



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA  
ESPECIALIDAD: ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO**

**INTERVENCIONES EFICACES PARA EL CONTROL  
DEL DOLOR EN EL ABORTO QUIRÚRGICO**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO  
QUIRURGICO**

Presentado por:

**AUTORES:** CACHAY RUIZ, JACQUELIN ALEXANDRA  
VILLACORTA DE CHAMOLI, MARYSABEL

**ASESOR:** Dr. Walter Gómez Gonzales

**LIMA – PERÚ  
2017**



## **DEDICATORIA**

A nuestras familias por brindarnos su cariño, educarnos con valores, por su constante apoyo y comprensión durante nuestra vida personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Walter Gómez Gonzales por contribuir en nuestra formación profesional, guiándonos y motivándonos permanentemente para la culminación del presente estudio.

**Asesor:** Dr. Walter Gómez Gonzales

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Julio Mendigure Fernández

**Secretario:** Mg. Reyda Canales Rimachi

**Vocal** : Mg. Anika Remuzgo Artezano

## INDICE

Carátula	i
Hoja en blanco	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Asesor	v
Jurado	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xii
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivo	15
<b>CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS</b>	
2.1. Diseño de estudio: Revisión sistemática	16
2.2. Población y muestra	16
2.3. Procedimiento de recolección de datos	16
2.4. Técnica de análisis	17
2.5. Aspectos éticos	17
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	
3.1. Tablas	19

<b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN</b>	
4.1. Discusión	28
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Conclusiones	31
5.2. Recomendaciones	32
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	34



## ÍNDICE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Estudios revisados sobre Intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico.	<b>19</b>
<b>Tabla 2:</b> Resumen de estudios sobre Intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico.	<b>26</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Sistematizar las evidencias disponibles sobre las intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico. **Materiales y Métodos:** Se trata de una revisión sistemática, en el que se identifica los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el sistema grade para asignar la fuerza de recomendación. **Resultados:** La revisión sistemática de los 07 artículos científicos sobre los Métodos terapéuticos eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico, fueron hallados en las siguientes bases de datos Pubmed, Medline, Elsevier, Ebsco y Cochrane Plus, todos ellos corresponden al tipo y diseño de estudios, Revisiones Sistemáticas 02, Ensayos Clínicos Aleatorizados 04 y Cuasiexperimental 01. **Conclusiones:** El 33% (n=02/07) de los artículos revisados, evidencian que hay diversos métodos de control del dolor en el aborto quirúrgico, estos métodos se pueden dividir en anestesia local, sedación consciente, anestesia general y métodos no farmacológicos, sin embargo no especifican el método terapéutico más eficaz para el control del dolor posoperatorio en este tipo de intervenciones. El 67% (n=05/07) concluyen que el método terapéutico sedación consciente con un bloqueo paracervical mejoran el control del dolor posoperatorio en el aborto quirúrgico, sin embargo no concluyen fehacientemente, por tanto se necesita realizar más estudios para determinar cualquier beneficio, mientras tanto queda a criterio médico y con el soporte de la enfermera especialista en centro quirúrgico la decisión al respecto.

**Palabras clave:** “Aborto quirúrgico”, “Intervenciones Eficaces”, “Dolor”, “Eficacia”.

## ABSTRACT

**Objective:** To systematize the available evidence on effective interventions for pain control in surgical abortion. **Materials and Methods:** This is a systematic review, which identifies relevant studies to answer questions specific to clinical practice, the search has been restricted to articles with full text, and the selected articles were subjected to a critical reading, using the grid system to assign the recommendation force. **Results:** The systematic review of the 07 scientific papers on Effective Therapeutic Methods for pain control in surgical abortion were found in Pubmed, Medline, Elsevier, Ebsco and Cochrane Plus databases, all of which correspond to the type and Study design, Systematic Reviews 02, Clinical Trials Randomized 04 and Quasiexperimental 01. **Conclusions:** 33% (n = 02/07) of the reviewed articles show that there are several methods of pain control in surgical abortion, these methods can be divided into local anesthesia, conscious sedation, general anesthesia and non-pharmacological methods, However, they do not specify the most effective therapeutic method for the control of postoperative pain in this type of interventions. 67% (n = 05/07) conclude that the therapeutic method sedation conscious with a paracervical block improves the control of postoperative pain in surgical abortion, however they do not conclusively conclude, therefore further studies are needed to determine any benefit, In the meantime it is up to medical judgment and with the support of the nurse specialist in surgical center the decision in this regard.

**Key word:** "Surgical abortion", "Effective Interventions", "Pain", "Efficacy".

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

El Aborto quirúrgico es una de las intervenciones ginecológicas más frecuentes e importantes y se realiza tanto para fines diagnósticos como terapéuticos. Las indicaciones más importantes son: abortos incompletos, alteraciones del ciclo menstrual, pólipos, retenciones placentarias y hemorragias atípicas (1).

En el mundo, cada año ocurren aproximadamente 210 millones de embarazos, dado que existe una alta incidencia del aborto espontáneo que son aproximadamente el 15% del total de embarazos clínicamente diagnosticados, entonces se hace evidente que en el mundo se dan alrededor de 31 millones de abortos espontáneos en los que no siempre son evidentes los mecanismos que lo causan, generalmente se producen en las primeras 14 semanas del embarazo (2), se deben a muerte del embrión debido a anomalías genéticas y cromosómicas o alteraciones del trofoblasto, enfermedades endocrinas, infecciosas, hipertensión arterial, entre otras de la madre, por ende debemos suponer que al año se realizaran millones de

aborto quirúrgico a nivel mundial, por esto es muy importante tener un manejo sistematizado y altamente efectivo del procedimiento a realizar para evitar que se den complicaciones a corto, mediano y largo plazo (3).

En el Perú el aborto es un problema de salud pública; su tratamiento oportuno evita que las pacientes presenten hemorragia, infección uterina e incluso muerte materna. El tratamiento quirúrgico es principalmente mediante la aspiración manual endouterina (AMEU) y en segundo lugar por el legrado uterino instrumental (LUI). Se considera que en estos tiempos la paciente tiene derecho a no sentir dolor durante un procedimiento quirúrgico, y aun cuando el dolor operatorio depende de factores como el estado de ansiedad, dolor preoperatorio, etc. (3)

Estadísticamente reportan que en el Perú diariamente más de mil mujeres abortan, 94 son atendidas por abortos incompletos y dos mueren por complicaciones, muchos de los abortos clandestinos en Perú se realizan en "situaciones inseguras e insalubres y se pone en peligro la vida de las mujeres, principalmente, las mujeres de más bajos recursos", además se tiene una de las peores tasas de mortalidad materna (185 por 100.000 nacidos vivos cada año), y aunque no se tienen cifras exactas, muchos de estos decesos están relacionados a hemorragias durante prácticas de aborto, se practican cada año 371.000 abortos clandestinos, de los cuales 7.000 se realizan por razones de salud pues desde 1924 es legal en Perú el aborto terapéutico, como se denomina a la terminación del embarazo debido a que se ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer, aunque no existe un protocolo que lo reglamente. (4)

En nuestro país, la realidad es que el aborto quirúrgico es un evento muy común, y que tienen que ser manejados diariamente por los servicios de salud públicos; del médico depende que el tratamiento vaya encaminado a disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad secundarias a abortos y su posterior manejo a través del aborto instrumental o inclinarse por otras alternativas existentes previa valoración, escogiendo el método a usar buscando la seguridad, comodidad, y que produzca el menor impacto posible sobre la paciente.(4)

Con el paso de los años se han descrito y utilizado diferentes tipos de anestesia para la realización del aborto quirúrgico, tales como: anestesia local, bloqueo paracervical con premedicación analgésica, sedación consciente, anestesia general con y sin agentes inhalados, siendo la anestesia endovenosa la más utilizada actualmente, dado que la técnica inhalatoria general presenta inconvenientes en cuanto a costos, contaminación del área quirúrgica, aumento de sangrado transoperatorio y en todos los casos es necesario controlar la vía aérea y la ventilación del paciente con los riesgos que ello implica. (5)

Para llevar a cabo el aborto quirúrgico se deben brindar las condiciones adecuadas para el paciente y para el equipo médico; la anestesia juega un papel importante en la optimización de estas condiciones dado que la mayoría de las pacientes experimentan dolor con el procedimiento. Los factores claves que influyen en la elección de la anestesia incluyen la eficacia, seguridad, y una rápida realización minimizando los efectos secundarios (6).

La técnica anestésica adecuada para este tipo de procedimientos, será entonces, aquella que proporcione las condiciones óptimas para el procedimiento tales como: inducción rápida sin cambios bruscos en los signos vitales, fácil administración, vida media corta, analgesia, control neurovegetativo, recuperación rápida, ausencia de efectos secundarios, además de satisfacción para el ginecólogo durante el procedimiento y para el paciente posterior al mismo, obteniendo una mejor relación costo beneficio.(5,6)

En la actualidad existe otra técnica descrita, la anestesia espinal, un tipo de anestesia regional, con la cual se han obtenido óptimas condiciones para procedimientos pélvicos y perineales; pero se ha dejado de lado, a pesar de ser catalogada como una técnica segura y eficaz, con mínimos cambios hemodinámicos y del estado de conciencia del paciente, recuperación postoperatoria rápida, adecuada analgesia y pocos efectos adversos (17), por ello es conveniente estudiar y estandarizar alternativas anestésicas que permitan realizar este procedimiento en las mejores condiciones posibles tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico a cargo del procedimiento .

## **1.2. Formulación del problema.**

La pregunta formulada para la revisión sistemática se desarrolló bajo la metodología PICO y fue la siguiente:

<b>P = Paciente/ Problema</b>	<b>I = Intervención</b>	<b>C = Intervención de comparación</b>	<b>O = Outcome Resultados</b>
-----------------------------------	-------------------------	--	-----------------------------------

Paciente con  
aborto  
quirúrgico

Intervenciones  
eficaces

No aplica

Control del dolor

¿Cuáles son las intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico?

### **1.3. Objetivo**

Sistematizar las evidencias disponibles de las Intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico.



## **CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. Diseño de estudio:**

Las Revisiones Sistemáticas son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Son parte esencial de la enfermería basada en la evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica.

### **2.2. Población y muestra.**

La población constituida por la revisión bibliográfica de 07 artículos científicos publicados e indizados en las bases de datos científicos y que responden a artículos publicados en idioma español, inglés y portugués, con una antigüedad no mayor de diez años.

### **2.3. Procedimiento de recolección de datos.**

La recolección de datos se realizó a través de la revisión bibliográfica de artículos de investigaciones tanto nacionales como internacionales que tuvieron como tema principal las intervenciones eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico; basándose en la percepción del dolor de

las pacientes, de todos los artículos que se encontraron, se incluyeron los más importantes según nivel de evidencia y se excluyeron los menos relevantes. La búsqueda de estudios fue exhaustiva, la evaluación de la calidad fue adecuada y los datos se presentan claramente tanto en las tablas como en el resumen de los artículos científicos.

El algoritmo de búsqueda sistemática de evidencias fue el siguiente:

Intervenciones AND Eficacia AND Control del dolor AND aborto quirúrgico.

Intervenciones OR Eficacia OR Control del dolor OR aborto quirúrgico.

Base de datos:

Lilacs, Pubmed, Medline, Ebsco, Cochrane Plus.

#### **2.4. Técnica de análisis.**

El análisis de la revisión sistemática está conformado por la elaboración de una tabla de resumen (Tabla N°1) con los datos principales de cada uno de los artículos seleccionados, evaluando cada uno de los artículos para una comparación de los puntos o características en las cuales concuerda y los puntos en los que existe discrepancia entre artículos. Además, de acuerdo a criterios técnicos pre establecidos, se realizó una evaluación crítica e intensiva de cada artículo, a partir de ello, se determinó la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendación para cada artículo.

## **2.5. Aspectos éticos.**

La evaluación crítica de los artículos científicos revisados, está de acuerdo a las normas técnicas de la bioética en la investigación verificando que cada uno de ellos haya dado cumplimiento a los principios éticos en su ejecución.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1. Tablas 1: Estudios revisados sobre los Métodos terapéuticos eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico.

#### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

1. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Regina-Maria Renner, Jeffrey T.J. Jensen, Mark D.N. Nichols, Alison Edelman.	2009	Control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre (11)	<a href="http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011784235&amp;DocumentID=CD006712">http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011784235&amp;DocumentID=CD006712</a> EE.UU.	Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford

#### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos éticos	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Revisión Sistemática Meta análisis</b>	40 estudios con 5 131 participantes	Artículos científicos	No aplica	Se encontró que los estudios a incluir en esta revisión eran sumamente heterogéneos y, por lo tanto, no se pudo realizar un único metanálisis. Sin embargo, se pudieron agrupar los ensayos en siete grupos: anestesia local, bloqueo paracervical con premedicación, analgesia por vía oral solamente, sedación consciente, anestesia general, anestesia general con premedicación e intervenciones no farmacológicas.	Hay disponibilidad de diversos métodos de control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre con menos de 14 semanas de edad gestacional mediante la aspiración por succión eléctrica o manual, y parecen ser seguros y efectivos. Los métodos de control del dolor se pueden dividir en anestesia local, sedación consciente, anestesia general y métodos no farmacológicos. Los datos para apoyar el beneficio de la anestesia local ampliamente usada son inadecuados. Aunque la anestesia general lograba un control completo del dolor durante el procedimiento, la sedación consciente con un bloqueo paracervical mejoraban el control del dolor posoperatorio.

### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

2. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Herrera Salgado, Jésser Martín	2015	Bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina por aborto retenido, Hospital Alemán Nicaragüense, Abril a Noviembre, 2015. (12)	<a href="http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1560">http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1560</a>  NICARAGUA	No consigna

### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos éticos	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Cuasiexperimental</b>	72 pacientes divididos en dos grupos, intervenidos con lidocaína o fentanilo	Historia clínica y ficha de registro	Consentimi ento informado	Las pacientes con bloqueo paracervical con lidocaína presentaron el doble de probabilidad de tener dolor moderado a severo en comparación con las tratadas con fentanilo IV, = 2, p = 0.2589, IC 95% 0.5936 a 1.609 independientemente de la histerometría, o posición uterina OR 1 p = 0.9852, IC 95% 0.2754 a 3.7208. La probabilidad de reacciones medicamentosas fue cinco veces mayor en el grupo tratado con fentanilo en relación a la lidocaína OR = 5, p= 0.1517, IC 95% 0.5537 a 4.5153. No hubo complicaciones que pusieran en riesgo la vida de los pacientes que fueron estudiadas.	Se encontró que los grupos de comparación fueron homogéneos en general, cuyas características no interfirieron en la percepción del dolor. Las pacientes intervenidos con bloqueo paracervical con lidocaína tuvieron dos veces más probabilidad de presentar dolor moderado a severo, las intervenidas con fentanilo presentaron una probabilidad cinco veces mayor de presentar una reacción medicamentosas aunque con significancia estadística

DATOS DE LA PUBLICACIÓN

3. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Thumwadee Tangsiriwatthana, Ussanee S Sangkomkamhang, Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon	2013	Anestesia local paracervical para dilatación cervical e intervención uterina. (13)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085642">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085642</a> TAILANDIA	Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 30;(9):CD005056.

CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos éticos	Resultados	Conclusión
<p>Cuantitativo</p> <p><b>Revisión Sistemática</b></p>	26 artículos	Artículos científicos	Consentimiento informado	<p>Total de 26 estudios con 28 comparaciones y que implican 2.790 participantes. Ningún estudio de paracervical local frente a la anestesia general cumplieron con los criterios. Diez estudios compararon anestésico local versus placebo. Paracervical anestésico local (PLA) reduce el dolor en la dilatación cervical con una diferencia de medias estandarizada (DME) de 0,37 (: 0,17 a 95%: 0,58) y un riesgo relativo (RR) de dolor severo de 0,16 (IC 0,06-0,74 95%). PLA también redujo el dolor abdominal durante, pero no después de la intervención uterina (DME 0,74, IC 0,28-1,19 95%), no hubo evidencia de ningún efecto en la parte posterior postoperatoria o dolor en el hombro. Cinco estudios compararon el bloqueo paracervical con uterosacro bloque, bloque intracervical o intrauterina anestesia tópica. Seis estudios compararon la ALP con sedación. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el dolor durante o después del procedimiento, requisito analgesia postoperatoria, efectos secundarios, satisfacción del paciente y la percepción del operador de la analgesia. Se realizó evaluación del riesgo de sesgo mediante seis dominios y encontró que más de la mitad de los estudios incluidos tuvieron bajo riesgo de sesgo.</p>	<p>Concluimos que la evidencia disponible no muestra si el bloqueo paracervical es inferior, equivalente o superior a las técnicas analgésicas alternativas en términos de eficacia y seguridad para mujeres sometidas a dilatación cervical e intervenciones uterinas. Sugerimos que es probable que la mujer considere que las tasas y gravedad del dolor durante las intervenciones uterinas cuando se realiza despierto son inaceptables en ausencia de bloqueo neuraxial, que no se alteran por bloqueo paracervical.</p>

#### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

4. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Thongrong P, Jarruwale P, Panichkul P.	2011	La efectividad del bloqueo paracervical frente a la morfina por vía intravenosa durante el legrado uterino: un ensayo controlado aleatorio. (14)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thongrong%20P%5BAuthor%5D&amp;cauthor=true&amp;cauthor_uid=21591523">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thongrong%20P%5BAuthor%5D&amp;cauthor=true&amp;cauthor_uid=21591523</a> TAILANDIA	J Med Assoc Thai. 2011 Apr;94(4):403-7.

#### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos ético	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Ensayo clínico aleatorizado</b>	74 pacientes	Historia clínica y ficha de registro	Consentimiento informado	Sesenta y cuatro pacientes con sangrado uterino anormal y la indicación para el legrado se matricularon en el presente estudio. Procedimiento aleatorio simple se utiliza para distribuir los pacientes en dos grupos. La morfina intravenosa se llevó a cabo en 32 pacientes como el grupo A, mientras que el bloqueo paracervical se utilizó en los otros 32 pacientes del grupo B antes de legrado uterino. La medida de resultado principal fue la puntuación del dolor, que evaluó por la escala de calificación numérica que oscila entre 0-10. La mediana de la puntuación del dolor durante el legrado uterino fueron 7,5 y 6 (p = 0.103), inmediatamente después de legrado uterino fueron 3 y 3 (p = 0,822) y 30 minutos después de legrado uterino eran 1 y 1 (p = 0,206) en el control y grupo de tratamiento, respectivamente.	Las puntuaciones de dolor en los pacientes que recibieron bloqueo paracervical no fueron estadísticamente diferentes de los que recibieron morfina intravenosa. Bloqueo paracervical podría ser utilizado como otra opción para el alivio del dolor durante el legrado uterino.

### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

5. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Amirian M , Rajai M , Alavi A , Zare S , Aliabadi E	2009	Comparación de lidocaína al 1% y solución salina normal en la anestesia paracervicales para disminuir el dolor en el legrado. (15)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803123">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803123</a>  PAKISTAN	Pak J Biol Sci. 2009 Jun 1;12(11):877-81.

### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos ético	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Ensayo clínico aleatorizado</b>	150 pacientes	Historia clínica y ficha de registro	Consentimiento informado	No hubo diferencia significativa entre la intensidad del dolor después de la inserción espéculo, durante la dilatación y durante 30 minutos después de curetaje pero no había una diferencia significativa en la intensidad del dolor durante el legrado entre lidocaína grupo 1% y el grupo de solución salina normal (p <0,05).	La solución salina normal es tan efectivo como la lidocaína al 1% en baja dolor en curetaje (distensión de la cápsula del nervio), pero cuando el dolor aumenta en el curetaje, lidocaína al 1% es más efectiva que la solución salina normal. Nervio cápsula distensión no es el único factor para el control del dolor en el bloqueo paracervical y agente analgésico es todavía un factor importante.



### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

6. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Mankowski JL, Kingston J, Moran T, Nager CW, Lukacz ES	2009	Paracervical comparación con lidocaína intracervical para legrado por aspiración: un ensayo controlado aleatorio. (16)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19384120">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19384120</a>  EE.UU.	Obstet Gynecol. 2009 May;113(5):1052-7.

### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos ético	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Ensayo Clínico Aleatorizado</b>	132 mujeres	Historia clínicas y ficha de registro	Consentimiento informado	Un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado comparando paracervical con lidocaína intracervical se realizó en mujeres sometidas a elección del primer trimestre legrado por aspiración con sedación consciente. El dolor fue evaluado al inicio del estudio, con dilatación y legrado con el uso de una escala analógica visual de 10 cm (VAS). Suponiendo una diferencia mínima clínicamente importante en la escala de dolor de 1,6 cm y una puntuación media del dolor (desviación + /-estándar [DE]) de 4,7 (+ / -2.9) cm de bloqueo paracervical, 120 pacientes proporcionarían la energía del 80%, con un alfa de 0,05. Para las 132 mujeres asignadas al azar, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de la EVA (media + /-SD) entre los bloques paracervical y intracervicales durante la dilatación (2,6 + / -2,3 en comparación con 2,8 + / -2,2, p = 0,72) o curetaje (3,9 + / -2,9 en comparación con 3,3 + / -2,5, p = 0,16).	En las mujeres sometidas en el primer trimestre legrado por aspiración con sedación consciente, no se apreció ninguna diferencia clínicamente significativa en el alivio del dolor entre la lidocaína paracervical y intracervical. Los proveedores deben tener la confianza de que ambas técnicas proporcionan analgesia igualmente eficaz y aceptable.

### DATOS DE LA PUBLICACIÓN

7. Autor	Año	Nombre de la Investigación	Revista donde se ubica la Publicación	Volumen y Numero
Lazenby GB , Fogelson NS , Aeby T	2009	Impacto del bloqueo paracervical en el dolor post-aborto en pacientes sometidas a aborto bajo anestesia general. (17)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913154">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913154</a>  EE.UU.	Contraceptio n. 2009 Dec;80(6):57 8-82.

### CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Instrumentos	Aspectos ético	Resultados	Conclusión
Cuantitativo  <b>Ensayo Clínico Aleatorizado</b>	72 pacientes	Historia clínicas y ficha de registro	Consentimi ento informado	Setenta y dos pacientes que buscan el aborto bajo anestesia general, se matricularon en el estudio simple ciego. Treinta y nueve pacientes fueron asignados al azar para recibir un bloqueo paracervical, y 33 fueron asignados al azar a ningún tipo de anestesia local. Los pacientes completaron una encuesta demográfica y de las escalas de dolor analógico visual para el dolor antes y en varios puntos de tiempo después del procedimiento. Los grupos experimentales y de control fueron similares en todas sus características demográficas médicos. Ellos también fueron similares en edad gestacional, el número de laminaria requerida, dilatación preoperatorio, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea y reportaron complicaciones. El dolor postoperatorio no se vio afectada significativamente por la colocación de un bloqueo paracervical antes del aborto bajo anestesia general. La necesidad de medicamentos para el dolor posoperatorio durante la recuperación fue similar entre los grupos.	Este estudio no apoya el beneficio hipotético de anestesia local antes del aborto quirúrgico bajo anestesia general para reducir el dolor postoperatorio.

**Tabla 2:** Resumen de estudios sobre Métodos terapéuticos eficaces para el control del dolor en el aborto quirúrgico.

Diseño de estudio / Título	Conclusiones	Calidad de evidencias(s egún sistema Grade)	Fuerza de recomendación	País
<p><b>Revisión sistemática Meta análisis</b></p> <p>Control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre</p>	<p>Hay disponibilidad de diversos métodos de control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre con menos de 14 semanas de edad gestacional mediante la aspiración por succión eléctrica o manual, y parecen ser seguros y efectivos. Los métodos de control del dolor se pueden dividir en anestesia local, sedación consciente, anestesia general y métodos no farmacológicos. Los datos para apoyar el beneficio de la anestesia local ampliamente usada son inadecuados. Aunque la anestesia general lograba un control completo del dolor durante el procedimiento, la sedación consciente con un bloqueo paracervical mejoraban el control del dolor posoperatorio.</p>	Alta	Alta	EE.UU.
<p><b>Revisión Sistemática</b></p> <p>Anestesia local paracervical para dilatación cervical e intervención uterina</p>	<p>Concluimos que la evidencia disponible no muestra si el bloqueo paracervical es inferior, equivalente o superior a las técnicas analgésicas alternativas en términos de eficacia y seguridad para mujeres sometidas a dilatación cervical e intervenciones uterinas. Sugerimos que es probable que la mujer considere que las tasas y gravedad del dolor durante las intervenciones uterinas cuando se realiza despierto son inaceptables en ausencia de bloqueo neuraxial, que no se alteran por bloqueo paracervical.</p>	Alta	Alta	Tailandia
<p><b>Cuasiexperimental</b></p> <p>Bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina por aborto retenido, Hospital Alemán Nicaragüense, Abril a Noviembre, 2015.</p>	<p>Se encontró que los grupos de comparación fueron homogéneos en general, cuyas características no interfirieron en la percepción del dolor. Las pacientes intervenidas con bloqueo paracervical con lidocaína tuvieron dos veces más probabilidad de presentar dolor moderado a severo, las intervenidas con fentanilo presentaron una probabilidad cinco</p>	Moderada	Moderada	Nicaragua

veces mayor de presentar una reacción medicamentosa aunque con significancia estadística

<p><b>Ensayo clínico aleatorizado</b></p> <p>La efectividad del bloqueo paracervical frente a la morfina por vía intravenosa durante el legrado uterino: un ensayo controlado aleatorio.</p>	<p>Las puntuaciones de dolor en los pacientes que recibieron bloqueo paracervical no fueron estadísticamente diferentes de los que recibieron morfina intravenosa. Bloqueo paracervical podría ser utilizado como otra opción para el alivio del dolor durante el legrado uterino.</p>	<p><b>Alta</b></p>	<p><b>Alta</b></p>	<p>Tailandia</p>
<p><b>Ensayo clínico aleatorizado</b></p> <p>Comparación de lidocaína al 1% y solución salina normal en la anestesia paracervicales para disminuir el dolor en el legrado.</p>	<p>La solución salina normal es tan efectivo como la lidocaína al 1% en baja dolor en curetaje (distensión de la cápsula del nervio), pero cuando el dolor aumenta en el curetaje, lidocaína al 1% es más efectiva que la solución salina normal. Nervio cápsula distensión no es el único factor para el control del dolor en el bloqueo paracervical y agente analgésico es todavía un factor importante.</p>	<p><b>Alta</b></p>	<p><b>Alta</b></p>	<p>Pakistan</p>
<p><b>Ensayo clínico aleatorizado</b></p> <p>Paracervical comparación con lidocaína intracervical para legrado por aspiración: un ensayo controlado aleatorio.</p>	<p>En las mujeres sometidas en el primer trimestre legrado por aspiración con sedación consciente, no se apreció ninguna diferencia clínicamente significativa en el alivio del dolor entre la lidocaína paracervical y intracervical. Los proveedores deben tener la confianza de que ambas técnicas proporcionan analgesia igualmente eficaz y aceptable.</p>	<p><b>Alta</b></p>	<p><b>Alta</b></p>	<p>EE.UU.</p>
<p><b>Ensayo clínico aleatorizado</b></p> <p>Impacto del bloqueo paracervical en el dolor post-aborto en pacientes sometidas a aborto bajo anestesia general.</p>	<p>Este estudio no apoya el beneficio hipotético de anestesia local antes del aborto quirúrgico bajo anestesia general para reducir el dolor postoperatorio.</p>	<p><b>Alta</b></p>	<p><b>Alta</b></p>	<p>EE.UU.</p>

## **CAPITULO IV: DISCUSIÓN**

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 42 millones de abortos se realizan cada año en todo el mundo (18). Casi el 90% de los abortos se practican durante el primer trimestre del embarazo, antes de las 14 semanas de gestación (19). 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 (18). 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.

A lo largo del tiempo se han descrito múltiples técnicas anestésicas para procedimientos ambulatorios como el aborto quirúrgico, técnicas aisladas y combinadas ya sea de anestesia regional como general, a pesar que ambas técnicas han mostrado beneficios para los pacientes, la elección actual para este tipo de procedimientos ha aislado casi por completo a las técnicas

regionales. La evidencia en favor de su analgesia y la presencia de pocos cambios hemodinámicos, se considera la técnica del Bloqueo Paracervical muy favorable; o tal vez la preferencia de los anestesiólogos hacia la anestesia general endovenosa, no solo en nuestro país sino a nivel de todo Latinoamérica, basada en el corto tiempo del procedimiento quirúrgico y menor tiempo de recuperación sin tener en cuenta las ventajas que trae el BPC en cuanto al menor índice de apnea, no manipulación de la vía aérea, analgesia postoperatoria y buena estabilidad hemodinámica.

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. (20).

El control 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 (20). 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 acompañen durante el procedimiento. Sin embargo, estas conductas no deben considerarse sustitutas del alivio del dolor.

En el marco de lo descrito, se ubicaron artículos científicos y para ello se utilizó la base de datos Pubmed, Medline, Elsevier y Ebsco, se ubicaron 02 artículos de diseño revisión sistemática, 04 artículos tipo ensayo clínico aleatorizado y 01 artículo de diseño cuasiexperimental. Según los resultados obtenidos de la revisión sistemática, 02 artículos revisados, el 33% (n=02/07) de estos, evidencian que hay diversos métodos de control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre con menos de 14 semanas de edad gestacional mediante la aspiración por succión eléctrica o manual, estos métodos de control del dolor se pueden dividir en anestesia local, sedación consciente, anestesia general y métodos no farmacológicos. Los datos para apoyar el beneficio de la anestesia local ampliamente usada son inadecuados. Sin embargo remarcan que otra formas de anestesia como la sedación consciente con un bloqueo paracervical mejoraban el control del dolor posoperatorio en este tipo de intervenciones (11,13). El resto de artículos científicos revisados 67% (n=05/07) concluyen que el beneficio de sedación consciente con un bloqueo paracervical mejoraban el control del dolor posoperatorio en el aborto quirúrgico (12, 14, 15, 16,17), sin embargo no afirman fehacientemente, por tanto se necesita realizar más estudios para determinar cualquier beneficio, mientras

tanto queda a criterio médico y con el soporte de la enfermera especialista en centro quirúrgico la decisión al respecto.



## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- La revisión sistemática de los 07 artículos científicos sobre Intervenciones efectivas para el control del dolor en el aborto quirúrgico, fueron hallados en las siguientes bases de datos Pubmed, Medline, Elsevier, Ebsco y Cochrane Plus, todos ellos corresponden al tipo y diseño de estudios, Revisiones Sistemáticas 02, Ensayos Clínicos Aleatorizados 04 y Cuasiexperimental 01.
  
- El Aborto quirúrgico siempre se ha caracterizado por ser un procedimiento con escalas bajas de dolor, el cual puede ser controlado con analgésicos tipo AINES.
  
- El control efectivo del dolor y de la ansiedad tiene beneficios fisiológicos y psicológicos importantes y produce una mayor satisfacción de la paciente. Entre las 7 evidencias presentadas sobre las intervenciones eficaces para el

control del dolor, se evidencia que 3 de 7 estudios manifiestan que la anestesia general tiene un control completo del dolor en el post operatorio y que presentan mayor reacción medicamentosa.

- La anestesia local (en especial la inyección profunda de bloqueo paracervical) demuestran que de 4 de 7 estudios el manejo del dolor es inadecuado o de moderado a severo, 2 de 7 muestran que la sedación consiente brinda analgesia eficaz y aceptable.

Dentro de las intervenciones no farmacológicas como la hipnosis, relación y la musicoterapia, serían más factibles para implementar en el aborto quirúrgico en lugares de escasos recursos.

## **5.2. Recomendaciones**

- Tomando en cuenta los beneficios demostrados en el estudio que proporciona el uso de diferentes anestésicos para el control del dolor durante el aborto quirúrgico, surge la inquietud de continuar la investigación seleccionando los anestésicos utilizados en este procedimiento, además también sería interesante medir el tiempo en que se realiza el procedimiento e incluir la evaluación del grado de satisfacción de la paciente y del cirujano cuando se realiza este procedimiento con los diferentes tipos de anestesia, que son valiosos de tener en cuenta.

- Para el manejo del dolor durante el aborto quirúrgico se recomienda el uso de analgésicos, sedantes y la anestesia; sin embargo, puesto que el mismo se realiza ambulatoriamente (sin hospitalización), no se usan todos los medicamentos recomendados; suponemos que con el objeto de disminuir los riesgos potenciales de algunos de los medicamentos administrados (sedantes y opioides).

- Considerar los factores como la preferencia de las mujeres, los factores de riesgo médico de las complicaciones de la anestesia, el contexto y la disponibilidad de recursos al elegir un método de control del dolor. Los ensayos fueron demasiado heterogéneos, sin embargo tener en cuenta que la sedación consciente combinada con bloqueo paracervical no logra el mismo control del dolor que la anestesia general durante el procedimiento, pero mejoró el control del dolor después de la cirugía.

- Los datos correspondientes al uso de la anestesia como medida de control del dolor durante el aborto quirúrgico, aportados por esta revisión no son suficientes para determinar el tipo de anestesia, por lo que se debe estudiar de manera más exhaustiva los resultados e instrumentos de estudio para medir el dolor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems.  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/safe\\_abortion.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf) 2003.
2. Koonin LM, Strauss LT, Chrisman CE, Parker WY. Abortion surveillance--United States, 1997. *Morbidity & Mortality Weekly Report. CDC Surveillance Summaries* 2000, Dec 8; Vol. 49, issue 11: 1-43.  
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5609a1.htm>
3. 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: 1365-72.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7977548>
4. Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe ER, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Pain management. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG editor(s). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia. PA: Churchill Livingstone, 1999: 73-89.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190094/>
5. Stubblefield PG. Control of pain for women undergoing abortion. *Supplement for International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1989; 3: 131-40.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?...International%20jour...>
6. Sánchez Luzandra. Remifentanilo combinado con Midazolam como sedoanalgesia en legrado uterino. Maracaibo. 2014.  
<http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30739>
7. Borgotta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *The Journal of Reproductive Medicine* 1997; 42: 287-93.  
[https://www.researchgate.net/publication/11859044\\_A\\_randomized\\_controlled\\_trial\\_of\\_fentanyl\\_for\\_abortion\\_pain](https://www.researchgate.net/publication/11859044_A_randomized_controlled_trial_of_fentanyl_for_abortion_pain)
8. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain* 1989; 36: 339-50.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2710563>

9. Lichtenberg ES, Paul M, Jones H. First trimester surgical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members. *Contraception* 2001; 64(6): 345-52. [PUBMED: 11834232]
10. Regina-Maria Renner, Jeffrey T.J. Jensen, Mark D.N. Nichols, Alison Edelman. Control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006712. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. SALGADO, Herrera; MARTÍN, Jésser. Bloqueo paracervical con lidocaína simple versus analgesia con fentanilo para aliviar el dolor durante la aspiración manual endouterina por aborto retenido, Hospital Alemán Nicaragüense, abril a noviembre, 2015. 2016. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. [repositorio.unan.edu.ni/1560/1/52962.pdf](http://repositorio.unan.edu.ni/1560/1/52962.pdf)
12. Thumwadee Tangsiriwatthana, Ussanee S Sangkomkamhang, Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon. Anestesia local paracervical para dilatación cervical e intervención uterina. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013, Sep, 30; (9): CD005056. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085642>.
13. Thongrong P, Jarruwale P, Panichkul P. La efectividad del bloqueo paracervical frente a la morfina por vía intravenosa durante el legrado uterino: un ensayo controlado aleatorio. *J Med Assoc Thai*. 2011 Apr; 94(4):403. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thongrong%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=21591523](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Thongrong%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21591523).
14. Amirian M, Rajai M, Alavi A, Zare S, Aliabadi E. Comparación de lidocaína al 1% y solución salina normal en la anestesia paracervicales

para disminuir el dolor en el legrado. Pak J Biol Sci. 2009 Jun 1;12 (11):877-81.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803123>.

15. Mankowski JL, Kingston J, Moran T, Nager CW, Lukacz ES. Paracervical compared with intracervical lidocaine for suction curettage: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*. 2009;113 (5):1052-7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19384120> -

16. Lazenby GB , Fogelson NS , Aeby T. Impacto del bloqueo paracervical en el dolor post-aborto en pacientes sometidas a aborto bajo anestesia general. *Contraception*. 2009 Dec;80(6):578-82.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913154>.

17. 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.

[www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/.../...](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/.../)