

**MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Qué tiene que ver nuestra tolerancia al mal tratamiento del dolor de los pacientes con la inequidad en el reembolso de las intervenciones ginecológicas realizadas en consultorios?**

Nishita Pondugula, MS, Parmida Maghsoudlou, Vardit Ravitsky, PhD y Louise P. King, MD, JD

**Resumen**

Las intervenciones ginecológicas en consultorio (OBGP, por sus siglas en inglés) se reembolsan a tarifas más bajas que las intervenciones similares de urología y dermatología en consultorio. Pero existe un “currículo oculto” más amplio en la formación de las profesiones sanitarias que perpetúa la aceptación por parte de los médicos y las organizaciones de estos patrones de reembolso deficiente, desincentiva la investigación sobre la mejora del tratamiento del dolor en la OBGP y exacerba la tolerancia al mal control del dolor de las pacientes en la OBGP. Este artículo sugiere estrategias para un reembolso equitativo que probablemente también motiven un control del dolor mejor y más equitativo en la OBGP.

*La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de 1 AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el [AMA Ed Hub™](#). Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.*

**Intervenciones ginecológicas en consultorio**

Las intervenciones en el consultorio ofrecen muchas ventajas sobre las que requieren un quirófano, como costos más bajos, programación más sencilla, menos barreras administrativas y menos riesgos potenciales.<sup>1,2</sup> Sin embargo, varios estudios han demostrado que las intervenciones ginecológicas en consultorio (OBGP) causan un dolor significativo mal controlado en algunas pacientes. Por ejemplo, en un estudio de los 100 TikToks más vistos relacionados con dispositivos intrauterinos (DIU) en abril de 2022, Wu et al descubrieron que el 96.8 % de los 31 videos sobre experiencias de pacientes con la inserción o extracción de DIU resaltaban el dolor y los efectos secundarios.<sup>3</sup> Cabe destacar que las pacientes podrían ser menos propensos a hacer TikToks sobre experiencias positivas con DIU, y las experiencias positivas probablemente recibirían menos visitas. Aunque las experiencias positivas eran menos probables de haber sido captadas en este estudio de los 100 TikToks más vistos relacionados con los DIU, se resalta una percepción pública del dolor durante las OBGP, que es importante que el personal clínico aborde y que está respaldada por otros estudios clínicos. En concreto, los testimonios de las pacientes han revelado una desconexión entre el dolor significativo experimentado durante las intervenciones (normalmente la inserción del DIU o las intervenciones de escisión electroquirúrgica con asa) y la minimización del dolor durante el asesoramiento previo.<sup>4,5</sup>

Los informes han destacado que, aunque algunos médicos perciben la histeroscopia como una intervención poco dolorosa, las pacientes suelen referir un dolor intenso.<sup>6</sup>

La Opinión número 672 del Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos reconoce la dificultad de un **control adecuado del dolor para la inserción del DIU** en el consultorio.<sup>7</sup> La opinión no menciona la sedación moderada en la consulta ni la anestesia en el quirófano como una opción.<sup>7</sup> El personal clínico que proporcionan OBGP suelen tener un acceso limitado o nulo al tiempo de bloque quirúrgico,<sup>8</sup> lo que dificulta la programación del quirófano. Hay pocos consultorios con capacidad para la sedación moderada en consulta, que requiere un profesional de nivel medio, espacio adicional y la capacidad de recuperar a las pacientes de la sedación moderada. Además, no se tiene en cuenta en la terminología actual de procedimientos ni en los códigos de Unidad de Valor Relativo (RVU, por sus siglas en inglés). Para las intervenciones que se realizan de forma rutinaria en el consultorio, muchas aseguradoras no cubren los costos asociados a la sedación moderada en el consultorio o a su programación como intervenciones en el quirófano.

En este artículo, se examinan los factores que contribuyen a que no se controle bien el dolor en las OBGP. Destacamos la importancia de los reembolsos y comparamos las tasas de reembolso por intervenciones realizadas en el consultorio (OBP, por sus siglas en inglés) para procedimientos similares en ginecología, urología y dermatología; exploramos las expectativas sociales y los estereotipos que contribuyen a la aceptación del dolor experimentado por las pacientes ginecológicas; asimismo, consideramos cómo los profesores modelan estas prácticas y los alumnos las interiorizan durante la formación curricular oculta, lo que probablemente genere angustia moral y agotamiento en los alumnos y debilite su empatía. En conjunto, estos factores contribuyen a reforzar la falta de ética y a aceptar un tratamiento inadecuado del dolor en las pacientes ginecológicas.

### **Comparación de los reembolsos por OBP**

Al igual que las consultas de ginecología, las consultas de dermatología y urología realizan muchas OBP y sirven como comparadores perspicaces.<sup>9</sup> El tratamiento del dolor en urología para las OBP incluye anestésicos locales como control del dolor de primera línea, sedación oral (p. ej., benzodiacepinas) para el dolor persistente o la ansiedad, óxido nitroso,<sup>10</sup> y, por último, anestesia general si la paciente rechaza una intervención en el consultorio.<sup>11,12,13,14,15,16,17,18</sup> En dermatología, los métodos habituales de tratamiento del dolor incluyen la anestesia local, que suele ser bloqueo de campo, bloqueo nervioso, bloqueo en ala e infiltración directa.<sup>19,20,21,22,23,24</sup> Al igual que en urología, en dermatología, si la anestesia local no es suficiente, la sedación durante la intervención sigue siendo una opción para garantizar una intervención dermatológica relativamente indolora.<sup>24</sup> Los subespecialistas en dermatología realizan en su consultorio la microcirugía de Mohs, una intervención quirúrgica para eliminar lesiones visibles en la piel. Si las lesiones son grandes, es posible que la anestesia local no sea suficiente para controlar el dolor; estos casos se derivan entonces a oncólogos quirúrgicos especializados para que realicen la eliminación completa de la lesión en el quirófano.<sup>23</sup> Tanto en urología como en dermatología, el control del dolor durante las intervenciones y una anestesia que responda adecuadamente se consideran importantes durante las OBP. No se han comparado directamente los **niveles de dolor experimentados por pacientes** que se someten a intervenciones ginecológicas, dermatológicas y urológicas, y sería difícil hacerlo, dada la naturaleza subjetiva de la percepción del dolor y las diferencias entre el dolor visceral y el cutáneo. Sin embargo, la falta de opciones de control del dolor que se ofrece a las pacientes ginecológicas contrasta claramente con las innumerables y adaptadas opciones que se ofrecen a las pacientes urológicas y dermatológicas.

La comparación de los porcentajes de reembolso de las tres especialidades evidencia que la ginecología está sistemáticamente infrafinanciada en comparación con la urología y la dermatología. Las RVU que establecen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) determinan las tarifas de reembolso de diversos encuentros e intervenciones médicas en términos del valor de un servicio o procedimiento en relación con todos los servicios y procedimientos. Un comité de la Asociación Médica Estadounidense calcula las RVU, que posteriormente los CMS revisan y suelen aceptar. Reflejan el trabajo del médico (tanto en tiempo como en intensidad), los gastos de la consulta y la protección de la responsabilidad civil. Las RVU para intervenciones en mujeres tienden a ser inferiores a las RVU para intervenciones similares en hombres y para intervenciones dermatológicas.<sup>25,26,27</sup> Es probable que esta inequidad sugiera la existencia de diversos factores, incluida la misoginia en relación tanto con las personas tratadas como con los médicos, ya que la mayoría de los ginecólogos y obstetras son mujeres. En resumen, sugerimos que la inequidad en el reembolso expresa la devaluación del “trabajo de las mujeres”.<sup>28</sup>

Creemos que corregir la inequidad en la facturación permitiría a los médicos y a otras personas crear métodos para mejorar el control del dolor en los consultorios. Como prueba de concepto, exploramos los cambios en el reembolso, la investigación y la práctica relacionados con la histeroscopia en el consultorio. En 2017, la RVU de CMS para la histeroscopia en el consultorio aumentó un 237 % para incentivar el traslado de este procedimiento del quirófano al consultorio.<sup>29,30</sup> Antes de 2017, los estudios mostraron que la razón más común para el fracaso del procedimiento de histeroscopia en el consultorio era el dolor.<sup>31,32,33</sup> Tras este cambio en el reembolso, se publicaron varios estudios que investigaban las intervenciones de manejo del dolor para la histeroscopia en el consultorio,<sup>34,35,36,37,38,39,40</sup> y varios estudios posteriores han evidenciado una mejora en el control del dolor para estos procedimientos.<sup>37,38,39,41,42,43</sup> La realización de histeroscopias en el consultorio y otros procedimientos como la ablación endometrial probablemente ha aumentado desde 2017, debido a un mejor control del dolor y al desarrollo de nuevas modalidades menos dolorosas para estas intervenciones.<sup>6,30,44</sup> Por lo tanto, los cambios en el reembolso de la histeroscopia en el consultorio han impulsado cambios en la práctica y tecnología innovadora que han resultado en un control del dolor mejor y adecuado para las pacientes.

Este caso concreto respalda nuestra hipótesis de que un reembolso adecuado y equitativo de las OBGP puede suponer un mejor control del dolor gracias a una tecnología novedosa. Aunque el aumento de las tasas de reembolso para las OBGP es solo un factor para mejorar el control del dolor, desde el punto de vista ético está justificado y quizá sea necesario. Sin embargo, siguen siendo necesarios cambios culturales y profesionales para garantizar que las quejas de dolor de las pacientes ginecológicas no se desestimen o minimicen en nuestro sistema médico capitalista.

### **Normas sobre el dolor basadas en los ingresos, el género y la raza**

La persistencia del dolor en las OBGP responde en parte a la discriminación, como revela la comparación de poblaciones de pacientes de ginecología, urología y dermatología. Los ginecólogos atienden a personas con útero (así como a muchas mujeres y minorías de género/sexuales sin útero) de diversos niveles socioeconómicos(NSE).<sup>45</sup> No obstante, varios estudios dermatológicos han revelado que la atención dermatológica ambulatoria es menos accesible para las personas con Medicaid que para las que tienen un seguro privado.<sup>46,47</sup> De hecho, el costo alto de la atención resultó ser la principal barrera para la atención dermatológica.<sup>48</sup> Un estudio reveló que cada \$ 10 000 de aumento en el ingreso familiar medio se asociaba con una reducción de 2.3 días en los tiempos de espera en las clínicas dermatológicas, lo que sugiere una mayor eficiencia sistémica para las pacientes de NSE

más alto.<sup>49</sup> Otro estudio reveló que las consultas de dermatología tienen más probabilidades de estar situadas en los códigos postales más ricos.<sup>50</sup> Por último, se observó que los ingresos, la situación del seguro y la educación, medidas del NSE, contribuyen a las disparidades en la sobrevivencia del melanoma.<sup>51</sup> En conjunto, estos estudios sugieren que la dermatología atiende de forma desproporcionada a pacientes de NSE más alto.<sup>47,48,51</sup> Y una creencia predominante es que las personas de NSE bajo sienten menos dolor que las personas de NSE alto.<sup>52</sup>

Es posible que la discriminación sexual también ayude a explicar la persistencia del dolor en las OBG. Por lo general, se asume que la población de pacientes de urología es mayoritariamente masculina, y que las pacientes femeninas se enfrentan a diferencias preocupantes.<sup>53,54,55</sup> Aunque los datos demográficos de los pacientes de urología en términos de género son difíciles de obtener, un estudio que investigaba la distribución por género de los pacientes en los registros de casos quirúrgicos según el género del urólogo descubrió que, entre 558 urólogos femeninos, el 54.5 % de sus pacientes eran mujeres, mientras que entre 6 058 urólogos masculinos, solo el 32.5 % de sus pacientes eran mujeres.<sup>53</sup> Y el dolor de las mujeres se subestima habitualmente en comparación con el de los hombres. Los estudios demuestran que las personas esperan que los hombres sean menos propensos a declarar dolor y más propensos a soportar un dolor mayor que las mujeres.<sup>56,57</sup> En consonancia con este punto de vista, los estudios han demostrado que los observadores son más propensos a calificar el dolor de los hombres como mayor que el de las mujeres, lo que suscita preocupación por la desestimación del dolor femenino debido a estereotipos de género,<sup>58,59</sup> en particular de las mujeres como histéricas o emocionales y como más propensas a presentar dolor psicógeno, contra el que mucho personal clínico tiene prejuicios.<sup>60,61</sup> Ahora bien, los estudios sobre las diferencias sexuales en la percepción física del dolor son controvertidos y arrojan resultados dispares.<sup>62,63</sup> A pesar de que es más probable que se desestime su dolor, las mujeres tienen una mayor carga de afecciones médicas asociadas al dolor.<sup>62,63</sup> Los estereotipos basados en el género y en los ingresos probablemente contribuyan a la escasez de ofertas realizadas y de investigaciones llevadas a cabo para controlar el dolor de las pacientes ginecológicas.

La falta de un control adecuado del dolor y el hecho de no creer la expresión del propio dolor por parte de la paciente se agravan en el caso de las personas de color. Un estudio de 2016 demostró que aproximadamente el 50 % de los médicos blancos en formación creían que los negros sentían menos dolor que los blancos.<sup>64,65</sup> Además, un estudio de 2019 descubrió que las pacientes negras y latinas experimentaban dolores más intensos que las pacientes blancas y asiáticas, aunque a las pacientes de los tres grupos minoritarios se les prescribían menos analgésicos tras el parto por cesárea que a las pacientes blancas.<sup>66</sup> Estas prácticas desiguales se han atribuido a la ideología racista, incluida la “resistencia obstétrica”: la inquietante pero aún predominante idea de que las mujeres negras son relativamente indiferentes a los dolores esperados del trabajo de parto y el parto. También se han atribuido a las creencias falsas respecto a la hiperfertilidad de las mujeres negras, la “pelvis primitiva” negra, la ausencia de endometriosis en las pacientes negras y la menor sensibilidad en los tejidos vaginales de las mujeres negras.<sup>67,68</sup>

Por consiguiente, la falta de un control adecuado del dolor para las OBG pone de manifiesto los **sistemas interseccionales de opresión**, incluidos el clasismo, el sexismo y el racismo, que contribuyen a la escasa remuneración de las OBG y a una cultura médica que perpetúa y normaliza el dolor en las pacientes ginecológicas.<sup>69,70</sup> Entre las opciones para abordar el reembolso desigual a las OBG se incluye una transformación más amplia del sistema de atención médica de EE. UU., una consideración que merece un análisis más sólido, y la creación de tasas de reembolso equitativas para las OBG, lo que permitiría y

animaría a los médicos a utilizar una mayor variedad de opciones y herramientas de tratamiento del dolor para garantizar la comodidad de sus pacientes.

Por último, las pacientes con antecedentes de traumas sexuales y violencia interpersonal deben ser tratados con mayor sensibilidad, incluido el tratamiento adecuado del dolor. En una encuesta de 2016-2017, el 19.6 % de las mujeres estadounidenses informaron de violencia sexual por parte de una pareja íntima, mientras que el 7.6 % de los hombres informaron de lo mismo.<sup>71</sup> Sin embargo, el dolor persiste en mayor grado en el ámbito ginecológico que en el urológico a pesar de una mayor prevalencia de trauma sexual en pacientes ginecológicos predominantemente femeninos. Aunque es importante atender adecuadamente a todas las personas con traumas sexuales, la mayor prevalencia de la violencia sexual en las mujeres que en los hombres evidencia la necesidad relativamente mayor de una atención informada sobre el trauma en los entornos ginecológicos, lo que requiere un reembolso equitativo para apoyar un control del dolor apropiado y adecuado.<sup>72</sup>

### **Currículo oculto en la formación**

Las tendencias de inequidad estructural descritas anteriormente contribuyen a las normas para las OBG que se enseñan a los alumnos. La educación que implica “lecciones aprendidas que están arraigadas en la cultura y no se pretenden explícitamente”<sup>73</sup> se denomina currículo oculto.<sup>73,74,75</sup> Los estudios han demostrado que los prejuicios raciales y de género pueden ser prominentes en los denominados currículos ocultos de las profesiones sanitarias.<sup>67,76,77,78,79</sup> Las “tradiciones” orales que transmiten estereotipos, cuestionables desde el punto de vista ético, perpetúan los prejuicios que influyen en la atención a los pacientes.<sup>67,79</sup> Los currículos ocultos no solo afectan a las pacientes, sino que también contribuyen a la angustia, el agotamiento y la disminución de la empatía en los médicos en formación.<sup>73,80,81,82</sup> En términos más generales, el agotamiento y la angustia moral de los médicos se han asociado a una disminución de la empatía,<sup>73,80,83,84,85,86,87</sup> y una empatía comprometida puede confundir las percepciones de los médicos sobre lo que las pacientes merecen de ellos, lo cual puede comprometer la calidad del tratamiento del dolor.

En particular, en obstetricia y ginecología, se ha determinado que el currículo oculto contribuye al maltrato de los alumnos. Los estudios han demostrado que los estudiantes de medicina informan de tasas de malos tratos en las prácticas de obstetricia y ginecología de hasta el 25 %<sup>88</sup> lo que se ha atribuido a los entornos estresantes, las situaciones de máxima intensidad habituales en el trabajo de parto y el parto, y los fallos de comunicación.<sup>89</sup> Tras los esfuerzos de la Asociación de Profesores de Ginecología y Obstetricia por destacar las consecuencias positivas del currículo oculto y minimizar las negativas,<sup>90</sup> la cultura de la formación en obstetricia y ginecología cambiará. En un estudio sobre un taller dirigido al profesorado de obstetricia y ginecología para abordar los elementos negativos del currículo oculto, como el maltrato y la negligencia, se observó que la mayoría del profesorado era más consciente de los elementos negativos y se comprometía a cambiar sus interacciones con los alumnos después del taller.<sup>91</sup> No obstante, la influencia del currículo oculto en el control del dolor durante las OBG debe estudiarse más a fondo. El establecimiento de un reembolso equitativo para las OBG permitiría tanto a los médicos tratantes como a los alumnos la opción de centrarse en la comodidad de la paciente durante las intervenciones, con lo que se fomentaría una cultura que se niega a aceptar el dolor habitual y mal controlado.

La angustia moral, que se presenta en situaciones en las que los médicos no pueden tomar medidas para hacer el bien o evitar daños debido a restricciones institucionales, aún no se ha estudiado en los alumnos que realizan OBG.<sup>92,93</sup> Los médicos en formación son particularmente vulnerables a la angustia moral,<sup>94</sup> que se ha observado en residentes que

ejecutan decisiones de atención al final de la vida con las que no están de acuerdo.<sup>85</sup> En 2017, la tasa de agotamiento entre los residentes de obstetricia y ginecología era alta, del 51.2 %, y los residentes de obstetricia y ginecología también tenían altas tasas de otros problemas de bienestar autoidentificados.<sup>95</sup> Un estudio más antiguo de 2004 que comparaba las tasas de agotamiento de las especialidades descubrió que la tasa de agotamiento de los residentes generales era del 50 %, en comparación con una tasa del 75 % en obstetricia y ginecología.<sup>96</sup> La encuesta anual de Medscape sobre el agotamiento de los médicos muestra que la obstetricia y la ginecología están empatadas en segundo lugar con la oncología, con una tasa de agotamiento del 53 %, solo superada por la medicina de urgencias con un 63 %.<sup>97</sup> Estas tasas de agotamiento tan elevadas en obstetricia y ginecología requieren una investigación. Los residentes que consideran incorrecto infligir dolor a los pacientes durante las intervenciones médicas pueden experimentar angustia moral durante las OBGp dolorosas porque carecen de opciones de anestesia de fácil acceso y efectivas. Esta angustia moral relacionada con infligir dolor podría ser uno de los factores que contribuyen a las elevadas tasas de agotamiento en obstetricia y ginecología. Los futuros trabajos de nuestro grupo investigarán cómo la realización de las OBGp sin la anestesia adecuada afecta a los ginecólogos en formación y a los médicos establecidos.

### Conclusión

En este artículo, se sintetizan los factores que se entrecruzan y los sistemas de opresión que contribuyen al dolor continuo de una subpoblación significativa de pacientes que se someten a las OBGp. Las tasas de reembolso de las OBP varían: las intervenciones ginecológicas se **reembolsan a una tasa inferior** que las urológicas y dermatológicas. El reembolso influye en el control del dolor que se puede ofrecer en el consultorio y, por lo tanto, en la formación de los médicos. Además, los estereotipos de género en medicina contribuyen a la aceptación del dolor femenino en la práctica clínica. Por último, los alumnos aprenden a aceptar el escaso reembolso y el mal control del dolor en las OBGp a través del currículo oculto. En el futuro, se evaluará si la realización de las OBGp dolorosas genera angustia moral y agotamiento y disminuye la empatía en los ginecólogos en formación y en los médicos ya establecidos. El dolor evitable durante las OBGp se debe abordar mediante la resolución de los factores estructurales y sociales pertinentes para garantizar un control adecuado del dolor y la comodidad de todos los pacientes durante las OBGp.

### References

1. Osman BM, Shapiro FE. Office-based anesthesia: a comprehensive review and 2019 update. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(2):317-331.
2. Ahmad G, Attarbashi S, O'Flynn H, Watson AJS. Pain relief in office gynaecology: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;155(1):3-13.
3. 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.
4. Akintomide H, Brima N, Sewell RDE, Stephenson JM. Patients' experiences and providers' observations on pain during intrauterine device insertion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(4):319-326.
5. Giovannetti O, Tomalty D, Greco S, et al. Patient and provider perspectives on LEEP/LLETZ treatment and outcomes: an interview study. *J Sex Med*. 2023;20(7):977-990.
6. Guraslan H, Senturk MB, Dogan K, et al. Diagnostic office hysteroscopy; why is it still painful procedure despite the surgical experience and mini-hysteroscope? *J Obstet Gynaecol Res*. 2022;48(6):1418-1425.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice; Long-Acting Reversible Contraceptive Expert Work Group. Committee Opinion no 672: clinical challenges of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstet Gynecol.* 2016;128(3):e69-e77.
8. Wortman M. Instituting an office-based surgery program in the gynecologist's office. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(6):673-683.
9. Hashim H, Abrams P, Dmochowski R, eds. *The Handbook of Office Urological Procedures.* Springer; 2008.
10. Gopalakrishna A, Bole R, Lipworth R, et al. Use of nitrous oxide in office-based urologic procedures: a review. *Urology.* 2020;143:33-41.
11. Gleason JL. Cystoscopy and other urogynecologic procedures. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013;40(4):773-785.
12. Steele GS. Radical inguinal orchiectomy for testicular germ cell tumors. UpToDate®. Updated October 31, 2023. Accessed March 14, 2024. [https://www.uptodate.com/contents/radical-inguinal-orchiectomy-for-testicular-germ-cell-tumors?search=radical%20orchiectomy&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/radical-inguinal-orchiectomy-for-testicular-germ-cell-tumors?search=radical%20orchiectomy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
13. Raghavendra M, Buck T. Testicle and epididymis anesthesia: overview, indications, contraindications. *Medscape.* June 6, 2022. Accessed March 14, 2024. <https://emedicine.medscape.com/article/82983-overview#a4>
14. Sanchez CK, Riley T. Vasectomy: anesthesia and postoperative pain control. *US Pharmacist.* September 17, 2014. Accessed March 14, 2024. <https://www.uspharmacist.com/article/vasectomy-anesthesia-and-postoperative-pain-control>
15. Sharlip ID, Belker AM, Honig S, et al; American Urological Association. Vasectomy: AUA guideline. *J Urol.* 2012;188(6)(suppl):2482-2491.
16. Walker MR, Kallingal GJS, Musser JE, Folen R, Stetz MC, Clark JY. Treatment efficacy of virtual reality distraction in the reduction of pain and anxiety during cystoscopy. *Mil Med.* 2014;179(8):891-896.
17. Ozkan TA, Koprulu S, Karakose A, Dillioglulugil O, Cevik I. Does using alprazolam during outpatient flexible cystoscopy decrease anxiety and pain? *Arch Esp Urol.* 2017;70(9):800-805.
18. Velez D, Pagani R, Mima M, Ohlander S. Vasectomy: a guidelines-based approach to male surgical contraception. *Fertil Steril.* 2021;115(6):1365-1368.
19. Hugh JM. Minor dermatologic procedures. UpToDate®. Updated August 9, 2023. Accessed March 15, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/minor-dermatologic-procedures/print>
20. Alguire PC, Mathes BM, Gurnee E. Skin biopsy techniques. UpToDate®. Updated April 25, 2024. Accessed March 15, 2024. [https://www.uptodate.com/contents/skin-biopsy-techniques?topicRef=109151&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/skin-biopsy-techniques?topicRef=109151&source=see_link)
21. Rich P. Principles and overview of nail surgery. UpToDate®. Updated July 31, 2023. Accessed March 15, 2024. [https://www.uptodate.com/contents/principles-and-overview-of-nail-surgery?topicRef=109151&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/principles-and-overview-of-nail-surgery?topicRef=109151&source=see_link)
22. Baum CL. Fusiform/elliptical excision. UpToDate®. Updated April 3, 2024. Accessed March 15, 2024. [https://www.uptodate.com/contents/fusiform-elliptical-excision?topicRef=109151&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/fusiform-elliptical-excision?topicRef=109151&source=see_link)
23. Nehal K, Lee E. Mohs surgery. UpToDate®. Updated February 23, 2024. Accessed March 15, 2024. [https://www.uptodate.com/contents/mohs-surgery?topicRef=109151&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/mohs-surgery?topicRef=109151&source=see_link)
24. Hsu DC. Subcutaneous infiltration of local anesthetics. UpToDate®. Updated January 18, 2024. Accessed January 15, 2025.

[https://www.uptodate.com/contents/subcutaneous-infiltration-of-local-anesthetics?topicRef=13707&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/subcutaneous-infiltration-of-local-anesthetics?topicRef=13707&source=see_link)

25. Watson KL, King LP. Double discrimination, the pay gap in gynecologic surgery, and its association with quality of care. *Obstet Gynecol*. 2021;137(4):657-661.
26. PFS Relative Value files. CMS.gov. Updated June 6, 2024. Accessed June 10, 2024. <https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-schedules/physician/pfs-relative-value-files>
27. Polan RM, Barber EL. Reimbursement for female-specific compared with male-specific procedures over time. *Obstet Gynecol*. 2021;138(6):878-883.
28. Temkin SM, Salles A, Barr E, Leggett CB, Reznick JS, Wong MS. "Women's work": gender and the physician workforce. *Soc Sci Med*. 2024;351(suppl 1):116556.
29. Fielden AD, Braden JM, Brooks D, Dunlow SG, Lockrow EG, Endicott S. Evaluating the impact of office hysteroscopy in a military treatment facility. *Mil Med*. 2020;185(9-10):e1686-e1692.
30. Committee on Gynecologic Practice. The use of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology: ACOG Committee Opinion, number 800. American College of Obstetricians and Gynecologists. March 2020. Accessed March 21, 2024. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/03/the-use-of-hysteroscopy-for-the-diagnosis-and-treatment-of-intrauterine-pathology>
31. del Valle C, Solano JA, Rodríguez A, Alonso M. Pain management in outpatient hysteroscopy. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2016;5(4):141-147.
32. De Iaco P, Marabini A, Stefanetti M, Del Vecchio C, Bovicelli L. Acceptability and pain of outpatient hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000;7(1):71-75.
33. de Carvalho Schettini JA, Ramos de Amorim MM, Ribeiro Costa AA, Albuquerque Neto LC. Pain evaluation in outpatients undergoing diagnostic anesthesia-free hysteroscopy in a teaching hospital: a cohort study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(6):729-735.
34. Genovese F, D'Urso G, Di Guardo F, et al. Failed diagnostic hysteroscopy: analysis of 62 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;245:193-197.
35. Abdallah KS, Gadalla MA, Breijer M, Mol BWJ. Uterine distension media for outpatient hysteroscopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;(11):CD006604.
36. Baradwan S, Khalil M, Alshahrani MS, et al. Warm saline effectiveness for pain relief in office hysteroscopy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022;48(7):1523-1530.
37. Khoiwal K, Zaman R, Bahurupi Y, Gaurav A, Chaturvedi J. Comparison of vaginoscopic hysteroscopy and traditional hysteroscopy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;164(1):47-55.
38. De Silva PM, Carnegie A, Smith PP, Clark TJ. Local anaesthesia for office hysteroscopy: a systematic review & meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:70-81.
39. De Silva PM, Mahmud A, Smith PP, Clark TJ. Analgesia for office hysteroscopy: a systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(5):1034-1047.
40. Ghamry NK, Samy A, Abdelhakim AM, et al. Evaluation and ranking of different interventions for pain relief during outpatient hysteroscopy: a systematic review and network meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020;46(6):807-827.
41. Barel O, Preuss E, Stolovitch N, Weinberg S, Barzilay E, Pansky M. Addition of lidocaine to the distension medium in hysteroscopy decreases pain during the procedure—a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021;28(4):865-871.

42. Cornelissen LGH, Kortekaas JC, Schoot BC, van Vliet HAAM. Four year evaluation of therapeutic hysteroscopy under procedural sedation in an outpatient clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;261:65-71.
43. De Silva PM, Stevenson H, Smith PP, Clark TJ. Pain and operative technologies used in office hysteroscopy: a systematic review of randomized controlled trials. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(10):1699-1711.
44. Curlin H, Cook E. Endometrial ablation in the office setting. *Contemp OB/GYN J.* 2022;67(11):8-12.
45. Dall TM, Chakrabarti R, Storm MV, Elwell EC, Rayburn WF. Estimated demand for women's health services by 2020. *J Womens Health (Larchmt).* 2013;22(7):643-648.
46. Creadore A, Desai S, Li SJ, et al. Insurance acceptance, appointment wait time, and dermatologist access across practice types in the US. *JAMA Dermatol.* 2021;157(2):181-188.
47. Tripathi R, Knusel KD, Ezaldein HH, Scott JF, Bordeaux JS. Association of demographic and socioeconomic characteristics with differences in use of outpatient dermatology services in the United States. *JAMA Dermatol.* 2018;154(11):1286-1291.
48. Zaino ML, Purvis CG, Bray JK, Hrin ML, Ahn CS, Feldman SR. The impact of demographic and socioeconomic status on patient perception of barriers to outpatient dermatologic care. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87(4):864-865.
49. Mazmudar RS, Gupta N, Xiang L, Tripathi R, Bordeaux JS, Scott JF. Practices in higher-income communities are associated with shorter dermatologist wait times: a cross-sectional simulated telephone call study. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(3):911-912.
50. Benlagha I, Nguyen BM. Changes in dermatology practice characteristics in the United States from 2012 to 2017. *JAAD Int.* 2021;3:92-101.
51. Sitenga JL, Aird G, Ahmed A, Walters R, Silberstein PT. Socioeconomic status and survival for patients with melanoma in the United States: an NCDB analysis. *Int J Dermatol.* 2018;57(10):1149-1156.
52. Summers KM, Deska JC, Almaraz SM, Hugenberg K, Lloyd EP. Poverty and pain: low-SES people are believed to be insensitive to pain. *J Exp Soc Psychol.* 2021;95:104116.
53. Oberlin DT, Vo AX, Bachrach L, Flury SC. The gender divide: the impact of surgeon gender on surgical practice patterns in urology. *J Urol.* 2016;196(5):1522-1526.
54. Amir H, Beri A, Yechiely R, Amir Levy Y, Shimonov M, Groutz A. Do urology male patients prefer same-gender urologist? *Am J Mens Health.* 2018;12(5):1379-1383.
55. Talton W, Lindner H, Rovito MJ. Increasing urologic care ratios: implications of male patient care in Florida. *Am J Mens Health.* 2018;12(6):2029-2036.
56. Robinson ME, Riley JL 3rd, Myers CD, et al. Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *J Pain.* 2001;2(5):251-257.
57. Robinson ME, Gagnon CM, Dannecker EA, Brown JL, Jump RL, Price DD. Sex differences in common pain events: expectations and anchors. *J Pain.* 2003;4(1):40-45.
58. Earp BD, Monrad JT, LaFrance M, Bargh JA, Cohen LL, Richeson JA. Featured article: gender bias in pediatric pain assessment. *J Pediatr Psychol.* 2019;44(4):403-414.
59. Zhang L, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD. Gender biases in estimation of others' pain. *J Pain.* 2021;22(9):1048-1059.
60. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics.* 2001;29(1):13-27.
61. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave men" and "emotional women": a theory-guided literature review on gender bias in health care and

- gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag.* 2018;2018:6358624.
62. Mogil JS. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nat Rev Neurosci.* 2012;13(12):859-866.
  63. Sorge RE, Strath LJ. Sex differences in pain responses. *Curr Opin Physiol.* 2018;6:75-81.
  64. Villarosa L. How false beliefs in physical racial difference still live in medicine today. *New York Times.* August 14, 2019. Accessed March 16, 2024. <https://www.nytimes.com/interactive/2019/08/14/magazine/racial-differences-doctors.html>
  65. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2016;113(16):4296-4301.
  66. Johnson JD, Asiodu 4th, McKenzie CP, et al. Racial and ethnic inequities in postpartum pain evaluation and management. *Obstet Gynecol.* 2019;134(6):1155-1162.
  67. Bridges KM. The “primitive pelvis,” racial folklore, and atavism in contemporary forms of medical disenfranchisement. In: *Reproducing Race: An Ethnography of Pregnancy as a Site of Racialization.* University of California Press; 2011:103-143.
  68. Owens DC, Fett SM. Black maternal and infant health: historical legacies of slavery. *Am J Public Health.* 2019;109(10):1342-1345.
  69. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299.
  70. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum.* 1989;1989(1):139-167.
  71. Leemis RW, Friar N, Khatiwada S, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 report on intimate partner violence. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. October 2022. Accessed May 26, 2024. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/124646>
  72. Grossman S, Cooper Z, Buxton H, et al. Trauma-informed care: recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2021;6(1):e000815.
  73. Lehmann LS, Sulmasy LS, Desai S; ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Hidden curricula, ethics, and professionalism: optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2018;168(7):506-508.
  74. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med.* 1994;69(11):861-871.
  75. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine’s hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73(4):403-407.
  76. Arsever S, Broers B, Cerutti B, Wiesner J, Dao MD. A gender biased hidden curriculum of clinical vignettes in undergraduate medical training. *Patient Educ Couns.* 2023;116:107934.
  77. Cheng LF, Yang HC. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Med Educ.* 2015;49(3):321-331.
  78. Giles JA, Hill EJR. Examining our hidden curricula: powerful, visible, gendered and discriminatory. *Med Educ.* 2015;49(3):244-246.
  79. Hoberman J. *Black and Blue: The Origins and Consequences of Medical Racism.* University of California Press; 2012.
  80. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009.

81. Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism. *J Grad Med Educ*. 2011;3(4):503-510.
82. Nemiroff S, Blanco I, Burton W, et al. Moral injury and the hidden curriculum in medical school: comparing the experiences of students underrepresented in medicine (URMs) and non-URMs. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2024;29(2):371-387.
83. Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, et al. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014;9(4):e94133.
84. Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*. 2013;8(4):e61526.
85. Dzung E, Colaizzi A, Roland M, et al. Moral distress amongst American physician trainees regarding futile treatments at the end of life: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2016;31(1):93-99.
86. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(12):1613-1622.
87. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(2):177-183.
88. Oser TK, Haidet P, Lewis PR, Mauger DT, Gingrich DL, Leong SL. Frequency and negative impact of medical student mistreatment based on specialty choice: a longitudinal study. *Acad Med*. 2014;89(5):755-761.
89. Baecher-Lind LE, Chang K, Blanco MA. The learning environment in the obstetrics and gynecology clerkship: an exploratory study of students' perceptions before and after the clerkship. *Med Educ Online*. 2015;20(1):27273.
90. Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, et al; Undergraduate Medical Education Committee, Association of Professors of Gynecology and Obstetrics. To the point: reviews in medical education-taking control of the hidden curriculum. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(4):316.e1-316.e6.
91. Farid H, Dalrymple JL, Mendiola M, Royce C, Young B, Atkins KM. Improving the obstetrics and gynecology learning environment through faculty development. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11246.
92. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Prentice-Hall; 1984.
93. Buchbinder M, Browne A, Berlinger N, Jenkins T, Buchbinder L. Moral stress and moral distress: confronting challenges in healthcare systems under pressure. *Am J Bioeth*. 2024;24(12):8-22.
94. Winklerwerder W Jr. Ethical dilemmas for house staff physicians. The care of critically ill and dying patients. *JAMA*. 1985;254(24):3454-3457.
95. Morgan HK, Winkel AF, Nguyen AT, Carson S, Ogburn T, Woodland MB. Obstetrics and gynecology residents' perspectives on wellness: findings from a national survey. *Obstet Gynecol*. 2019;133(3):552-557.
96. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry*. 2004;28(3):240-242.
97. McKenna J. *Medscape physician burnout and depression report 2024: "we have much work to do."* *Medscape*. January 26, 2024.

**Nishita Pondugula, MS** es estudiante de cuarto año de medicina en la Facultad de Medicina de Yale en New Haven, Connecticut. Va a postular a una residencia en obstetricia y ginecología. Obtuvo un máster en bioética en la Facultad de Medicina de Harvard. Sus actividades de investigación han incluido proyectos clínicos de obstetricia y ginecología relacionados con la endometriosis, el trabajo de parto después de una cesárea y los

resultados del embarazo, así como trabajos sobre equidad sanitaria centrados en las necesidades de las poblaciones anteriormente encarceladas.

**Parmida Maghsoudlou** es ayudante de investigación clínica en la División de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva del Brigham and Women's Hospital en Boston, Massachusetts. Está profundamente comprometida con el fomento de la misión investigadora de la división; la promoción de una atención quirúrgica ginecológica mínimamente invasiva y basada en pruebas; la lucha contra las diferencias en el acceso a la cirugía; y la mejora de los resultados de la cirugía ginecológica.

**Vardit Ravitsky, PhD** es la presidenta y directora ejecutiva del Centro Hastings. También es profesora titular de los Programas de Bioética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal y profesora titular de salud mundial y medicina social en la Facultad de Medicina de Harvard. Fue presidenta y vicepresidenta de la Asociación Internacional de Bioética y es miembro de la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud. La investigación de Ravitsky se centra en la ética de la genómica y la reproducción, así como en el uso de la IA en la investigación biomédica.

**Louise P. King, MD, JD** es profesora asistente de obstetricia, ginecología y biología reproductiva en la Facultad de Medicina de Harvard y cirujana de la División de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva del Brigham and Women's Hospital en Boston, Massachusetts. La Dra. King se licenció en Derecho por la Facultad de Derecho de la Universidad de Tulane y en Medicina por el Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas. Completó su residencia en obstetricia y ginecología en el Parkland Hospital de Dallas, Texas, y su beca en cirugía mínimamente invasiva con el Dr. Camran Nezhat en la Universidad de Stanford. Sus áreas de interés en ética médica se centran en cuestiones de toma de decisiones informadas y reproducción asistida, así como en el acceso equitativo a la cirugía ginecológica avanzada.

#### Citation

*AMA J Ethics.* 2025;27(2):E137-148.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.137.

#### Conflict of Interest Disclosure

Authors disclosed no conflicts of interest.

*The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.*