

Dolor en histeroscopia de consultorio: qué recomienda el consenso ACOG 2025

El Consenso Clínico No. 9 del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) concluye que hay evidencia suficiente de alta calidad para recomendar anestesia local inyectada, mediante bloqueo paracervical o intracervical, en la histeroscopia diagnóstica y operatoria.

La vaginoscopia, que permite acceder al útero sin espéculo, reduce de forma significativa el dolor sin perder eficacia frente al abordaje convencional. El misoprostol también lo disminuye, aunque con efectos adversos frecuentes. Y el consenso pide ofrecer opciones de analgesia a toda paciente antes del procedimiento, con decisión compartida (ACOG, 2025).

Qué plantea el consenso

El dolor se ha subestimado. Procedimientos frecuentes como la inserción de DIU, la colposcopia o la biopsia de endometrio se realizan de forma rutinaria sin analgesia o con una insuficiente. Minimizar el dolor genera insatisfacción y desconfianza, y la falta de preparación se asocia a mayor dolor percibido.

Lo que tiene evidencia. En histeroscopia diagnóstica y operatoria, la anestesia local inyectada cuenta con evidencia suficiente de alta calidad. En la histeroscopia operatoria (ablación, polipectomía), la medicación o inyección intrauterina aporta alivio adicional.

Dato

83–98 % de factibilidad de la histeroscopia vaginoscópica, una técnica que reduce el dolor y puede acortar el procedimiento (Jeong et al., 2025).

Recomendaciones para la práctica clínica

1. **Consejería previa.** Antes del procedimiento, explicar a la paciente cuánto dolor puede sentir y qué opciones de analgesia hay disponibles ese mismo día, incluida la sedación si el centro la ofrece. El plan se ajusta según su edad, sus experiencias previas con exámenes pélvicos, antecedentes de trauma y nivel de ansiedad. En procedimientos cervicales, informar con videos en lugar de folletos impresos redujo la ansiedad y el dolor.

1. **Anestesia local.** Bloqueo paracervical (a nivel de los fondos de saco vaginales) o intracervical, solos o combinados. Hay amplia variación en el agente, el volumen y los sitios de inyección. Con vaginoscopia, habitualmente no se coloca anestesia concomitante.

2. **Preparación cervical.** Entre las prostaglandinas, el misoprostol fue el agente más eficaz: disminuye el dolor y mejora la factibilidad. Hay que advertir sus efectos adversos: sangrado, dolor abdominal, cólicos, náuseas y vómito.

3. **Analgesia sistémica.** Los AINE tienen los datos más sólidos. Los opioides también mejoraron el dolor, pero fueron los que más eventos adversos tuvieron.

4. **Medidas no farmacológicas.** Para la música, la realidad virtual, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y la imaginación guiada hay datos contradictorios y evidencia insuficiente para recomendar una sobre otra. El consenso pide un enfoque multimodal.

Nuestro compromiso

En Mediport tenemos en cuenta estas recomendaciones y contamos con salas de cirugía adecuadas para histeroscopia, que ofrecen un entorno seguro para este procedimiento.

Manejar bien el dolor también es parte del cuidado.

Referencias (APA 7.ª ed.)

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2025). Pain management for in-office uterine and cervical procedures (Clinical Consensus No. 9). Obstetrics & Gynecology, 146. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005911

Jeong, N., Cho, A., Koo, Y. J., Ahn, J. W., Park, H., Lee, E. S., Yi, S. W., Joo, W. D., Lee, S. H., Lee, J. K., Lee, S. R., & Hysteroscopy Committee of the Korean Society of Gynecologic Endoscopy. (2025). Clinical practice in office hysteroscopy. Obstetrics & Gynecology Science, 68(3), 175–185. https://doi.org/10.5468/ogs.24234