherencias después de una histeroscopia quirúrgica en pacientes con subfertilidad. El resultado primario fue nacidos vivos. Los resultados secundarios fueron el embarazo clínico, el aborto espontáneo y las infecciones urinarias presentes en una segunda histeroscopia, junto con las puntuaciones medias de adhesión y la gravedad de las infecciones urinarias.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente seleccionaron los estudios, evaluaron el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y calificaron la calidad de la evidencia mediante los criterios GRADE.

Resultados principales

La calidad general de la evidencia fue baja a muy baja. Las principales limitaciones fueron el riesgo grave de sesgo relacionado con el cegamiento de las participantes y el personal, la falta de direccionalidad y la imprecisión. Se identificaron 16 ECA que compararon un dispositivo versus ningún tratamiento (dos estudios; 90 mujeres), tratamiento hormonal versus ningún tratamiento o placebo (dos estudios; 136 mujeres), dispositivo combinado con tratamiento hormonal versus ningún tratamiento (un estudio; 20 mujeres), gel de barrera versus ningún tratamiento (cinco estudios; 464 mujeres), dispositivo con injerto versus dispositivo sin injerto (tres estudios; 190 mujeres), un tipo de dispositivo versus otro dispositivo (un estudio; 201 mujeres), gel combinado con tratamiento hormonal y antibióticos versus tratamiento hormonal con antibióticos (un estudio; 52 mujeres) y dispositivo combinado con gel versus dispositivo (un estudio; 120 mujeres). El número de participantes fue 1273, pero hubo datos disponibles para el análisis de 1133 mujeres. Solo dos de 16 estudios incluyeron mujeres 100% infértiles; en todos los demás estudios la proporción fue variable o desconocida.

Ningún estudio informó sobre los nacidos vivos, pero algunos (cinco estudios) informaron sobre resultados que se utilizaron como resultados sustitutivos de los nacidos vivos (parto a término o embarazo en curso).

Tratamiento antiadherencias versus placebo o ningún tratamiento después de la histeroscopia operatoria.

No hubo evidencia suficiente para determinar si hubo diferencias entre el uso de un dispositivo o el tratamiento hormonal en comparación con ningún tratamiento o placebo con respecto a las tasas de parto a término o de embarazos en curso (odds ratio [OR] 0,94, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,42 a 2,12; 107 mujeres; dos estudios; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad muy baja).

Hubo menos AIU en la segunda histeroscopia cuando se utilizó un dispositivo con o sin tratamiento hormonal o tratamiento hormonal o geles de barrera, en comparación con ningún tratamiento o placebo (OR 0,35, IC del 95%: 0,21 a 0,60; 560 mujeres; ocho estudios; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja). El número necesario a tratar para un resultado beneficioso adicional (NNTB) fue 9 (IC del 95%: 5 a 17).

Comparaciones de diferentes tratamientos antiadherencias después de la histeroscopia operatoria

No estuvo claro si hubo diferencias entre el uso de un dispositivo combinado con injerto versus un dispositivo solo para el resultado del embarazo en curso (OR 1,48, IC del 95%: 0,57 a 3,83; 180 mujeres; tres estudios; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja). Hubo menos AIU en la segunda histeroscopia cuando se utilizó un dispositivo con o sin injerto/gel o gel combinado con tratamiento hormonal y antibióticos, en comparación con el uso de un dispositivo solo o de tratamiento hormonal combinado con antibióticos, pero los hallazgos de este metanálisis se vieron afectados por la calidad de la evidencia (OR 0,55; IC del 95%: 0,36 a 0,83; 451 mujeres; cinco estudios; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja).

Conclusiones de los autores

Implicaciones para la práctica clínica

La calidad de la evidencia varió de muy baja a baja. La efectividad clínica del tratamiento antiadherencias para la mejoría de resultados reproductivos clave o para reducir las AIU después de una histeroscopia quirúrgica en las pacientes con subfertilidad aún no está clara.

Implicaciones para la investigación

Se necesitan más estudios de investigación para evaluar la seguridad y la (coste) efectividad comparativa de los diferentes tratamientos antiadherencias en comparación con ningún tratamiento u otras intervenciones para mejorar los principales resultados reproductivos en las mujeres con subfertilidad.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento antiadherencias después de la histeroscopia para las pacientes que tienen dificultades para quedar embarazadas

Pregunta de la revisión

Evaluar los efectos de los tratamientos antiadherencias para la prevención del tejido cicatrizal (llamado adherencias) dentro de la matriz en pacientes que tienen dificultades para quedar embarazadas.

Antecedentes

Las adherencias abdominales son estructuras parecidas a una telaraña donde dos superficies normalmente separadas en la barriga (abdomen) se unen debido a un daño en el revestimiento del abdomen. Habitualmente se forman después de una cirugía en el abdomen. Pueden causar múltiples afecciones como dolor pélvico crónico e infertilidad. La práctica actual se basa en la tradición o en estudios observacionales.

Características de los estudios

Se buscaron estudios que compararon de manera aleatorizada cualquier tratamiento versus ningún tratamiento, placebo (tratamiento simulado) o cualquier otra intervención. Los resultados fueron embarazo en curso, nacidos vivos, embarazo clínico, aborto espontáneo y presencia o gravedad de tejido cicatrizal en un segundo procedimiento.

Resultados clave

Se encontraron 16 estudios. Los tratamientos incluyeron el uso de un dispositivo versus ningún tratamiento (dos estudios; 90 mujeres), tratamiento hormonal versus ningún tratamiento o placebo (dos estudios; 136 mujeres), dispositivo combinado con tratamiento hormonal versus ningún tratamiento (un estudio; 20 mujeres), gel de barrera versus ningún tratamiento (cinco estudios; 464 mujeres), dispositivo con el uso de membranas de la placenta versus dispositivo sin membranas (tres estudios; 190 mujeres), un tipo de dispositivo versus otro dispositivo (un estudio; 201 mujeres), gel combinado con tratamiento hormonal y antibióticos versus tratamiento hormonal con antibióticos (un estudio; 52 mujeres) o dispositivo combinado con gel versus dispositivo (un estudio; 120 mujeres). De 1273 mujeres asignadas al azar, hubo datos disponibles para el análisis de 1133 mujeres.

En solo dos estudios, todas las mujeres tenían dificultades para quedar embarazadas. La mayoría de los estudios (14/16) tuvieron alto riesgo de sesgo por al menos una razón. Como ningún estudio informó sobre los nacidos vivos, también se incluyeron datos sobre el parto a término o el embarazo en curso, que cinco estudios informaron.

No estuvo claro si hubo diferencias entre el tratamiento antiadherencia comparado con ningún tratamiento (dos estudios; 107 mujeres) o con otro tratamiento (tres estudios; 180 mujeres) para aumentar las posibilidades de un recién nacido vivo, un parto a término o un embarazo en curso. El uso de algunos tratamientos antiadherencias (dispositivo con o sin tratamiento hormonal o tratamiento hormonal o geles) (ocho estudios; 560 mujeres) puede disminuir el riesgo de formación de tejido cicatrizal, en comparación con ningún tratamiento. Se esperaría que de 1000 mujeres tratadas por cirugía, entre 153 y 365 mujeres desarrollarían tejido cicatrizal después de usar geles, en comparación con 545 mujeres cuando no se usó tratamiento. La evidencia está actualizada hasta el 6 de junio 2017.

Calidad de la evidencia

La calidad general de la evidencia varió de muy baja a baja. Los estudios tuvieron limitaciones, por ejemplo, riesgo grave de sesgo relacionado con el hecho de que las participantes y los investigadores conocían el tratamiento que se administraba.

Es necesario realizar más estudios de investigación antes de poder ofrecer un tratamiento antiadherencias en la práctica clínica diaria después de la cirugía del útero, en mujeres que tienen dificultades para quedar embarazadas.