

**CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Cómo se debe describir y tratar el dolor causado por la colocación del DIU?**

Veronica Hutchison, MD y Eve Espey, MD, MPH

**Resumen**

Este comentario sobre un caso considera la publicidad reciente sobre el dolor causado por la inserción de un dispositivo intrauterino y los factores clínicos y éticamente relevantes que influyen en el dolor y en las estrategias de tratamiento del dolor para este método anticonceptivo efectivo.

**Caso**

JJ, una paciente nulípara de 18 años, se presenta para consultar opciones de métodos anticonceptivos. JJ está interesada en un dispositivo intrauterino (DIU), pero ha visto videos en las redes sociales de adolescentes que hablan de sus dolorosas experiencias con la inserción del DIU.<sup>1</sup> El Dr. W es un ginecólogo-obstetra que suele insertar hábilmente un DIU en unos 5 minutos y es consciente de las pruebas contradictorias sobre los riesgos, los beneficios y la efectividad de la analgesia para la intervención.<sup>2,3,4</sup> El Dr. W ha analizado tanto la Revisión Cochrane de 2009<sup>5</sup> como su actualización de 2015,<sup>3</sup> en las que se aboga por una mayor disponibilidad de intervenciones analgésicas, pero se deja abierta la incertidumbre sobre las opciones efectivas que podrían constituir un “estándar de atención” de la analgesia.

El Dr. W ha observado que mentores y colegas describen la colocación del DIU a las pacientes como algo que causa cierta “presión o calambre, pero no un dolor agudo”. Pero el Dr. W ha observado a pacientes con dolor de moderado a intenso durante la colocación del DIU y sabe por la bibliografía que hablar del dolor por adelantado puede aumentar el dolor y la ansiedad de las pacientes.<sup>6</sup> El Dr. W considera que ocultar esa información, aunque pueda aumentar el dolor y la ansiedad durante la intervención, no es ético. El Dr. W se plantea cómo comunicar a JJ la inserción del DIU y si debe administrar analgesia antes de la intervención.

**Comentario**

Los DIU tienen beneficios anticonceptivos y no anticonceptivos. Los DIU son 99 % efectivos en la prevención del embarazo durante un año<sup>7</sup> y solo requieren un acto único de motivación e inserción para varios años de uso.<sup>8</sup> Los DIU de cobre ofrecen anticoncepción altamente efectiva hasta por 12 años; el DIU hormonal más común proporciona entre 3 y 6 años de anticoncepción igualmente efectiva.<sup>7</sup> Para la prevención del embarazo poscoital, la inserción de un DIU de cobre dentro de los cinco días posteriores a una relación sexual sin

protección es más efectiva que las pastillas de anticoncepción de emergencia. Los DIU hormonales también pueden ser efectivos para la anticoncepción de emergencia: un único ensayo demostró la no inferioridad del DIU de levonorgestrel frente al DIU de cobre para la anticoncepción poscoital.<sup>9</sup> Además, los DIU hormonales están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para tratar las hemorragias menstruales abundantes en mujeres que los utilizan como método anticonceptivo, y con frecuencia se recomienda su uso fuera de indicación para **reducir los problemas de hemorragia y la dismenorrea** en mujeres que no necesitan anticoncepción.<sup>10</sup>

El uso del DIU ha aumentado de manera drástica en los últimos 15 años en todas las mujeres, y en especial en las más jóvenes. En 2015-2017, el 14 % de las mujeres de entre 15 y 44 años que empleaban métodos anticonceptivos utilizaron un DIU.<sup>7</sup> Las mujeres de entre 25 y 34 años fueron las que más utilizaron el DIU (16 %). Los médicos también se han mostrado más receptivos a facilitar el uso del DIU en pacientes nulíparas más jóvenes. En 2013, solo el 63 % de los obstetras y ginecólogos pensaban que los DIU eran apropiados para mujeres nulíparas y el 43 % para adolescentes.<sup>7</sup> En cambio, en una encuesta de 2017, se observó que el 92 % de los obstetras y ginecólogos ofrecían DIU a pacientes menores de 21 años.<sup>7</sup>

Aunque la ampliación del número de candidatos elegibles para una anticoncepción segura, efectiva y de acción prolongada ha mejorado el acceso, esta ampliación ha tenido consecuencias imprevistas. Si bien el mayor riesgo de dolor en la inserción no es una contraindicación para el uso del DIU, el dolor con la colocación del DIU es común en pacientes nulíparas.<sup>4</sup> A medida que más mujeres jóvenes nulíparas eligen un DIU, abundan las historias en las redes sociales de experiencias personales, negativas y dolorosas de pacientes con inserciones de DIU,<sup>1</sup> lo que aumenta la conciencia profesional sobre la necesidad de abordar el tema. El objetivo de este artículo es debatir las pruebas actuales sobre la efectividad de la mitigación del dolor con la inserción del DIU y, dada la falta de pruebas sólidas, fomentar conversaciones centradas en la paciente para ayudar a orientar la toma de decisiones sobre la anticoncepción y el tratamiento del dolor.

### **Tratamiento del dolor durante la inserción del DIU**

En la inserción del DIU, el dolor ocurre con la colocación de un tenáculo (un instrumento para estabilizar el cuello uterino), al pasar una sonda uterina (un instrumento para medir la profundidad del útero) y al insertar el DIU a través del orificio cervical interno.

En la actualidad, no existe un tratamiento estándar para el tratamiento del dolor asociado a la colocación de un DIU en mujeres nulíparas adultas, ya que se carece de intervenciones efectivas y basadas en la evidencia para el alivio del dolor. Las pruebas sugieren la falta de efectividad del misoprostol para su uso rutinario en la reducción del dolor en el paso de instrumentos y del DIU a través del orificio interno y en la reducción del dolor asociado a la inserción del DIU.<sup>2,3</sup> Mientras que los antiinflamatorios no esteroideos, como el naproxeno sódico oral y el ketorolaco, no reducen el dolor durante la inserción del DIU, sí reducen el dolor después de la inserción.<sup>2,3,4</sup> Se ha demostrado que el tramadol oral (un opioide) produce una diferencia clínicamente significativa en el dolor inmediatamente después de la inserción en comparación con un placebo.<sup>2</sup> Algunas formulaciones de lidocaína pueden disminuir el dolor durante o poco después de la inserción del DIU en grupos específicos, aunque las pruebas se basan en estudios únicos.<sup>3</sup> Dado que las revisiones sistemáticas de la lidocaína tópica (gel, crema) y la lidocaína inyectada en forma de bloqueo paracervical muestran una leve efectividad en la reducción del dolor tanto con el tenáculo como con la colocación del DIU,<sup>3</sup> la combinación de un anestésico tópico y un bloqueo inyectado también puede ser útil para reducir el dolor durante toda la intervención. En general, las pruebas son escasas y no concluyentes; se deberían realizar más estudios.<sup>2,3,4</sup> De hecho, el Colegio

Americano de Obstetras y Ginecólogos afirma que se necesita más investigación para definir intervenciones realmente efectivas.<sup>11</sup>

También faltan pruebas sobre la efectividad de las intervenciones no farmacológicas para controlar la ansiedad y el dolor durante la inserción del DIU. Una revisión sistemática no mostró ninguna reducción del dolor entre las intervenciones no farmacológicas, pero se consideró que los estudios eran de mala calidad.<sup>2</sup> No obstante, existen algunas pruebas de la efectividad de las intervenciones no farmacológicas. La preparación informativa puede disminuir la percepción del dolor por parte de los pacientes, y la “verbicaína”, como la tranquilización y la distracción durante la intervención de inserción, puede reducir la ansiedad.<sup>12</sup> La inhalación de lavanda demostró disminuir la ansiedad durante la inserción del DIU en un ensayo controlado aleatorio, pero no disminuyó el dolor tras la inserción del DIU.<sup>2</sup> En general, las conclusiones de varias revisiones sistemáticas no son concluyentes y demuestran la necesidad de realizar más investigaciones sobre estrategias efectivas para el tratamiento del dolor durante la inserción del DIU.

### Recomendaciones

Una actualización reciente de las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. cambió de manera significativa la orientación sobre el tratamiento del dolor durante la inserción del DIU.<sup>13</sup> Si bien se reconoce que el bloqueo paracervical y los anestésicos locales tópicos “podrían” reducir el dolor de la inserción del DIU, el principal cambio en las recomendaciones es la gran importancia que se concede a que los médicos individualicen la **conversación sobre el consentimiento informado con cada paciente** para lo cual deben conocer sus preocupaciones y experiencias previas y explorar sus expectativas y opciones, y reconocer que “la experiencia del dolor es individualizada y puede estar influida por experiencias previas, incluidos traumas y trastornos mentales, como la depresión o la ansiedad”.<sup>13</sup>

Al abordar a un paciente nulípara que se presenta para la inserción de un DIU, es importante realizar los siguientes pasos para proporcionar una atención centrada en el paciente.

*Incorporar experiencias previas en los antecedentes del paciente.* Recopile antecedentes centrados en experiencias previas que puedan tener un impacto en el dolor de la inserción del DIU, como antecedentes de dolor con exámenes pélvicos u otras experiencias ginecológicas, violencia de pareja o sexual, ansiedad y depresión, y alto nivel de dolor anticipado.

*Incorporar el dolor en el consentimiento informado.* El personal de la clínica debe alertar a los pacientes sobre las molestias de la inserción del DIU y, en función de los deseos del paciente, discutir las diversas opciones de alivio del dolor, desde la no intervención hasta la analgesia tópica con o sin bloqueo paracervical y las opciones de sedación avanzada, incluida la sedación oral, la sedación intravenosa (IV) moderada y la anestesia general. Algunas pruebas demuestran que las intervenciones que aumentan la empatía pueden reducir el dolor del paciente.<sup>14</sup> Cuando se discuten las opciones de control del dolor, los médicos deben involucrar a los pacientes en una conversación de toma de decisiones compartida sobre las diferentes opciones de tratamiento del dolor, las expectativas de dolor y las expectativas de la intervención (p. ej., duración, mayor dolor experimentado) y obtener sus valores y preferencias.

Como parte de la toma de decisiones compartida, los médicos deben abordar de forma proactiva las preocupaciones de los pacientes sobre el control del dolor e individualizar las intervenciones. En el caso de los pacientes con ansiedad, pero que no manifiestan un alto

nivel de preocupación, las intervenciones de comunicación pueden tener un efecto pequeño pero significativo sobre el dolor agudo.<sup>14</sup> Los médicos también pueden ofrecer a estos pacientes anestesia tópica, bloqueo paracervical o sedación oral, aunque estas opciones solo se asocian a ligeras reducciones del dolor. En un estudio de pacientes, en su mayoría nulíparas, que recibieron algún tipo de anestesia local antes de la inserción del DIU, el 42 % experimentó “molestias mínimas/nada” y el 41 % se sintió “incómoda”. El dolor era aceptable para la mayoría de los encuestados.<sup>15</sup>

Algunas pacientes requieren opciones avanzadas de sedación. Entre las pacientes que pueden necesitar estas opciones avanzadas se incluyen aquellas con traumas previos con intervenciones ginecológicas, antecedentes de agresión sexual, experiencias infantiles adversas o retraso en el desarrollo. Las conversaciones sobre experiencias previas con **exámenes pélvicos** e intervenciones ginecológicas pueden ayudar a determinar la comodidad de las pacientes y su preparación para la inserción del DIU. Entre las opciones más intensivas de control del dolor se incluye la sedación IV si ese nivel de sedación está disponible en la clínica o si los médicos pueden derivar a los pacientes a centros que proporcionen sedación IV ambulatoria. Del mismo modo, es posible que algunas intervenciones se realicen en el quirófano bajo sedación profunda. Sin embargo, la sedación IV no se ha estudiado ampliamente,<sup>16</sup> ya que requiere muchos recursos, dada la carga normativa que supone el almacenamiento de opioides, la necesidad de transporte a casa y la necesidad de recursos adicionales de personal de enfermería. Dado que la sedación IV no se ofrece con frecuencia, los médicos deben considerar la posibilidad de identificar centros de referencia para el subconjunto de pacientes que necesitan esa atención. Sea cual sea la elección del paciente, los médicos deben crear un entorno de apoyo y asegurarse de que el paciente sepa que tiene control sobre la intervención y que puede solicitar que se interrumpa o abandone en cualquier momento.<sup>14</sup>

*Evitar un enfoque de “talla única” para el tratamiento del dolor.* Es posible que algunas pacientes no deseen ninguna modalidad de control del dolor. Otras, las que tienen dificultades con los exámenes con espéculo, sufren ansiedad, tienen antecedentes de traumatismo, padecen dolor pélvico crónico o dolor sexual, o están en el posparto, experimentan más dolor con la inserción del DIU y puede que no experimenten un control adecuado solo con analgesia.<sup>4</sup> El parto por cesárea previo, la dismenorrea, un alto grado de dolor esperado, la ansiedad y el mayor tamaño de la sonda de inserción pueden influir en el dolor percibido por la inserción del DIU.<sup>4</sup> Aunque se desconocen las ventajas de equivocarse a la hora de administrar analgesia antes de la colocación del DIU, los inconvenientes son claros: clínicamente, es posible que la analgesia no sea deseada por la paciente y que no sea efectiva; por lo tanto, éticamente, el médico debe dejar en manos de la paciente la decisión de recurrir o no a la analgesia. Desde el punto de vista ético, es razonable que una paciente reciba asesoramiento sobre las opciones de tratamiento del dolor y no elija ninguna de ellas.

### **Acceso al DIU**

La efectividad y seguridad del DIU convenció a muchos médicos de que es la mejor forma de anticoncepción, lo que llevó a que los pacientes percibieran el asesoramiento como directivo y coercitivo y a que se les presionara para adoptar el método.<sup>17</sup> Este fenómeno de presión implícita se ha documentado en un estudio cualitativo sobre la toma de decisiones en materia de anticoncepción<sup>18</sup> y destaca la importancia del asesoramiento no crítico y no directivo en la toma de decisiones compartida. Por otro lado, las mujeres con bajos ingresos que buscan métodos anticonceptivos en los centros de salud comunitarios siguen experimentando barreras a la hora de acceder a los DIU.<sup>7</sup>

Además, existen inequidades en el manejo del dolor en la inserción del DIU. Las investigaciones demuestran la existencia de sesgos raciales e inequidad en el tratamiento del dolor en Estados Unidos,<sup>19</sup> un fenómeno que se debe reconocer y abordar desde una perspectiva de equidad. Los estudios futuros que analicen el tratamiento del dolor durante la inserción del DIU deben incluir a diversas participantes y centrarse en resultados equitativos. Las expectativas también influyen en el grado de dolor que las pacientes consideran aceptable y sugieren la importancia de comprender las experiencias pasadas de las pacientes en los procesos de toma de decisiones compartidas. Otro factor que contribuye a la inequidad en el tratamiento del dolor es el costo. Muchas pacientes acceden a la atención en clínicas financiadas por el Título X que proporcionan anticonceptivos a mujeres con bajos ingresos. El tratamiento del dolor en la inserción del DIU, en particular con opioides, puede suponer un gasto adicional para las clínicas, dada la carga normativa. El requisito de ofrecer opciones de tratamiento del dolor costosas y no basadas en la evidencia podría crear una barrera más para el acceso al DIU en entornos que ya disponen de pocos recursos. Otras barreras que limitan el acceso al DIU son la falta de conocimientos, formación y confianza de los profesionales de la salud con respecto a la inserción del DIU.<sup>20</sup> Dado que existen pocas contraindicaciones para la colocación del DIU, se deben realizar más esfuerzos para educar a los profesionales de la salud sobre los riesgos y beneficios de los DIU.

### Conclusión

Los médicos deben respetar la autonomía de la paciente y centrarse en el asesoramiento centrado en la paciente y en la toma de decisiones compartida al debatir y aplicar estrategias de tratamiento del dolor para la inserción del DIU, de modo que se fomente la satisfacción de las pacientes con la intervención y con sus interacciones dentro del sistema de atención médica.

### References

1. Wu J, Trahair E, Happ M, Swartz J. TikTok, #IUD, and user experience with intrauterine devices reported on social media. *Obstet Gynecol.* 2023;141(1):215-217.
2. Nguyen L, Lamarche L, Lennox R, et al. Strategies to mitigate anxiety and pain in intrauterine device insertion: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(9):1138-1146.e2.
3. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD007373.
4. Gemzell-Danielsson K, Jensen JT, Monteiro I, et al. Interventions for the prevention of pain associated with the placement of intrauterine contraceptives: an updated review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(12):1500-1513.
5. Allen RH, Bartz D, Grimes DA, Hubacher D, O'Brien P. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD007373.
6. Hunter TA, Sonalkar S, Schreiber CA, Perriera LK, Sammel MD, Akers AY. Anticipated pain during intrauterine device insertion. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(1):27-32.
7. Intrauterine devices (IUDs): access for women in the US. Kaiser Family Foundation. September 9, 2020. Accessed January 9, 2025. <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/intrauterine-devices-iuds-access-for-women-in-the-u-s/>
8. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice Bulletin number 186. Long-acting reversible contraception implants and intrauterine devices. American College of Obstetricians and Gynecologists. November 2017. Accessed March 25, 2024. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/11/long-acting-reversible-contraception-implants-and-intrauterine-devices>

9. Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs copper intrauterine devices for emergency contraception. *N Engl J Med*. 2021;384(4):335-344.
10. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):31-44.
11. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion number 672: clinical challenges of long-acting reversible contraceptive methods. American College of Obstetricians and Gynecologists. September 2016. Accessed January 8, 2025. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/09/clinical-challenges-of-long-acting-reversible-contraceptive-methods>
12. McCarthy C. Intrauterine contraception insertion pain: nursing interventions to improve patient experience. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):9-21.
13. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(3):1-77.
14. Mistiaen P, van Osch M, van Vliet L, et al. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2016;20(5):675-688.
15. Akintomide H, Brima N, Sewell RD, Stephenson JM. Patients' experiences and providers' observations on pain during intrauterine device insertion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(4):319-326.
16. Toledano RD, Kodali BS, Camann WR. Anesthesia drugs in the obstetric and gynecologic practice. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(2):93-100.
17. Semuels A. "I don't have faith in doctors anymore." Women say they were pressured into long-term birth control. *Time*. May 13, 2024. Accessed October 28, 2024. <https://time.com/6976918/long-term-birth-control-reproductive-coercion/>
18. Gomez AM, Wapman M. Under (implicit) pressure: young Black and Latina women's perceptions of contraceptive care. *Contraception*. 2017;96(4):221-226.
19. Schoenthaler A, Williams N. Looking beneath the surface: racial bias in the treatment and management of pain. *JAMA Netw Open*. 2022;5(6):e2216281.
20. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB; Intrauterine Contraception for Nulliparous Women: Translating Research into Action (INTRA) Group. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012;17(5):340-350.

**Veronica Hutchison, MD** es residente en obstetricia y ginecología en la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón en Portland. Le apasiona la salud y la justicia reproductivas, y ha participado en numerosas actividades para promover la atención centrada en el paciente.

**Eve Espey, MD, MPH** es presidenta del Departamento de Obstetricia y Ginecología y forma parte de la facultad especializada en planificación familiar compleja en la Universidad de Nuevo México en Albuquerque. Tiene un gran interés en expandir el acceso a la salud reproductiva en colaboración con socios comunitarios.

**Editor's Note**

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

**Citation**

*AMA J Ethics.* 2025;27(2):E72-78.

**DOI**

10.1001/amajethics.2025.72.

**Conflict of Interest Disclosure**

Authors disclosed no conflicts of interest.

*The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.*