

**FORO DE POLÍTICAS: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**Funciones clave de la humildad epistémica en la atención gineco-obstétrica de pacientes con dolores agudos no relacionados con el trabajo de parto y el parto**

Kelly K. Gillespie, PhD, JD, RN

**Resumen**

En este artículo, se examinan los perjuicios éticos, epistémicos y clínicos de normalizar, descartar o desestimar las experiencias de dolor agudo de las pacientes en entornos de gineco-obstetricia no relacionados con el trabajo de parto y el parto. Desacreditar los relatos de las pacientes socava la capacidad terapéutica de la relación entre la paciente y el médico, causa sufrimiento injustificado y puede incluso contribuir a retrasos potencialmente mortales en el reconocimiento y el tratamiento de las complicaciones. Este artículo insta a los profesionales de la obstetricia y la ginecología a considerar las formas en que los factores estructurales e individuales influyen en su predisposición a desacreditar los testimonios de las pacientes, lo que contribuye a causar daños epistémicos y de otro tipo. Se anima a los profesionales de obstetricia y ginecología a cultivar la virtud de la humildad epistémica y a considerar la función de las puntuaciones de satisfacción de la paciente en la evaluación de la atención.

**Tratamiento desigual del dolor**

Muchos médicos siguen respondiendo de forma inadecuada al dolor de sus pacientes al asumir ideas incorrectas sobre las pacientes con dolor,<sup>1</sup> desestimar los informes de dolor de las pacientes<sup>2</sup> o ignorar por completo el dolor de las pacientes.<sup>3</sup> Estos problemas son más pronunciados en el caso de las pacientes pertenecientes a minorías, quienes sufren una inequidad sanitaria ampliamente documentada en la evaluación, el tratamiento y la atención del dolor.<sup>4,5,6</sup>

Los entornos de obstetricia y ginecología no relacionados con el trabajo del parto y el parto no son una excepción. El dolor agudo en obstetricia y ginecología no relacionado con el trabajo del parto y el parto sigue sin tratarse de forma adecuada en todos los entornos. Un ejemplo es la atención posoperatoria, en la que un alto porcentaje de pacientes experimenta dolor de moderado a intenso (más del 65 % en un estudio),<sup>7</sup> en especial las más jóvenes y aquellas con dolor crónico preexistente.<sup>8,9</sup> Tanto dentro como fuera del entorno hospitalario, existen pruebas de que se minimizan las notificaciones de dolor de las pacientes y de que se les juzga como poco creíbles. Entre las pruebas, se incluyen las desigualdades raciales y étnicas en la atención al dolor posparto,<sup>10</sup> la disparidad en la prescripción de analgésicos poslaparoscópicos según la raza y el nivel socioeconómico,<sup>11</sup> las

disparidades raciales en la frecuencia de las evaluaciones del dolor en pacientes de ginecología hospitalizadas,<sup>12</sup> y la desestimación significativa de los niveles de dolor notificados por mujeres negras que sobrevivieron a eventos obstétricos graves (en particular por parte de médicos con experiencia y de sexo masculino).<sup>13</sup> De hecho, muchas pacientes que sobreviven a una complicación mortal del embarazo describen a los profesionales como personas que desestiman o ignoran sus reiteradas notificaciones de dolor.<sup>14,15</sup> El dolor gineco-obstétrico normalizado, descartado e ignorado contribuye a las lesiones morales, psicológicas y físicas de las pacientes, que van desde el sufrimiento innecesario hasta el riesgo de muerte prematura por patologías subyacentes no detectadas. Como observó Hossain: en medicina, “[l]as mujeres, sobre todo las de color, son desestimadas, a veces hasta la muerte”.<sup>16</sup> Aunque los daños que se derivan de desacreditar a las pacientes son completamente evitables, corregir la mirada de fuerzas que conspiran para socavar la toma de decisiones éticas en la atención al dolor agudo requiere comprensión e intención.

Las decisiones sobre el dolor son a la vez rutinarias y complejas desde el punto de vista médico, social y cultural. Las fuerzas estructurales, institucionales e individuales desempeñan una función importante en estas decisiones, que son muy propensas a la parcialidad,<sup>4,5</sup> y pueden conspirar para comprometer la confianza mutua, la fiabilidad del médico y, en última instancia, la toma de decisiones clínicas. Partiendo de esta premisa, en este artículo se aborda la cuestión de cómo los profesionales y las instituciones deberían tener en cuenta las experiencias de las pacientes con dolor agudo en la atención gineco-obstétrica no relacionada con el trabajo del parto y el parto, tal y como se refleja en las puntuaciones de satisfacción de las pacientes que tienen en cuenta la naturaleza subjetiva del dolor. La respuesta corta es que deben considerar las experiencias de dolor de las pacientes como fuentes de datos totalmente precisas, es decir, deben respetar a las pacientes como expertos conocedores de sus propias sensaciones corporales. La respuesta larga es más complicada. Para los médicos, esta cuestión encierra suposiciones sobre la falta de credibilidad de las pacientes, incluso sobre sus propios cuerpos, experiencias y sensaciones (ya sea dolor o satisfacción con la atención), así como temores sobre el riesgo legal. Los temores al escrutinio institucional y legal por la prescripción de analgésicos y por las decisiones de atención gineco-obstétrica son especialmente acuciantes ahora. No obstante, los médicos siguen teniendo un poder desproporcionado en el ámbito clínico y asumen con razón la carga de reconocer y mitigar los perjuicios de desacreditar las notificaciones de dolor agudo de las pacientes. Como escribe Lalumera: “No reconocer la fiabilidad cuando se dan las condiciones o considerar a una persona [paciente] incapaz de ser digna de confianza en un determinado escenario, son injusticias epistémicas con repercusiones éticas”.<sup>17</sup>

### **Injusticia epistémica**

Las decisiones sobre el dolor son de naturaleza ética porque están bajo el control del profesional y mostrarán o no respeto por la paciente.<sup>18</sup> También conllevan la promesa de beneficio y el riesgo de daño. Las implicaciones para la justicia se abordan con menos frecuencia, pero también son profundas. Tratar a pacientes con dolor agudo de obstetricia y ginecología no relacionado con el trabajo del parto y el parto implica tanto justicia sanitaria, que requiere lo que Wiley et al describen como “una mirada crítica y atenta para erradicar la influencia del clasismo, el racismo y otras formas de sesgo social y cultural”,<sup>19</sup> como justicia epistémica, que requiere tratar a los demás como fuentes de conocimiento fiables y creíbles, en especial sobre sus propios cuerpos y experiencias.<sup>20,21</sup>

La injusticia epistémica adopta dos formas. La injusticia testimonial, ser agraviado como “aportador de conocimientos”,<sup>20</sup> ocurre cuando los informes en primera persona de las pacientes se descartan, desacreditan o ignoran debido a los prejuicios del profesional basados en la falta de conocimientos técnicos de la paciente o en su pertenencia a un grupo estigmatizado.<sup>22</sup> Los profesionales pueden juzgar los informes de las pacientes como

“lentos de información irrelevante”, confusos, irracionales, cargados de emociones y “consumidores de tiempo”<sup>21</sup> para justificar así su descrédito o ignorarlas por completo (exclusión epistémica). El espacio clínico puede, como escribe Medina, “erosionar el respeto epistémico que las personas... merecen, y... privar a estas personas de entornos en los que puedan dar sentido a sus experiencias”.<sup>23</sup> Cuando el descrédito se repite y se refuerza, contribuye a una segunda forma de injusticia epistémica: la injusticia hermenéutica, o ser “agraviado como sujeto de comprensión social”.<sup>20</sup> La falta de conocimiento colectivo y de valoración de las experiencias de los grupos marginados es deshumanizante y deja a los miembros del grupo aún más desacreditados y con formas limitadas de identificar, procesar y comunicar de forma adecuada sus experiencias. A medida que los problemas se normalizan e incluso se eliminan, los daños individuales y estructurales empeoran y se refuerzan. Las injusticias testimoniales y hermenéuticas son fundamentalmente problemas éticos que trabajan juntos para infligir daño desde fuera y desde dentro.

### **Injusticia epistémica en los encuentros clínicos**

Fuera del entorno hospitalario, dos situaciones bien conocidas de tratamiento del dolor agudo ilustran la injusticia epistémica en el tratamiento del dolor agudo en obstetricia y ginecología no relacionado con el trabajo del parto y el parto.<sup>24</sup> La primera se refiere a decenas de pacientes que fueron desacreditadas al notificar un dolor insoportable durante procedimientos de extracción de óvulos en algunas clínicas; una investigación posterior reveló que se había sustituido el fentanilo por suero salino normal durante al menos cinco meses.<sup>25,26,27</sup> No está claro por qué los profesionales no actuaron durante meses ante los innumerables y repetidos testimonios (a veces a gritos) de las pacientes sobre el dolor causado por el procedimiento.<sup>28,29</sup> Una paciente describió un “reconocimiento” posterior al hallazgo por parte de su médico, que le dijo: “¿Cuál es el problema? Al final ha quedado embarazada”,<sup>29</sup> con lo que se desacreditaba el testimonio de la propia paciente y se reforzaban las ideas de que el dolor y los traumatismos sufridos no causaban daños duraderos, al menos no para las mujeres que debían estar tranquilas y agradecidas en el espacio clínico, incluso en el espacio de los profesionales que demostraban un comportamiento indigno de confianza.

Un segundo ejemplo es la subestimación y el descarte persistentes del dolor durante la **inserción de un dispositivo intrauterino (DIU)**<sup>30,31</sup> por parte de los médicos, con una media de casi el 50 % en comparación con el dolor autoevaluado por las propias pacientes.<sup>30</sup> La colocación de un DIU es una experiencia dolorosa y traumática para demasiadas pacientes, en especial cuando los profesionales no las preparan para el posible dolor.<sup>31,32</sup> De hecho, algunos profesionales no ofrecen analgesia,<sup>31,32</sup> sobre todo los hombres cisgénero y los profesionales con más experiencia.<sup>33</sup> Falta una atención individualizada, a pesar de que los niveles de dolor declarados son mayores en las pacientes más jóvenes, nulíparas o con antecedentes de ansiedad o trauma.<sup>32,34</sup> Dos estudiantes de medicina explicaron así la desconexión entre las percepciones de los profesionales y las de las pacientes: «[d]urante nuestras rotaciones en obstetricia y ginecología, observábamos con frecuencia a pacientes que lloraban de dolor después de que les dijeran que solo sentirían “un pequeño pinchazo”. Esta incoherencia nos pareció preocupante, sobre todo teniendo en cuenta la trivialización histórica del dolor de las mujeres en medicina».<sup>35</sup>

Recientemente, las personas han recurrido a las redes sociales para llamar la atención sobre este problema,<sup>36,37</sup> incluidas pacientes que publicaron sus experiencias en tiempo real sobre la inserción del DIU en TikTok; casi el 97 % de ellas comunicaron la naturaleza dolorosa de la experiencia, junto con los efectos secundarios.<sup>37,38</sup> Las publicaciones virales en las redes sociales no pretenden ser, ni constituyen, pruebas “objetivas” (el tipo de conocimiento privilegiado en medicina), aunque las pruebas “objetivas” del dolor durante la inserción del DIU han existido y se han ignorado durante décadas.<sup>39</sup> De hecho, la página web del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sigue recomendando el ibuprofeno

para las “molestias temporales” que “puede causar la colocación del DIU”,<sup>7,40</sup> a pesar de que no hay pruebas de su eficacia.<sup>39,41</sup> Sin embargo, las publicaciones en las redes sociales mostraban a personas que intentaban dar sentido y comunicar experiencias colectivas que diferían de las narrativas dominantes de los profesionales. La protesta pública fue un paso importante para remediar la injusticia hermenéutica y una fuerza poderosa para cambiar las prácticas. Este mismo año, Planned Parenthood de la región de St Louis y el suroeste de Misuri anunció una opción de sedación para sus pacientes.<sup>42</sup> En agosto de 2024, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades publicaron nuevas directrices de tratamiento en las que se reconocía el dolor asociado a la colocación del DIU y se instaba a los profesionales a ofrecer opciones de tratamiento del dolor.<sup>43</sup>

### **Agravamiento del daño epistémico**

Las instituciones y los profesionales siguen estando ética y profesionalmente obligados a minimizar los daños del dolor agudo tratado de forma inadecuada. Las instituciones deben interrogar las políticas, prácticas, culturas y procesos para identificar y corregir aquellos que propician la injusticia epistémica.<sup>21</sup> Los profesionales también deben cultivar su propia humildad epistémica al, como escriben Buchman et al, “reconocer el testimonio del paciente y las interpretaciones de la enfermedad como epistémicamente privilegiadas para determinar el mejor tratamiento clínico”, entendiendo que “las decisiones médicas casi siempre van acompañadas de incertidumbre y que los testimonios de los que sufren dolor pueden ayudar a completar el escenario clínico”.<sup>22</sup> La humildad epistémica requiere intencionalidad y estrategias metacognitivas para reconocer y corregir las suposiciones, los errores cognitivos y los sesgos que crean déficits de credibilidad.

La promoción de la justicia sanitaria no solo requiere humildad epistémica, sino también una comprensión de los prejuicios que aumentan el riesgo de daños epistémicos, que son mayores en la atención gineco-obstétrica en la que, según Donnelly, “los cuerpos se consideran fundamentalmente vinculados a la reproducción y, por lo tanto, frágiles, histéricos y en necesidad de control”.<sup>44</sup> Todos las pacientes de obstetricia y ginecología (mujeres, transmasculinos o de género diverso)<sup>45</sup> se han enfrentado a algún nivel de subordinación social e inequidad sanitaria basada en el género,<sup>46,47,48</sup> incluido el tratamiento del dolor agudo.<sup>49</sup> Quienes pertenecen a múltiples grupos racializados o minorizados (por ejemplo, las personas transmasculinas negras con discapacidad) sufren daños interseccionales derivados de los efectos combinados del estigma, los prejuicios, la discriminación y la opresión de grupo.<sup>50</sup> Esta combinación contribuye a un mayor descrédito, que puede verse agravado por el **contexto histórico y cultural** de la atención gineco-obstétrica.

La especialidad de obstetricia y ginecología se desarrolló en un contexto de racismo y misoginia e, históricamente, algunos profesionales de obstetricia y ginecología (incluido el personal de enfermería)<sup>51</sup> participaron en prácticas poco éticas y deshumanizadoras, como cirugías involuntarias e innecesarias,<sup>52</sup> esterilizaciones forzadas<sup>53</sup> y la atribución de una mayor fertilidad y una menor sensibilidad al dolor a las mujeres negras.<sup>54</sup> Incluso hoy en día, a veces se medicaliza, patologiza y racializa la reproducción y el dolor femeninos. Como explica Norman al escribir sobre el dolor, “[s]i las mujeres se han convertido en sinónimo de histeria, fingimiento e hipocondría en el ámbito clínico, entonces tiene mucho menos que ver con las inclinaciones naturales de la mujer y su comportamiento que con la historia de la medicina”.<sup>55</sup> Además, incluso recientemente, algunos ginecólogos y obstetras han participado en sistemas de opresión<sup>56</sup> al vigilar a pacientes embarazadas con fines policiales,<sup>57,58</sup> realizar exámenes pélvicos sin consentimiento y sin justificación clínica,<sup>59</sup> y llevar a cabo procedimientos forzados y bajo coacción.<sup>60,61</sup>

En este contexto, el escepticismo de las pacientes respecto a la fiabilidad y fidelidad de los profesionales es comprensible, sobre todo en un mundo posterior a *Dobbs*, donde, como escriben Thompson et al, “el útero de una persona [es] un espacio público, sujeto a las

responsabilidades ante vecinos y autoridades, y regulado por los tribunales y la profesión médica”.<sup>62</sup> También para los profesionales, las fuerzas sociales y jurídicas posteriores a *Dobbs* crean barreras a los encuentros clínicos terapéuticos. La atención gineco-obstétrica está cada vez más sobrerregulada e incluso penalizada,<sup>63</sup> lo que, superpuesto a una vigilancia cada vez mayor de la prescripción de opioides,<sup>64</sup> incentiva el escepticismo de los profesionales hacia las pacientes y empeora la angustia moral y la incertidumbre clínica de los profesionales.<sup>63</sup> Los sesgos y los errores cognitivos prosperan en estos entornos,<sup>65,66</sup> lo que aumenta el riesgo de errores clínicos y daños a las pacientes que pueden ir más allá de la frustración, la humillación y el daño moral y llegar al sufrimiento físico, las lesiones e incluso la muerte por síntomas ignorados.

### ¿Eliminar la satisfacción del paciente relacionada con el dolor?

Los índices de satisfacción de las pacientes en la atención médica moderna también tienen implicaciones para el tratamiento ético de las pacientes de obstetricia y ginecología con dolor. Las relaciones entre las puntuaciones numéricas del dolor y la satisfacción de las pacientes son complejas. Por ejemplo, entre las pacientes con un alivio del dolor deficiente, la satisfacción se asocia positivamente con la confianza en los conocimientos de sus médicos.<sup>67</sup> Por lo tanto, la atención a los factores que mejoran la satisfacción, los cuales rastrean prácticas epistémicamente humildes, puede mejorar la atención.

Estos hallazgos son un importante contrafáctico a las narrativas reaccionarias que vincularon las preguntas de satisfacción del paciente con la prescripción excesiva de opioides en la última década. Las puntuaciones de satisfacción de las pacientes nunca se asociaron a la prescripción de opioides,<sup>68</sup> a pesar de la mitología que las rodea. Se culpó en particular al seguimiento de la satisfacción de las pacientes a través de las encuestas CAHPS (Evaluación del Consumidor de los Proveedores y Sistemas de Atención Médica)<sup>69</sup> y al CAHPS sobre atención hospitalaria (HCAHPS),<sup>70</sup> cuyos resultados desempeñan una función muy pequeña en el reembolso a los hospitales.<sup>71</sup> Enseguida, se adoptaron medidas normativas sin base empírica. La dimensión original de manejo del dolor de HCAHPS (que data de 2006) fue blanco de ataques porque sus tres preguntas indagaban si las pacientes necesitaban medicación para el dolor durante la hospitalización, qué tan bien se controlaba el dolor y con qué frecuencia el personal “hacía todo lo posible” para ayudar con el dolor.<sup>71</sup> Sin evidencia pero bajo presión, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid desvincularon la dimensión del dolor del reembolso y la reemplazaron con preguntas sobre la efectividad de la comunicación en 2018.<sup>71</sup> Las preguntas revisadas, que solo preguntaban por la presencia de dolor, la frecuencia de la evaluación y la comunicación sobre el tratamiento, habrían proporcionado buenos datos, en parte porque una comunicación efectiva y el sentirse en confianza aumentan la satisfacción. No obstante, fueron igualmente condenados al fracaso y eliminados en 2019.<sup>72</sup>

Aunque estudios posteriores han demostrado que ni las tasas de prescripción de opioides ni la recepción de opioides impulsan la satisfacción del paciente,<sup>73,74,75,76</sup> la palabra *dolor* sigue ausente del HCAHPS. En otras encuestas CAHPS especializadas se incluyen preguntas limitadas sobre el dolor; por ejemplo, en la encuesta CAHPS sobre atención quirúrgica se pregunta sobre la calidad de la atención al dolor por parte del cirujano,<sup>77</sup> y en la encuesta CAHPS sobre pacientes ambulatorios y centros de servicios ambulatorios se incluyen dos preguntas de sí o no sobre la existencia de dolor tras el procedimiento y la información proporcionada al respecto.<sup>78</sup>

No obstante, la eliminación de la dimensión del dolor en el HCAHPS refuerza estructuralmente la idea de que los testimonios de dolor de las pacientes son inexistentes o insignificantes. También priva a los profesionales y a las instituciones de datos útiles, lo que hace que sea más fácil ignorar el dolor desestimado. Eliminar la cuestión del dolor contribuye a la injusticia epistémica al comunicar que no es necesario indagar sobre la

atención al dolor, ya sea porque la desatención al dolor no es realmente un problema o porque los daños resultantes son intrascendentes.

### **Subjetividad como falta de fiabilidad**

¿Por qué algunos pacientes siguen sufriendo la injusticia epistémica como consecuencia del descrédito de su testimonio sobre el dolor? Una justificación generalizada para desacreditar las notificaciones de dolor de las pacientes es que el dolor es subjetivo, una palabra que es un eufemismo para decir poco fiable en el contexto del dolor y que se utiliza para racionalizar la desacreditación de las pacientes.<sup>22,71,79,80,81</sup> Esta justificación es desconcertante porque los médicos se basan en experiencias subjetivas todo el tiempo: las experiencias de insomnio, acúfenos, náuseas, mareos, etc. de sus pacientes y sus propias experiencias de auscultación de los pulmones, ruidos intestinales y cardíacos, por ejemplo. De este modo, el conocimiento subjetivo, por no ser fiable ni digno de confianza, se reserva para las evaluaciones del dolor en las que se subordina a las evaluaciones objetivas de los profesionales, lo que hace que las pacientes se sientan traicionadas.<sup>22,79,80</sup> Además, centrarse en la subjetividad del dolor centra el problema en las pacientes (poco fiables) en lugar de en los límites del conocimiento objetivo y las acciones deslegitimadoras de los profesionales, las instituciones y los sistemas. También revela la forma en que se privilegia el conocimiento en función de su fuente. Socavar la legitimidad de los relatos de las pacientes es un problema antiguo para las pacientes con dolor que buscan ayuda en una cultura estadounidense de moralismo arraigado sobre el dolor y el sufrimiento que premia el estoicismo y la tolerancia tranquila como virtuosos y considera el testimonio sobre el dolor como debilidad. En particular, en el caso de las pacientes de obstetricia y ginecología, este moralismo se ve exacerbado por los prejuicios de los médicos (implícitos y explícitos) hacia algunos pacientes, así como por el temor de los médicos a la prescripción excesiva y el estigma en torno a los opioides y la adicción. Estas fuerzas conspiran con las políticas y leyes institucionales (o creencias sobre la ley) para reforzar la opinión de que las pacientes son testigos poco fiables de sus propios cuerpos, experiencias y sensaciones, lo que reafirma la injusticia epistémica en la atención al dolor.

### **Humildad epistémica y respeto**

Los profesionales pueden trabajar para reducir la injusticia epistémica, disminuir el daño al paciente y mejorar su satisfacción en la atención al dolor si tratan a las pacientes como dignos de confianza. Para lograrlo, es necesario que los profesionales adopten un comportamiento digno de confianza y cultiven ciertas conductas y virtudes, como la **comunicación respetuosa**, la humildad epistémica y clínica,<sup>82</sup> y la escucha activa.<sup>83</sup> Asimismo, pueden resultar útiles las herramientas establecidas para la toma de decisiones compartida en la atención al dolor agudo.<sup>84</sup>

Los profesionales deben presumir la autoridad de las pacientes como expertas en su propio cuerpo y, cuando surja la duda, deben comprobar dos veces sus propias suposiciones antes de cuestionar la veracidad de una paciente. La humildad epistémica requiere lo que Buchman et al describen como “reflexión crítica sobre las suposiciones que se hacen acerca de la fiabilidad de las personas que sufren dolor”,<sup>22</sup> incluidos los sesgos que conducen a la injusticia y a decisiones clínicas perjudiciales.<sup>85</sup> Cultivar la atención plena y participar en la metacognición al interpretar las interacciones clínicas puede disminuir los sesgos y mejorar la toma de decisiones clínicas<sup>86</sup> y el razonamiento moral.<sup>87</sup>

Con frecuencia, las pacientes nos dicen que algo va mal antes de que los signos objetivos se pongan de manifiesto. Actuar en consecuencia puede evitar retrasos y desastres, reducir el sufrimiento y transmitir confianza. Los riesgos de descartar y desacreditar son demasiado grandes, entre ellos el de pasar por alto graves problemas subyacentes. La arrogancia de los profesionales ante las preocupaciones y notificaciones de las pacientes y sus familiares es una constante en los casos de errores médicos y en los incidentes cercanos,<sup>88</sup> así como

en los casos de negligencia médica y de concesión de licencias. Por otra parte, los riesgos de aceptar estas notificaciones como información creíble justifican unos momentos de reevaluación y discusión, y estos esfuerzos demuestran respeto, aumentan la credibilidad del profesional, mejoran la satisfacción del paciente y reducen los riesgos de daños epistémicos y físicos.

Una actitud epistémicamente humilde de las pacientes como expertas de sus propios cuerpos es una actitud clínica y una virtud que merece la pena cultivar. Como explica Saulnier: “que a uno le permitan contar su historia y que esa historia sea escuchada y creída son bienes en sí mismos”.<sup>89</sup> Las instituciones deben considerar si las políticas, el entorno y la cultura fomentan la humildad epistémica. Si los profesionales y las instituciones quieren hacer un seguimiento de sus progresos, podrían considerar la posibilidad de preguntarse si están tomando en serio la palabra de las pacientes y preguntar a las pacientes si se les trató como autoridades en lo que respecta a sus propias experiencias, en especial sobre el dolor. Podrían hacerlo si incluyeran preguntas voluntarias en las encuestas de satisfacción de las pacientes. Como explica Bello et al: “especialmente en el estresante escenario del alivio del dolor agudo... las decisiones basadas en la experiencia, los valores y las expectativas de la paciente en relación con el dolor deberían representar el estándar de atención”.<sup>84</sup> La única forma de conocer las experiencias, los valores y las expectativas de las pacientes es preguntándoles, tomándoles en serio y actuando en consecuencia.

## References

1. Dequeker S, Van Lancker A, Van Hecke A. Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *J Adv Nurs*. 2018;74(1):160-171.
2. Ruben MA, Blanch-Hartigan D, Shipherd JC. To know another's pain: a meta-analysis of caregivers' and healthcare providers' pain assessment accuracy. *Ann Behav Med*. 2018;52(8):662-685.
3. Thorpe S, Iyiewuare P, Ware S, et al. “Why would I talk to them about sex?”: exploring patient-provider communication among Black women experiencing sexual pain. *Qual Health Res*. 2022;32(10):1527-1543.
4. Nguyen LH, Dawson JE, Brooks M, Khan JS, Telusca N. Disparities in pain management. *Anesthesiol Clin*. 2023;41(2):471-488.
5. Green CR. The genesis of the unequal burden of pain: a selective review examining social inequities and unheard voices. *Pain*. 2023;164(6):1258-1263.
6. Lee P, Le Saux M, Siegel R, et al. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: meta-analysis and systematic review. *Am J Emerg Med*. 2019;37(9):1770-1777.
7. Ismail S, Siddiqui AS, Rehman A. Postoperative pain management practices and their effectiveness after major gynecological surgery: an observational study in a tertiary care hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018;34(4):478-484.
8. Jiménez Cruz J, Kather A, Nicolaus K, et al. Acute postoperative pain in 23 procedures of gynaecological surgery analysed in a prospective open registry study on risk factors and consequences for the patient. *Sci Rep*. 2021;11(1):22148.
9. Berkowitz R, Vu J, Brummett C, Waljee J, Englesbe M, Howard R. The impact of complications and pain on patient satisfaction. *Ann Surg*. 2021;273(6):1127-1134.
10. Johnson JD, Asiodu IV, McKenzie CP, et al. Racial and ethnic inequities in postpartum pain evaluation and management. *Obstet Gynecol*. 2019;134(6):1155-1162.
11. Racial and social determinants of health disparities in post-operative pain following gynecologic laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2023;30(11):S130. AAGL Global Congress on Minimally Invasive Gynecology abstract 10557.

12. Holt EW, Murarka SM, Zhao Z, Baker MV, Omosigbo UR, Adam RA. Investigating disparities in compliance of nursing pain reassessment for obstetrics and gynecology patients. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(3):314.e1-314.e11.
13. Miron-Shatz T, Ormianer M, Rabinowitz J, Hanoch Y, Tsafir A. Physician experience is associated with greater underestimation of patient pain. *Patient Educ Couns*. 2020;103(2):405-409.
14. Byrd TE, Ingram LA, Okpara N. Examination of maternal near-miss experiences in the hospital setting among Black women in the United States. *Womens Health (Lond Engl)*. 2022;18:17455057221133830.
15. Bauer ME, Perez SL, Main EK, et al. Near-miss and maternal sepsis mortality: a qualitative study of survivors and support persons. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2024;299:136-142.
16. Hossain A. *The Pain Gap: How Sexism and Racism in Healthcare Kill Women*. Tiller Press/Simon & Schuster; 2021.
17. Lalumera E. An overview on trust and trustworthiness: individual and institutional dimensions. *Philos Psychol*. 2024;37(1):1-17.
18. DuBois JM. Solving ethical problems: analyzing ethics cases and justifying decisions case study: Willowbrook revisited. In: *Ethics in Mental Health Research: Principles, Guidance, and Cases*. Oxford University Press; 2007:chap 3.
19. Wiley LF, Yearby R, Clark BR, Mohapatra S. Introduction: what is health justice? *J Law Med Ethics*. 2022;50(4):636-640.
20. Fricker M. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press; 2009.
21. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care Philos*. 2014;17(4):529-540.
22. Buchman DZ, Ho A, Goldberg DS. Investigating trust, expertise, and epistemic injustice in chronic pain. *J Bioeth Inq*. 2017;14(1):31-42.
23. Medina J. Misrecognition and epistemic injustice. *Fem Philos Q*. 2018;4(4):1-16.
24. Bever L. From heart disease to IUDs: how doctors dismiss women's pain. *Washington Post*. December 13, 2023. Accessed April 12, 2024. <https://www.washingtonpost.com/wellness/interactive/2022/women-pain-gender-bias-doctors/>
25. Burton S. *This American Life*. The retrievals. June 30, 2023. Accessed April 12, 2024. <https://www.thisamericanlife.org/804/the-retrievals>
26. Yale agrees to pay \$308K to resolve allegations of violations of Controlled Substances Act. News release. US Attorney's Office, District of Connecticut; 2022. Accessed April 22, 2024. <https://www.justice.gov/usao-ct/pr/yale-agrees-pay-308k-resolve-allegations-violations-controlled-substances-act>
27. Nurse pleads guilty to tampering with fentanyl vials intended for patients at fertility clinic. News release. US Attorney's Office, District of Connecticut; 2021. Accessed April 22, 2024. <https://www.justice.gov/usao-ct/pr/nurse-pleads-guilty-tampering-fentanyl-vials-intended-patients-fertility-clinic>
28. Cousins E. "They are coming forward": litigation rising against Yale Clinic over fentanyl. *Connecticut Law Tribune*. October 10, 2023. Accessed April 17, 2024. <https://www.law.com/ctlawtribune/2023/10/10/they-are-coming-forward-litigation-rising-against-yale-clinic-over-fentanyl/?slreturn=20240319115652>
29. Desjardins L, Norris C. Podcast "The Retrievals" reveals painful experience of female patients are often ignored. *PBS News Hour*. August 29, 2023. Accessed April 18, 2024. <https://www.pbs.org/newshour/show/podcast-the-retrievals-reveals-painful-experiences-of-female-patients-are-often-ignored>
30. Maguire K, Morrell K, Westhoff C, Davis A. Accuracy of providers' assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception*. 2014;89(1):22-24.
31. O'Donohue S. The ripples of trauma caused by severe pain during IUD procedures. *BMJ*. 2021;374:n1910.

32. 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.
33. Friedlich N, Dunlop H, Combs S. Just a pinch? A national survey of provider attitudes regarding IUD procedure analgesia and management options. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2024;37(2):234-235.
34. Estevez E, Hem-Lee-Forsyth S, Viechweg N, John S, Menor SP. Advancing pain management protocols for intrauterine device insertion: integrating evidence-based strategies into clinical practice. *Cureus*. 2024;16(6):e63125.
35. Steiner AN, Singh S. Rapid response: the unbearable pain of “just a little pinch.” *BMJ*. 2021;374:n1910.
36. Taghinejadi N, van der Westhuizen HM, Ayomoh FI, Ahmed W, Greenhalgh T, Boylan AM. Pain experiences during intrauterine device procedures: a thematic analysis of tweets. *BMJ Sex Reprod Health*. 2024;50(4):271-277.
37. Bever L. IUD placements can be painful. These women used their phones to record it. *Washington Post*. March 25, 2024. Accessed April 15, 2024. <https://www.washingtonpost.com/wellness/2024/03/25/tiktok-iud-birth-control-pain/>
38. 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.
39. 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.
40. Long-acting reversible contraception (LARC): intrauterine device (IUD) and implant frequently asked questions. American College of Obstetricians and Gynecologists. Accessed April 17, 2024. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/long-acting-reversible-contraception-iud-and-implant>
41. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: a randomized trial. *Contraception*. 2015;91(3):193-197.
42. Dunne N. Planned Parenthood now offering sedation for IUD insertion, other sexual or reproductive health procedures to meet demand. News release. Planned Parenthood; April 2, 2024. Accessed August 12, 2024. <https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-great-rivers/newsroom/press-releases/planned-parenthood-now-offering-sedation-for-iud-insertion-other-sexual-or-reproductive-health-procedures-to-meet-patient-demand>
43. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(3):1-77.
44. Donnelly K. Patient-centered or population-centered? How epistemic discrepancies cause harm and sow mistrust. *Soc Sci Med*. 2024;341:116552.
45. Ferrando CA. Gynecologic care of transgender and gender-diverse people. *Obstet Gynecol*. 2024;143(2):243-255.
46. Averbach S, Ha D, Meadows A, Brubaker L, Gyamfi-Bannerman C. Failure to progress: structural racism in women's healthcare. *EClinicalMedicine*. 2023;57:101861.
47. Fredriksen Goldsen KI, Romanelli M, Hoy-Ellis CP, Jung H. Health, economic and social disparities among transgender women, transgender men and transgender nonbinary adults: results from a population-based study. *Prev Med*. 2022;156:106988.
48. 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.

49. Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, et al. Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med*. 2008;15(5):414-418.
50. Ray K. When Black health, intersectionality, and health equity meet a pandemic. *J Bioeth Inq*. 2023;20(4):585-590.
51. Daxenbichler M. The “oldest and the newest of nurses”: nursing and the professionalization of obstetrics and gynecology. *J Hist Med Allied Sci*. 2024;79(1):23-38.
52. McCarthy D. Gendered anti-blackness, maternal health & chattel slavery: Ob/Gyn knowledge as a determinant of death of Black women. *Soc Sci Med*. 2024;353:117038.
53. Nnoli A. Historical primer on obstetrics and gynecology health inequities in America: a narrative review of four events. *Obstet Gynecol*. 2023;142(4):779-786.
54. Briggs L. The race of hysteria: “overcivilization” and the “savage” woman in late nineteenth-century obstetrics and gynecology. *Am Q*. 2000;52(2):246-273.
55. Norman A. *Ask Me About My Uterus: A Quest to Make Doctors Believe in Women’s Pain*. Nation Books; 2018.
56. Roberts D. *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*. Vintage; 2014.
57. *Ferguson v Charleston*, 532 US 67 (2001).
58. Kravitz E, Suh M, Russell M, Ojeda A, Levison J, McKinney J. Screening for substance use disorders during pregnancy: a decision at the intersection of racial and reproductive justice. *Am J Perinatol*. 2023;40(6):598-601.
59. Adashi EY. Teaching pelvic examination under anesthesia without patient consent. *JAMA*. 2019;321(8):732-733.
60. Chervenak FA, McCullough LB, Skupski DW. An ethical justification for emergency, coerced cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1993;82(6):1029-1035.
61. Burgart A, Sutton C. Chemical restraints for obstetric violence: anesthesiology professionals, moral courage, and the prevention of forced and coerced surgeries. *Am J Bioeth*. 2024;24(2):4-7.
62. Thompson LM, Goldberg DS, O’Donnell K. Allies, not authorities: historical and bioethical considerations for a post-Roe world. *Bioethics*. 2022;36(8):819-820.
63. Desai A, Holliday R, Wallis M, Thornewill A, Bahraini NH, Borges LM. Policy changes as a context for moral injury development in the wake of *Dobbs v Jackson Women’s Health Organization*. *Obstet Gynecol*. 2023;141(1):15-21.
64. Gillespie KKD. *Ruan v United States*: “bad doctors,” bad law, and the promise of decriminalizing medical care. *CATO Supreme Court Rev*. 2022:271-304.
65. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16(1):138.
66. Royce CS, Hayes MM, Schwartzstein RM. Teaching critical thinking: a case for instruction in cognitive biases to reduce diagnostic errors and improve patient safety. *Acad Med*. 2019;94(2):187-194.
67. Lee S, Smith ML, Dahlke DV, Pardo N, Ory MG. A cross-sectional examination of patients’ perspectives about their pain, pain management, and satisfaction with pain treatment. *Pain Med*. 2020;21(2):e164-e171.
68. Tefera L, Lehrman WG, Goldstein EG, Agrawal S. A special contribution from the Centers for Medicare and Medicaid Services: valuing patient experience while addressing the prescription opioid epidemic. *Ann Emerg Med*. 2017;69(2):181-183.
69. CAHPS surveys and tools to advance patient-centered care. Agency for Healthcare Research and Quality. Accessed August 5, 2024. <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>
70. Centers for Medicare and Medicaid Services. *HCAHPS Quality Assurance Guidelines*. Version 18.0. Centers for Medicare and Medicaid Services; 2023. Accessed April 15,

2024. [https://www.hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/quality-assurance/2023\\_qag\\_v18.0.pdf](https://www.hcahpsonline.org/globalassets/hcahps/quality-assurance/2023_qag_v18.0.pdf)

71. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program: hospital outpatient prospective payment and ambulatory surgical center payment systems and quality reporting programs; organ procurement organization reporting and communication; transplant outcome measures and documentation requirements; electronic health record (EHR) incentive programs; payment to nonexcepted off-campus provider-based department of a hospital; Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program; establishment of payment rates under the Medicare Physician Fee Schedule for nonexcepted items and services furnished by an off-campus provider-based department of a hospital; final rule. *Fed Regist.* 2016;81(219):79562-79891.
72. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; hospital inpatient prospective payment systems for acute care hospitals and the Long-Term Care Hospital Prospective Payment System and policy changes and fiscal year 2018 rates; quality reporting requirements for specific providers; Medicare and Medicaid Electronic Health Record (EHR) Incentive Program requirements for eligible hospitals, critical access hospitals, and eligible professionals; provider-based status of Indian Health Service and tribal facilities and organizations; costs reporting and provider requirements; agreement termination notices; final rule. *Fed Regist.* 2017;82(155):37990-38589.
73. Fry BT, Howard RA, Gunaseelan V, et al. Association of postoperative opioid prescription size and patient satisfaction. *Ann Surg.* 2022;276(6):e1064-e1069.
74. Balasubramanian A, Horn CE, An C, Fujii MH, Callas P, MacAfee L. Patient satisfaction with pain management is equal or higher when prescribed nonopioids versus opioids after obstetric and gynecologic surgery. *J Gynecol Surg.* 2024;40(5):291-297.
75. Glaser GE, Kalogera E, Kumar A, et al. Outcomes and patient perspectives following implementation of tiered opioid prescription guidelines in gynecologic surgery. *Gynecol Oncol.* 2020;157(2):476-481.
76. North F, Crane SJ, Ebbert JO, Tulledge-Scheitel SM. Do primary care providers who prescribe more opioids have higher patient panel satisfaction scores? *SAGE Open Med.* 2018;6:2050312118782547.
77. Patient experience measures from the CAHPS® Surgical Care Survey. CAHPS Surgical Care Survey; 2017. Accessed April 18, 2024. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/surveys-guidance/surgical/measures-surgical-409.pdf>
78. Centers for Medicare and Medicaid Services. *Outpatient and Ambulatory Surgery CAHPS® Survey Protocols and Guidelines Manual*. Version 8.1. Centers for Medicare and Medicaid Services; 2024.
79. Tosas MR. The downgrading of pain sufferers' credibility. *Philos Ethics Humanit Med.* 2021;16(1):8.
80. Goldberg DS. Pain, objectivity and history: understanding pain stigma. *Med Humanit.* 2017;43(4):238-243.
81. Stewart KA, Parshad-Asnani M, Wonkam A, et al. "Pain is subjective": a mixed-methods study of provider attitudes and practices regarding pain management in sickle cell disease across three countries. *J Pain Symptom Manage.* 2021;61(3):474-487.
82. Huynh HP, Dicke-Bohmann A. Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Educ Couns.* 2020;103(1):173-179.
83. Loos NM. Nurse listening as perceived by patients: how to improve the patient experience, keep patients safe, and raise HCAHPS scores. *J Nurs Adm.* 2021;51(6):324-328.

84. Bello CM, Mackert S, Harnik MA, Filipovic MG, Urman RD, Luedi MM. Shared decision-making in acute pain services. *Curr Pain Headache Rep.* 2023;27(7):193-202.
85. Ko CJ, Gehlhausen JR, Cohen JM, Jiang Y, Myung P, Croskerry P. Cognitive bias in the patient encounter: part II. Debiasing using an adaptive toolbox. *J Am Acad Dermatol.* Published online April 6, 2024.
86. Croskerry P. From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *N Engl J Med.* 2013;368(26):2445-2448.
87. Small C, Lew C. Mindfulness, moral reasoning and responsibility: towards virtue in ethical decision-making. *J Bus Ethics.* 2021;169:103-117.
88. Street RL Jr, Petrocelli JV, Amroze A, et al. How communication “failed” or “saved the day”: counterfactual accounts of medical errors. *J Patient Exp.* 2020;7(6):1247-1254.
89. Saulnier KM. Telling, hearing, and believing: a critical analysis of narrative bioethics. *J Bioeth Inq.* 2020;17(2):297-308.

**Kelly K. Gillespie, PhD, JD, RN** es profesora de derecho en la Universidad de Saint Louis en St. Louis, Misuri, donde también es directora del Centro de Estudios de Derecho de la Salud y tiene una asignación secundaria en el Departamento de Ética de la Atención Médica. Imparte clases de derecho penal, derecho sanitario y bioética, y su investigación se centra en las barreras estructurales e institucionales al tratamiento ético de las personas pertenecientes a grupos marginados, incluidas las personas con trastornos por consumo de sustancias, dolor o ambos.

#### Citation

*AMA J Ethics.* 2025;27(2):E117-128.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.117.

#### Conflict of Interest Disclosure

Author 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.*