

## Control del dolor en el aborto quirúrgico durante el primer trimestre

Los resultados de esta revisión se basan en estudios de escasa magnitud que evaluaron una variedad de intervenciones. Sugieren que la sedación consciente, la anestesia general y algunas intervenciones no farmacológicas probablemente sean seguras y útiles para disminuir el dolor durante y después del procedimiento; además, las pacientes califican estas intervenciones como satisfactorias. Los estudios disponibles sobre bloqueo paracervical examinaron varios aspectos de la técnica, pero los datos fueron insuficientes como para recomendar su uso.

### Comentario de la BSR por Cheng L

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 42 millones de abortos se realizan cada año en todo el mundo (1). Casi el 90% de los abortos se practican durante el primer trimestre del embarazo, antes de las 14 semanas de gestación (2). Son dos los métodos que se usan para el aborto quirúrgico: extracción con bomba aspirativa, y dilatación y evacuación. El aborto quirúrgico, cuando lo llevan a cabo prestadores de salud capacitados con equipos adecuados y una técnica correcta y en condiciones higiénicas, es un procedimiento quirúrgico seguro para el primer trimestre del embarazo (2). Sin embargo, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico, tanto la extracción con bomba aspirativa como la dilatación y evacuación implican dolor y, por lo tanto, se deben tomar medidas para controlarlo. Esta revisión buscó comparar diferentes métodos farmacológicos y no farmacológicos para el control del dolor, administrados antes o durante el aborto quirúrgico en el primer trimestre del embarazo (< 14 semanas de gestación, al dolor percibido, satisfacción, efectos secundarios y seguridad [3]).

## 2. MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Esta revisión buscó estudios clínicos controlados aleatorizados que hubieran comparado la eficacia de diferentes métodos de control del dolor en el aborto quirúrgico durante el primer trimestre basándose en la percepción de dolor de las pacientes, la satisfacción con el tratamiento, los efectos secundarios y la seguridad. Los autores de la revisión analizaron adecuadamente los datos de los estudios clínicos incluidos. La búsqueda de estudios clínicos fue exhaustiva, la evaluación de la calidad fue adecuada y los datos se presentan claramente tanto en

tablas como en texto.

### 3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Cuarenta estudios clínicos controlados aleatorizados se incluyeron en la revisión, en los que hubo 5131 participantes. Debido a la gran variedad de intervenciones, los bajos números de sujetos en cada estudio y la heterogeneidad de los resultados, no fue posible combinar los datos ni llevar a cabo el metanálisis en la mayoría de los casos, lo que produjo resultados bastante débiles. Los autores dividieron los estudios clínicos disponibles en siete grupos para comparación según se presenta a continuación.

#### *Anestesia local*

Diez estudios (1527 participantes) que habían investigado el uso de anestesia local cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron insuficientes como para mostrar un beneficio claro del bloqueo paracervical cuando se lo comparó con un grupo sin bloqueo paracervical o con solución salina bacteriostática. Los puntajes de dolor (medido en la mayoría de los estudios mediante la escala analógica visual) durante la dilatación y la extracción con bomba aspirativa mejoraron con bloqueo paracervical con inyección profunda (diferencia de medias ponderadas [DMP]: -1,64; intervalo de confianza [IC] del 95%: -3,21 a -0,08; DMP: -1,00, IC 95%: -1,09 a -0,91) y con el agregado de una infusión intrauterina de lidocaína al 4% (DMP: -2,0; IC 95%: -3,29 a -0,71; DMP: -2,8; IC 95%: -3,95 a -1,65 con dilatación y extracción con bomba aspirativa, respectivamente). La espera de tres minutos después del bloqueo paracervical disminuyó el dolor con la dilatación pero no con la extracción con bomba aspirativa.

#### *Bloqueo paracervical con medicamentos preanestésicos*

Tres estudios (434 participantes) investigaron el efecto de los medicamentos preanestésicos con diferentes fármacos (administrados por vía oral): 600 mg de ibuprofeno, 1 mg de lorazepam o 550 mg de naproxeno sódico seguidos por bloqueo paracervical con 20 ml de lidocaína al 1%. El bloqueo paracervical complementado con ibuprofeno o naproxeno redujo levemente en el dolor intra y postoperatorio.

#### *Analgesia*

En un estudio con 100 mujeres se comparó la combinación de un analgésico (50 mg de diclofenac sódico administrados cada cuatro horas antes del procedimiento quirúrgico) más un agente de maduración cervical (200 µg de misoprostol) con misoprostol solo. No se hallaron diferencias entre los dos grupos en cuanto al control del dolor o a la aceptación del método de control del dolor.

#### *Sedación consciente*

Tres estudios de escasa magnitud (274 participantes) investigaron la sedación consciente. Al agregar sedación consciente por vía intravenosa con diazepam y fentanilo al bloqueo paracervical el dolor disminuyó durante el procedimiento.

#### *Anestesia general*

Catorce estudios (1812 participantes) investigaron la anestesia general. Cuatro estudios compararon halotano, enflurano y tricoetileno con distintos agentes sedantes/hipnóticos. Diez estudios incluyeron propofol; nueve, un barbitúrico (cinco metohexital); cinco, tiopental; cuatro, ketamina; tres, benzodiazepina midazolam; y uno, etomidato. Al compararla con anestesia general, la sedación consciente se asoció con más dolor intra y postoperatorio (odds ratio [OR] de Peto: 14,77; IC 95%: 4,91 a 44,38; OR de Peto: 7,47; IC 95%: 2,2 a 25,36 para dilatación y evacuación y extracción con bomba aspirativa respectivamente, y DMP: -1,00; IC 95%: -1,77 a -0,23 en el período postoperatorio). Los anestésicos por inhalación se asociaron con más pérdida de sangre.

#### *Anestesia general con medicamentos preanestésicos*

Siete estudios investigaron la influencia de los medicamentos preanestésicos con distintos analgésicos (opiáceos o inhibidores selectivos o no selectivos de la ciclooxigenasa [COX]) en el dolor postoperatorio después de la anestesia general. El inhibidor de la COX-2 etoricoxib, los inhibidores no selectivos de la COX; lornoxicam, diclofenac y ketorolac, y el opioide nalbufina se asociaron con un mayor alivio del dolor postoperatorio.

#### *Intervención no farmacológica*

Cuatro estudios, de escasa magnitud y muy diferentes entre sí, investigaron intervenciones no farmacológicas. En pacientes que recibieron bloqueo paracervical, la hipnosis no cambió el nivel de comodidad durante el procedimiento en comparación con la atención estándar; sin embargo, disminuyó la necesidad de usar de óxido nitroso (OR de Peto: 0,12; IC 95%: 0,03 a 0,54). En un estudio con 98 mujeres, escuchar música estéreo en comparación con la autoadministración de metoxiflurano disminuyó el dolor durante la extracción con bomba aspirativa (OR de Peto: 0,17; IC 95%: 0,04 a 0,63). El suministro de información sensorial en comparación con información general no afectó el dolor ni la angustia durante el procedimiento. La relajación no cambió el dolor durante el procedimiento ni el dolor postoperatorio en pacientes con anestesia local en comparación con imágenes placenteras o analgésicas, o con el grupo control.

No se informaron complicaciones importantes en los 40 estudios clínicos.

## **4. DISCUSIÓN**

## 4.1 Aplicabilidad de los resultados

Esta revisión concluye que la sedación consciente, la anestesia general y algunas intervenciones no farmacológicas no solo disminuyen el dolor durante y después del procedimiento, sino que también parecen ser seguras y, además, las pacientes las califican como satisfactorias. Los datos disponibles sobre el bloqueo cervical son insuficientes como para extraer una recomendación concreta. Sin embargo, el bloqueo paracervical con inyección profunda parece reducir el dolor durante el procedimiento. Si bien en los estudios incluidos en la revisión no se informaron complicaciones importantes, la anestesia general podría aumentar los riesgos de salud para las mujeres, incluido el riesgo de hemorragia (4) y también la mortalidad (5). El uso de anestesia general también aumenta el costo de la atención de la salud y, por lo tanto, su uso en lugares de escasos recursos puede ser limitado.

## 4.2 Implementation of the intervention

El manejo del dolor es un aspecto esencial de la atención del aborto. El control efectivo del dolor y de la ansiedad tiene beneficios fisiológicos y psicológicos importantes y produce una mayor satisfacción de la paciente. La elección del método de control del dolor debe estar guiada principalmente por las consideraciones de preferencia y seguridad de la paciente. Entre las siete intervenciones para el control del dolor, la anestesia local (en especial la inyección profunda de bloqueo paracervical con lidocaína) y las intervenciones no farmacológicas serían más factibles para implementar en el aborto quirúrgico en lugares de escasos recursos.

Es probable que el asesoramiento y el tratamiento comprensivo con las mujeres reduzcan sus temores y percepciones de dolor (6). La persona que practica el aborto quirúrgico y el resto del personal presente deben ser amables y tranquilizadores. Cuando sea posible, y si la mujer así lo desea, puede ser útil permitir que el esposo, la pareja, un familiar o un amigo de la mujer la acompañe durante el procedimiento. Sin embargo, estas conductas no deben considerarse sustitutas del alivio del dolor mediante métodos médicos (2).

## 4.3 Implicaciones para la investigación

Los datos correspondientes al bloqueo paracervical, utilizado ampliamente en la práctica clínica, aportados por esta revisión no son suficientes para respaldar su uso y se deben estudiar de manera más exhaustiva para determinar si este tipo de control del dolor tiene algún beneficio.

## Referencias

1. WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization; 2003.

3. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; Issue 2. Art. No.: CD006712; DOI: 10.1002/14651858.CD006712.pub2.
4. Strauss LT, Gamble SB, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S. Abortion surveillance—United States, 2004. Morbidity and mortality weekly report: surveillance summaries /CDC 2007; 56:1–33. [PUBMED: 18030283]
5. Grimes DA & Cates W Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. Obstetrical and Gynaecological Survey 1979; 34:177-191.
6. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994; 171:1365–1372
7. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. Reproductive Health Matters 2000;8:45-51.

---

Este documento debería citarse como: Cheng L. Control del dolor en el aborto quirúrgico durante el primer trimestre: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2010). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

---

## Documentos relacionados

[Revisión Cochrane](#)

## Acerca del autor

[Cheng L](#)