

**EN LA LITERATURA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Cómo deberían influir la intensidad y la duración del dolor en el tratamiento estándar del dolor en intervenciones gineco-obstétricas no relacionadas con el trabajo del parto y el parto?**

Lisa Bayer, MD, MPH y Evelyn Ainsley McWilliams, MD

**Resumen**

Algunos médicos desestiman, no reconocen y no tratan de manera adecuada el dolor que se siente durante los exámenes y las intervenciones ginecológicas. En este artículo, se analiza cómo la duración y la intensidad del dolor experimentado pueden utilizarse para orientar la atención. Este artículo también debate las posibles consecuencias de no tratar de manera adecuada el dolor y sugiere estándares de tratamiento del dolor que los médicos pueden utilizar para proporcionar una atención individualizada y basada en el trauma y promover la toma de decisiones compartida.

**Raíces históricas del mal tratamiento del dolor**

En obstetricia y ginecología está muy extendida la normalización del dolor y la tolerancia al mal tratamiento del dolor. Desde el dolor del parto hasta el dolor menstrual, la creencia de que el dolor debe aceptarse como parte de la salud, la atención médica y las experiencias vitales de las mujeres está muy extendida, incluso en las salas de exploración clínica.<sup>1,2,3</sup> Además de la inequidad basada en el sexo en la evaluación del dolor, también existen prejuicios raciales, que hacen que muchos pacientes, en particular los negros, corran un mayor riesgo de que su dolor no se trate de manera adecuada.<sup>4</sup> La desestimación del dolor en obstetricia y ginecología no es un fenómeno moderno y está profundamente arraigada en los **orígenes de la especialidad**. El campo de la ginecología se creó mediante la agresión y la explotación de las personas esclavizadas, quienes eran sometidas a exámenes forzados y a experimentos quirúrgicos repetitivos sin anestesia.<sup>5,6</sup>

A pesar de los esfuerzos más recientes por eliminar la inequidad sanitaria y aumentar la concientización sobre los prejuicios implícitos y explícitos, la naturaleza subjetiva de la evaluación del dolor hace que las pacientes sean vulnerables a los prejuicios clínicos. Los médicos aún no identifican el dolor de las pacientes durante las intervenciones ginecológicas o lo tratan de forma inadecuada.<sup>7,8,9</sup> En esta breve revisión, describimos en primer lugar cómo la intensidad y la duración del dolor pueden influir en las experiencias generales de las pacientes y las implicaciones del dolor no reconocido o tratado de manera inadecuada. A continuación, se analizan los estándares de atención para el tratamiento del dolor durante las intervenciones ginecológicas que deben guiar el consentimiento informado y la toma de decisiones compartida, expresar el respeto de los médicos por la autonomía de

las pacientes y evitar daños mediante una atención centrada en la paciente e informada acerca del trauma.

### **Intensidad y duración del dolor**

Por lo general, los exámenes y las intervenciones pélvicas se realizan en ginecología ambulatoria. Pueden durar desde unos minutos, como la toma de una citología, hasta más de 30 minutos en el caso de una histeroscopia quirúrgica. Muchas intervenciones se realizan en condiciones de mayor estrés o preocupación para la paciente, como la obtención de una biopsia para descartar un cáncer o la realización de una intervención de aspiración uterina por una pérdida precoz del embarazo, lo que puede dar lugar a una mayor percepción del dolor.<sup>10,11</sup> A modo de ejemplo, en la **colocación de un dispositivo intrauterino (DIU)**, un estudio reciente demostró que casi la mitad (49.7 %) de 1000 pacientes describieron el dolor con la colocación como intenso (7-10 en una escala analógica visual de 10 puntos).<sup>12,13</sup> Sin embargo, incluso cuando los médicos reconocen las expresiones de dolor, algunos subestiman la intensidad y la duración del dolor que experimentan las pacientes durante esta intervención, lo que pone a las pacientes en riesgo de que su dolor se trate de manera inadecuada.<sup>7,8</sup> Por ejemplo, en una encuesta reciente realizada a pacientes tras la colocación de un DIU, la mayoría informó de que no se les ofrecieron opciones de control del dolor y el 41.6 % informó de experiencias de dolor inaceptables.<sup>14</sup>

Además de subestimar el dolor experimentado durante las intervenciones ginecológicas, los médicos pueden centrarse en la duración relativamente corta de estas intervenciones durante el proceso de consentimiento, lo que minimiza y normaliza el dolor moderado a intenso como parte de la intervención. Al centrarse en la corta duración de la intervención, los clínicos pueden ignorar con facilidad la importancia de la intensidad máxima del dolor. Este fenómeno se conoce como la “regla del pico y final”, que describe cómo nuestro recuerdo de los episodios emocionales se centra en los momentos álgidos y en el final de la experiencia más que en la duración total.<sup>15</sup> Un fenómeno relacionado, conocido como “negligencia de duración”, sostiene que la duración de una experiencia tiene un impacto mínimo en el recuerdo de la experiencia.<sup>15</sup> En efecto, cuando aplicamos estas ideas a las experiencias de dolor clínicas, incluso cuando una intervención es de corta duración, la intensidad del pico de dolor y cómo terminó el pico de dolor serán las partes más importantes de la experiencia que recuerde una paciente. Al priorizar la duración sobre la intensidad máxima, los médicos podrían perjudicar a las pacientes al no tratar de manera adecuada su dolor. Los médicos no deben rechazar las opciones de alivio del dolor solo por la corta duración prevista de una intervención.

### **Implicaciones**

No reconocer y no tratar de manera adecuada el dolor durante los exámenes y las intervenciones ginecológicas provoca daños físicos y psicológicos innecesarios a las pacientes; genera desconfianza de las pacientes hacia la comunidad médica, lo que compromete directamente su autonomía; y puede hacer que las pacientes eviten recibir atención médica crucial. Las promesas falsas del mínimo dolor que cabe esperar con la intervención no solo pueden llevar a que las pacientes se sientan engañadas, sino que comprometen su autonomía y violan los requisitos del consentimiento informado. Un estudio reciente realizado por Wu et al analizó los 100 videos más vistos con la etiqueta “#IUD” en TikTok, que en conjunto tenían 471 millones de visitas y más de 1 millón de compartidos.<sup>16</sup> Los autores descubrieron que el 97 % de los videos #IUD sobre experiencias de pacientes destacaban el dolor y el 28 % de los videos mencionaban la desconfianza en los médicos. Muchos de los videos muestran historias personales de experiencias negativas relacionadas con el dolor y el consentimiento informado. Estas experiencias negativas contribuyen a la creciente desconfianza en la comunidad médica.<sup>17</sup> Además, las experiencias negativas con exámenes o intervenciones anteriores pueden actuar como

barrera para la atención en el futuro, lo que lleva a retrasar o evitar la atención médica importante.<sup>18</sup> La subestimación y el tratamiento inadecuado del dolor por parte de los médicos contradicen su obligación de no hacer daño, respetar la autonomía de la paciente y obtener su pleno consentimiento. Los médicos deben esforzarse por superar las barreras que dificultan una atención de calidad, en lugar de contribuir a las barreras a las que se enfrentan sus pacientes.

### **Establecimiento de estándares**

*Enfoque basado en el trauma.* Las experiencias individuales de los exámenes y las intervenciones ginecológicas varían de una persona a otra, desde poco o ningún dolor hasta dolor intenso. Aunque la menor edad, los antecedentes de abuso sexual y los trastornos mentales se asocian a la incomodidad durante los exámenes pélvicos, una de las asociaciones más fuertes es un contacto emocional negativo entre la paciente y el examinador.<sup>19</sup> No se puede subestimar la importancia de crear confianza y buena relación antes de realizar exámenes o intervenciones delicadas. Un enfoque basado en el trauma sienta las bases de esta atención. Este enfoque no supone un trauma universal, sino que proporciona un marco para que los médicos y las organizaciones de salud desarrollen un espacio seguro para todos los pacientes. Los principios clave de la atención basada en el trauma se describen en las “4 R”: (1) reconocer “el impacto generalizado del trauma” y tratar de comprender “las vías de recuperación”; (2) reconocer “los signos y síntomas del trauma”; (3) responder “integrando los conocimientos sobre el trauma en las políticas, intervenciones y prácticas”; y (4) tratar de prevenir la retraumatización.<sup>20</sup>

Cultivar la confianza implica escuchar a las pacientes y tratar de comprender sus experiencias traumáticas actuales o anteriores que afectan a la forma en que se experimenta el dolor durante los exámenes y las intervenciones ginecológicas. Antes de someterse a exámenes o intervenciones ginecológicas, los médicos deben preguntar a las pacientes sobre traumatismos actuales o anteriores, de acuerdo con la recomendación del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de realizar un cribado universal de traumatismos.<sup>21</sup> Aunque sabemos que los traumatismos son muy frecuentes, no todas las pacientes revelan sus antecedentes. Mediante el establecimiento de una buena relación y el uso de una **comunicación abierta y de apoyo**, los médicos pueden crear un entorno físico y emocional seguro para todos.

La atención basada en el trauma se enfoca en la comunicación centrada en la paciente, lo que le permite recuperar el control, reducir su ansiedad y, en última instancia, crear o reconstruir su confianza en los médicos. La atención basada en el trauma defiende los principios éticos de no maleficencia y beneficencia: no hacer daño y promover el bienestar de la paciente. Debido a la vulnerabilidad innata asociada a los exámenes e intervenciones delicadas, los médicos deben trabajar de forma activa para devolver el poder a la paciente. Esta transferencia de poder implica asegurarse de que la paciente controla cuándo se va a realizar el examen o la intervención, obtener permiso para iniciar la intervención y tranquilizar a la paciente asegurándole que el examen o la intervención pueden detenerse en cualquier momento. Estos pasos potencian la participación activa de la paciente en su atención. Además, los médicos y el personal pueden esforzarse por crear un entorno seguro en la sala de exploración para evitar la retraumatización. Acciones tan sencillas como llamar a la puerta antes de entrar en la sala de exploración, hablar primero con la paciente mientras está totalmente vestida, contar con un acompañante y una persona de apoyo en la sala y evitar palabras desencadenantes pueden contribuir a crear un entorno seguro.

*Atención centrada en la persona.* El uso de un modelo de atención centrado en la persona también apoya la autonomía de la paciente y representa un cambio respecto a un enfoque anticuado de paternalismo médico. Al centrarse en las necesidades, preferencias y valores

individuales de la paciente, el médico puede aceptar la diversidad de la atención sanitaria y alejarse de un enfoque de talla única. Los médicos deben tener cuidado de no expresar prejuicios intencionados o no intencionados o de inyectar consejos dirigidos en las conversaciones con las pacientes, ya que entran en conflicto con la toma de decisiones informada. Al igual que existe una gran variedad de experiencias de las pacientes durante las exploraciones e intervenciones ginecológicas, también existe una gran variedad de enfoques para aliviar el dolor. Se debe ofrecer todas las opciones de analgesia a las pacientes. Mediante la toma de decisiones compartida, el médico y la paciente se reunirán para desarrollar la estrategia de tratamiento del dolor mediante un enfoque holístico e individualizado. El método de alivio del dolor se debe determinar tras un consentimiento informado exhaustivo, basado en una conversación sincera sobre el examen o la intervención, el dolor previsto, las opciones para aliviar el dolor y los recursos disponibles.

Los médicos deben seguir prácticas basadas en la evidencia para el alivio del dolor durante los exámenes y las intervenciones ginecológicas. Aunque no existen directrices nacionales en Estados Unidos, las pruebas apoyan el uso de analgésicos orales, así como de anestésicos tópicos o locales, como parte de un enfoque multimodal para muchas intervenciones ginecológicas ambulatorias.<sup>22,23,24</sup> Los médicos deben estar familiarizados con estas diferentes estrategias y mantenerse al día y abiertos a nuevos enfoques para disminuir el dolor. Aunque el contexto clínico, como los entornos con pocos recursos, puede limitar la capacidad de ofrecer estos recursos, no se debe negar a las pacientes el tratamiento del dolor cuando sea necesario. Debido a la compleja inervación de los órganos y estructuras pélvicos, el alivio óptimo del dolor en las intervenciones ginecológicas ambulatorias supone un desafío. Dado que el dolor que se experimenta depende de múltiples variables, incluidos factores psicosociales y neurobiológicos, un enfoque multimodal suele ser lo más útil. Tener en cuenta las experiencias previas de las pacientes y su estado psicológico actual es de especial importancia para determinar el enfoque del alivio del dolor. Aunque no todas las pacientes necesitarán sedación moderada o profunda, ciertas poblaciones, en particular las pacientes con traumatismos previos, se beneficiarán de niveles más altos de analgesia. Cuando sea necesario y esté disponible, las pacientes deben ser derivadas a un equipo de atención adecuado para el examen ginecológico o la intervención a fin de obtener el tratamiento del dolor deseado que se ajuste a sus valores y preferencias.

### **Conclusión**

El dolor durante los exámenes ginecológicos sigue pasando desapercibido o se trata de manera inadecuada. Los estándares de práctica para el tratamiento del dolor en exámenes e intervenciones ginecológicas deben dar prioridad a la comodidad y el bienestar de la paciente y apoyarse en la atención basada en el trauma. A pesar de la brevedad de estas intervenciones, debemos dejar de normalizar el control inadecuado del dolor, que puede generar desconfianza y retraumatización en la paciente. En esta revisión, se describen los estándares orientativos para la atención a la paciente durante estos exámenes e intervenciones delicadas. Si seguimos estos estándares, podremos generar confianza, ofrecer una atención centrada en la paciente y crear un entorno que fomente la sensación de seguridad. El campo de la ginecología debe esforzarse por evolucionar desde sus raíces históricas de explotación hacia un campo centrado en la paciente y guiado por la toma de decisiones compartida y la atención basada en el trauma.

### **References**

1. 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.

2. 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.
3. Hoffmann DE, Fillingim RB, Veasley C. The woman who cried pain: do sex-based disparities still exist in the experience and treatment of pain? *J Law Med Ethics*. 2022;50(3):519-541.
4. 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.
5. Ojanuga D. The medical ethics of the “father of gynaecology,” Dr J Marion Sims. *J Med Ethics*. 1993;19(1):28-31.
6. Cronin M. Anarcha, Betsey, Lucy, and the women whose names were not recorded: the legacy of J Marion Sims. *Anaesth Intensive Care*. 2020;48(suppl 3):6-13.
7. Maguire K, Morrell K, Westhoff C, Davis A. Accuracy of providers’ assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception*. 2014;89(1):22-24.
8. 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.
9. Harrison R, Kuteesa W, Kapila A, et al. Pain-free day surgery? Evaluating pain and pain assessment during hysteroscopy. *Br J Anaesth*. 2020;125(6):e468-e470.
10. Ahmad AH, Zakaria R. Pain in times of stress. *Malays J Med Sci*. 2015;22(spec issue):52-61.
11. Padhy S, Fatima R, Jena S, Kar AK, Durga P, Neeradi VK. Effect of stress on contextual pain sensitivity in the preoperative period—a proof of concept study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2023;39(4):603-608.
12. Zhang L, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD. Gender biases in estimation of others’ pain. *J Pain*. 2021;22(9):1048-1059.
13. Lopes-Garcia EA, Carmona EV, Monteiro I, Bahamondes L. Assessment of pain and ease of intrauterine device placement according to type of device, parity, and mode of delivery. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2023;28(3):163-167.
14. Gero A, Elliott S, Baayd J, Cohen S, Simmons RG, Gawron LM. Factors associated with a negative Patient Acceptable Symptom State (PASS) response with intrauterine device placement: a retrospective survey of HER Salt Lake participants. *Contraception*. 2024;133:110385.
15. Fredrickson BL, Kahneman D. Duration neglect in retrospective evaluations of affective episodes. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65(1):45-55.
16. 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.
17. Huang EC, Pu C, Chou YJ, Huang N. Public trust in physicians—health care commodification as a possible deteriorating factor: cross-sectional analysis of 23 countries. *Inquiry*. 2018;55:46958018759174.
18. O’Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, et al. Addressing anxiety and fear during the female pelvic examination. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:2150132721992195.
19. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women’s experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(11):1030-1036.
20. SAMHSA’s Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Accessed July 19, 2024. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>

21. Committee on Health Care for Underserved Women. Caring for patients who have experienced trauma: ACOG Committee opinion, number 825. *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):e94-e99.
22. Charoenkwan K, Nantasupha C. Methods of pain control during endometrial biopsy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(1):9-30.
23. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2024. *MMWR Recomm Rep.* 2024;73(3):1-77.
24. 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.

**Lisa Bayer, MD, MPH** es obstetra y ginecóloga generalista y subespecialista en planificación familiar compleja en la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón en Portland, donde se desempeña como directora médica del Centro de Salud de la Mujer y codirectora de la Beca de Planificación Familiar Compleja. Sus intereses de investigación incluyen la ciencia de la mejora, el control del dolor en las intervenciones ginecológicas en consulta y la anticoncepción médicamente compleja.

**Evelyn Ainsley McWilliams, MD** es residente en obstetricia y ginecología en el Centro Médico de la Universidad de Cincinnati en Ohio. Sus intereses incluyen la equidad médica, el acceso a la salud reproductiva y la crisis de mortalidad materna.

#### Citation

*AMA J Ethics.* 2025;27(2):E98-103.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.98.

#### Conflict of Interest Disclosure

Dr Bayer advises both CooperSurgical and Bayer United States. Dr McWilliams reported 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.*