

Significado del manejo del dolor agudo en médicos de urgencias en hospitales de Medellín, Colombia

Meaning of acute pain management in emergency physicians in hospitals in Medellín, Colombia

Susana Cristina Osorno-Upegui¹ ; Nora Marcela Mendoza-Serna¹ ; Carlos Enrique Yepes-Delgado¹ 

* susana.osorno@udea.edu.co

Forma de citar: Osorno Upegui SC, Mendoza Serna NM, Yepes Delgado NM. Significado del manejo del dolor agudo en médicos de urgencias en hospitales de Medellín, Colombia. Salud UIS. 2023; 55: e23080. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23080> 

Resumen

Introducción: el dolor es el principal motivo de consulta en la atención de urgencias del mundo. El tratamiento del dolor suele ser inadecuado y los pacientes son dados de alta aun sufriendo de dolor moderado a intenso. Aunque las escuelas médicas enseñan contenidos alrededor del manejo del dolor durante la formación, pareciera no ser suficiente, en parte por la escasa comprensión que se tiene del abordaje sobre este que realizan los médicos en los servicios de urgencias. **Objetivo:** comprender el significado que tienen los médicos generales sobre el manejo del dolor agudo en los servicios de urgencias de hospitales de alto nivel de complejidad. **Metodología:** estudio cualitativo que usó teoría fundamentada. Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas en profundidad a igual número de médicos con experiencia laboral en urgencias de hospitales de alto nivel de complejidad de Medellín. El análisis de la información se realizó mediante la codificación abierta, axial y selectiva propias del método. **Resultados:** el significado del manejo de dolor comprende el reconocimiento de la vulnerabilidad propia en el dolor del otro la ausencia de enseñanza intencionada de la empatía y compasión, la fragmentación y desarticulación del tratamiento del dolor por el modelo de enseñanza flexneriano y la contradicción entre la naturaleza subjetiva del dolor y el paradigma de formación clínico positivista. **Conclusiones:** el manejo del dolor está afectado por evidentes conflictos con el modelo biomédico imperante, falencias en competencias como empatía, compasión y comunicación asertiva y la dificultad del médico para aceptar su vulnerabilidad y temor ante la muerte.

Palabras claves: Dolor; Percepción del dolor; Dolor agudo; Manejo del dolor; Educación en dolor.

Abstract

Introduction: Pain is the main reason for consultation in emergency care in the world. Pain management is often inadequate, and patients are discharged with moderate to severe pain. Although medical schools teach content around pain management during training, it does not seem to be enough, in part due to the poor understanding of the

¹ Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

approach that physicians perform on it in emergency services. **Objective:** To understand the meaning that general practitioners have about the management of acute pain in the emergency services of high-complexity hospitals. **Methods:** Qualitative study that used grounded theory. A total of 15 in-depth semi-structured interviews were conducted with an equal number of physicians with work experience in emergency departments at high-complexity hospitals in Medellín. The analysis of the information was carried out by means of the open, axial, and selective coding typical of the method. **Results:** The meaning of pain management includes the recognition of one's own vulnerability in the other's pain, the absence of intentional teaching of empathy and compassion, the fragmentation and disarticulation of pain treatment by the Flexnerian teaching model and the contradiction between the subjective nature of pain and the positivist clinical training paradigm. **Conclusions:** Pain management is affected by evident conflicts with the prevailing biomedical model, shortcomings in skills such as empathy, compassion, and assertive communication, and the doctor's difficulty in accepting his vulnerability and fear of death.

Keywords: Pain; Pain perception; Acute pain; Pain management; Pain education.

Introducción

Los servicios de urgencias atienden las alteraciones de la integridad física, funcional y síquica, por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona¹. El dolor constituye la causa más frecuente de consulta en las urgencias del mundo, ha sido manifestado por el 70 % de los pacientes, la mayoría con intensidad moderada a grave². Alrededor del 50 % de los pacientes son dados de alta de urgencias aun con dolor³, esto genera sufrimiento al paciente, alteración de su calidad de vida y mayor incidencia de dolor crónico⁴.

El dolor como experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido⁵ tiene una función biológica de protección para evitar la extensión de la lesión, pero su perpetuación es fuente de sufrimiento humano. Su adecuado alivio se ha convertido en un requerimiento para cumplir con altos estándares de calidad⁶. El médico está invitado a tener una actitud compasiva y responsable.

El mal manejo del dolor se ha atribuido a múltiples factores en el mundo, el primero de ellos es la insuficiente educación en los pregrados de medicina⁷. Aunque en las últimas décadas se ha expandido el conocimiento en dolor en ciencias básicas, su estudio sigue siendo de baja prioridad en los currículos de medicina⁸. Revisiones sistemáticas han mostrado cómo cientos de prestigiosas escuelas de medicina del mundo no tienen módulos exclusivos de dolor en su currículo. El 96 % de las escuelas de Reino Unido y Estados Unidos y el 80 % de las europeas tienen cursos que no son obligatorios o hacen parte de otros cursos como Anestesiología y Farmacología, con un promedio en toda la formación de 12 a 20 horas⁹.

La dedicación a la formación del dolor en Latinoamérica no es muy diferente al resto del mundo, y aunque en algunos países la integración de un módulo específico de manejo del dolor, que sea obligatorio, ha mostrado ser una estrategia exitosa y con alta acogida por los estudiantes¹⁰, no parece ser suficiente. En los hospitales se siguen reportando dificultades en el manejo del dolor, independiente del nivel de conocimientos del prestador de servicios de salud¹¹, lo que lleva a pensar que el problema no es solo un asunto de número de horas de estudio, sino algo más profundo relacionado con la visión que tiene el profesional sobre el dolor, donde se le da preponderancia a la narrativa jerárquica del médico y se ignora la perspectiva del paciente. Se continúa percibiendo en el médico graduado un aparente desdén por la mirada biopsicosocial, que inicia tempranamente en la carrera y que se va agravando a medida que se avanza en nivel de conocimiento¹².

El objetivo del presente trabajo fue comprender el significado que tiene en los médicos generales el manejo del dolor agudo en los servicios de urgencias de hospitales de alta complejidad en Medellín. Preguntarse por el significado es justamente conocer a profundidad las construcciones personales que han hecho los médicos de este significado, las cuales podrían determinar su actuar con los pacientes.

Metodología

Estudio con enfoque hermenéutico y con técnicas de la teoría fundamentada¹³ (TF). El soporte teórico de este diseño se basa en el interaccionismo simbólico el cual parte de tres premisas: el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él, el significado de estos asuntos se deriva del encuentro de intersubjetividades entre un sujeto con otro y los significados se modifican por la interpretación realizada de sus experiencias¹⁴.

La población del estudio consistió en médicos que laboraban en servicios de urgencias de hospitales de alto nivel de complejidad en Medellín, con experiencia mayor a un año y que aceptaran participar en el estudio, no tenían ninguna relación familiar, sentimental o de poder con los investigadores, más allá de conocerlos en su labor del día a día y estaban informados a través del consentimiento y por el guion de entrevista del rol como estudiantes de maestría. Se excluyó a quien no aceptara firmar el consentimiento informado. Inicialmente se realizó un muestreo selectivo de 10 médicos generales, una vez analizada la información se hizo un muestreo teórico con otros 5 participantes con mayor formación en dolor (algesiólogos y urgentólogos), con el fin de descubrir variaciones entre los conceptos y profundizar, haciendo más densas, las categorías en términos de propiedades y dimensiones¹⁵. Ninguno de los médicos invitados a hacer parte del estudio se negó a participar en el mismo o a ser grabado. **Tabla 1.**

La técnica de recolección fue la entrevista semiestructurada, realizada por dos de los tres investigadores, dos médicas anesthesiólogas, docentes universitarias, en calidad de estudiantes de Maestría en Educación en Salud, quienes fueron entrenadas por el tercer investigador, médico, doctor en epidemiología con más de cinco años de experiencia en investigación cualitativa y entrevistas a profundidad. Por medio de un guion de entrevista inicialmente se incluyeron preguntas relacionadas con la percepción del médico sobre el dolor, el proceso de atención de pacientes con dolor en urgencias, los sentimientos involucrados, prejuicios y temores asociados, experiencias con el manejo del dolor propio y de otros, la formación en el manejo del dolor, los retos y dificultades experimentados en el manejo de pacientes con dolor y experiencia en el uso de diferentes tratamientos para el dolor. Para la

segunda tanda de entrevistas el guion se modificó para profundizar en aspectos, que emergieron con fuerza, relacionados con la empatía y compasión en la atención de pacientes que sufren de dolor y el reto de enfrentarse a la muerte, el miedo y la vulnerabilidad humana asociadas. Las entrevistas tuvieron una duración entre 30 a 45 minutos, fueron grabadas previa autorización y firma de consentimiento informado el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Una vez las entrevistas fueron transcritas fielmente, con revisión exhaustiva de los tres investigadores, se procedió a su análisis usando las técnicas de codificación y categorización de la TF¹⁵. En un primer momento descriptivo se hizo codificación abierta o microanálisis, en donde se conceptualizó cada una de las ideas de las primeras entrevistas. Se construyeron 728 códigos, 21 categorías descriptivas y 108 propiedades o atributos. En un segundo momento analítico se hizo codificación axial y se identificaron fenómenos con sus respectivos contextos, causas, relaciones de acción e interacción y consecuencias. Finalmente, se estableció un momento interpretativo, donde a través de la matriz condicional consecucional se relacionaron los fenómenos previos, dando cuenta de un proceso social básico que refleja una historia coherente y profunda. En todos los momentos se usó el método comparativo constante al ser un proceso analítico iterativo, interactivo y sistemático que busca la mayor densidad conceptual o saturación teórica¹³. La reflexividad acompañó todo el proceso investigativo al permitir a los investigadores ser conscientes de sus propios supuestos y limitaciones frente a la exigencia analítica del estudio¹⁶. Finalmente, los participantes fueron invitados a la presentación de resultados de la investigación como compromiso ético de divulgación.

Tabla 1. Característica de médicos entrevistados sobre el significado del manejo del dolor.

Número de Entrevista	Edad (años)	Tipo de médico	Años de experiencia	Egresado tipo de universidad
1	40	General	12	Pública
2	36	General	12	Pública
3	35	General	12	Pública
4	36	General	12	Pública
5	38	General	7	Pública
6	28	General	5	Privada
7	33	General	5	Privada
8	36	General	11	Pública
9	24	General	1	Pública
10	24	General	1	Pública
11	34	Urgentólogo	9	Privada
12	77	Algesiólogo	48	Pública/Privada
13	48	Algesiólogo	19	Pública/Privada
14	52	Algesiólogo	21	Pública/Privada
15	50	Algesiólogo	19	Pública/Privada

Fuente: autores

Resultados

Reconocimiento de la vulnerabilidad propia en el dolor del otro

En los médicos entrevistados el dolor severo es considerado como una experiencia asimilable a la muerte, que los enfrenta al autorreconocimiento como humanos mortales que sufren. Se percibe un evento de identificación del médico al verse en el paciente que sufre y hace conciencia de la vulnerabilidad propia. Cuando se trata personas en condición de dolor, agonía, o vulnerabilidad emocional, esa identificación emocional puede producir rechazo, dado que son experiencias que generan miedo de forma natural. Así, se hace menos molesto tratar pacientes que no se quejen, o que aparenten enfrentar la enfermedad de un modo apacible, porque se evita enfrentarse con los sentimientos y emociones negativas que afloran en los médicos cuando tratan pacientes que se quejan demasiado.

[...Si tú ves que un paciente llega haciéndote bulla al servicio de urgencias, que llega demandante y que quiere ya analgesia, sabes que va a ser un paciente difícil...] Médico 7.

El dolor del paciente se convierte en una urgencia para los médicos, en la medida que su expresión sea tan florida que trastorne el discurrir normal del servicio. De este modo, al volverse un factor generador de disconformidad para el personal de salud y posiblemente para otros pacientes, se hace una prioridad “acallar” a ese paciente que con su ruido y queja incomoda a los otros, lo que puede no constituir un deseo genuino de ayuda y compasión por el sufrimiento del paciente.

[...es importante el manejo del dolor en urgencias porque es un síntoma muy ruidoso que altera mucho el servicio... vos tener un paciente gritando que altera a todo el mundo... y uno también siente la urgencia...] Médico 2.

Se encontraron afirmaciones que exaltaban la posición de “sufrimiento silencioso”, elegida por algunos pacientes, a quienes se les premiaba con una atención más juiciosa de su problema, considerando su dolor como más real y posiblemente relacionado con una injuria orgánica grave. En el fondo de este tipo de razonamiento pudiera encontrarse la moral judeocristiana que enaltece a los mártires silenciosos, al considerar la enfermedad y el dolor como mandato divino que deben ser aceptados con valentía y resignación.

Los médicos experimentan miedo durante la atención médica de pacientes con dolor severo en urgencias, pudiendo tener parte de su origen en la incertidumbre propia del conocimiento médico, pero también en esa identificación con la vulnerabilidad, con la posibilidad de fallar en el diagnóstico y que como consecuencia ocurra la muerte. Se percibe como el error médico es enfrentado de forma punitiva, donde la equivocación genera terror. El temor por fallar y equivocarse en el diagnóstico es un continuo en el discurso de estos profesionales, y es evidente que les ocasiona altos niveles de estrés y de ansiedad.

[...De pronto la causa de su dolor sea una cosa grave y si yo no sé enfocarlo bien, o no sé qué hacer, se ponga mal y se muera... le da a uno terror equivocarse... siempre se maneja cierta incertidumbre y uno como médico trabaja con posibilidades...] Médico 6.

La compasión y la empatía, siendo esenciales para el tratamiento del dolor, parecen no enseñarse en forma intencionada.

Pese a reconocer que la compasión y la empatía son claves para establecer una relación terapéutica efectiva, se afirma la ausencia de una enseñanza intencionada de estas durante la formación. Siendo herramientas de las que no debería carecer un médico, no son prioridad en la academia y se espera que sean desarrolladas espontáneamente por el profesional, corriendo el riesgo que nunca ocurran.

[...Yo creo que no hubo una enseñanza dentro de lo que recuerde... simplemente el dolor hacía parte de un contexto mayor...] Médico 1.

[...yo no era muy empática en esa época, ni era algo muy prioritario para mí serlo, ni era algo en lo que yo tuviera formación...] Médico 2.

La ausencia de enseñanza intencionada de la empatía y la compasión tienen asiento en un sistema de salud que no logra dar respuesta integral a pacientes con dolor, un sistema de salud adverso para el desarrollo ético y satisfactorio de la profesión, particularmente con fenómenos como la atención del dolor en urgencias, que requieren un acercamiento a la dimensión emocional del paciente y una comunicación asertiva. Los médicos se sienten limitados en la realidad, por tiempos cortos de atención, la presión por evacuar los servicios de urgencias, el excesivo diligenciamiento de formatos y

el premio a la “eficiencia laboral”, todos los anteriores son componentes de un sistema de salud que no reconoce la naturaleza subjetiva del humano ni el alivio del sufrimiento como una razón ética del ser médico.

[...Ese paciente que consulta reiteradamente, como está estructurado el sistema de salud, él no encuentra un punto donde encuentre respuesta...] Médico 2.

[...somos muy cortantes...por el mismo sistema que nos hace...hacer rápido para acortar en los tiempos de atención...] Médico 5.

Para ser empáticos y compasivos la herramienta central es la comunicación asertiva en el acto médico, hay que reconocer el poder de la conversación como instrumento terapéutico al abordar el dolor en sala de urgencias. Entre las barreras de la comunicación efectiva están la restricción del tiempo que puede dedicarse al paciente, y el insuficiente énfasis en ellas durante la formación. Estas dificultades comunicativas se reflejan negativamente en la relación con pacientes, familiares y otros miembros del equipo médico.

[...Los médicos lectores que conversan con los pacientes son esenciales, ahora no hay tiempo. En la medicina actual se perdió el lenguaje con el paciente...el buen semiólogo usa el arma más importante: el taburete, para sentarse a hablar con el otro...] Médico 12.

[...Es importante no solo lo que se habla, sino el lenguaje no verbal, como se toca, se mira y se examina al paciente durante la consulta médica...] Médico 15.

La conversación asertiva para los médicos, además del medio de construcción de la historia clínica, tiene un poder terapéutico. La comunicación verbal y no verbal permite reconocer factores emocionales clave en la intervención del dolor. El interés que el médico muestre al paciente desencadenará una relación médico-paciente fructífera y de confianza, pues son herramientas que disminuyen la molestia y la angustia del paciente. Consideran, además, que tener experiencia clínica en la atención de pacientes con dolor, acompañada de una actitud de confianza y escucha atenta, les brinda la tranquilidad de estar ofreciendo las mejores decisiones terapéuticas.

“Los seres humanos somos seres solitarios y la conversación con el otro nos acompaña y nos hace ser compasivos” Médico 12.

Además del poder terapéutico, la comunicación eficiente les permite comunicarse empáticamente con el equipo de salud, de tal forma que todo el equipo actúe a favor del alivio del paciente. Reconocen que la falta de comunicación es lo que lleva a que incluso los tratamientos de los pacientes no se lleven a cabo a pesar de estar ordenados, pues pareciera que hablan en idiomas diferentes entre los compañeros de turno, refiriéndose tanto a médicos como enfermeras.

“En el servicio de urgencias el trabajo de equipo es todo, y los compañeros son coequiperos” Médico 11.

Los médicos entrevistados consideran que la empatía y la compasión pueden ser adquiridas por modelamiento o por padecimiento. Coinciden en que el ejemplo es fundamental al ser un valor inculcado en el hogar, así como de sus profesores, aunque con frecuencia negativamente, pues enfatizan en la herencia de prácticas nocivas de profesores, que ejercen la medicina desde burbujas de conocimiento especializado, desarticulado e inhumano, lo cual genera vacíos éticos. De otro lado, padecer una experiencia previa personal o familiar con el dolor facilita adquirir una actitud empática y compasiva y así favorecer un adecuado tratamiento del paciente con dolor. De no tener tal antecedente, se espera que la experiencia posgraduados termine por generar el aprendizaje necesario en ese sentido. Mientras se adquiere tal experiencia, que dota de conocimiento, tranquilidad y compasión, los pacientes deberán padecer posiblemente la actitud no empática y poco compasiva de los médicos.

[...La empatía y la compasión se enseñan con el ejemplo... o uno se hace compasivo con los golpes que le da la vida y pasar por experiencias dolorosas...] Médico 11.

[...Hay maestros que te tocan en el corazón y de ellos tomas el cómo quieres tratar el paciente; hay otros que se vuelven anti-modelos, y con sus características negativas nos enseñan lo que no queremos ser...] Médico 15.

Con el tiempo, la exposición a pacientes con dolor en los servicios de urgencias puede conducir al médico por diferentes caminos: el *burnout* o angustia moral, donde cada nueva tragedia lo destruye y lo agota, haciendo que el disfrute de su labor disminuya y que se afecte su vida familiar; la insensibilidad, pone una coraza que nada lo afecta para protegerse psíquicamente, incluso adoptando conductas lesivas al paciente; y el que es

capaz de condolerse, es un término medio, pero no afecta su vida diaria y puede reaccionar.

Desarticulación y fragmentación de la enseñanza del manejo del dolor

El dolor parece un tema olvidado en la medicina moderna, la cual no considera su saber prioritario. Se trata de una enseñanza insuficiente, fracturada y desarticulada, ante la cual los médicos han desarrollado diferentes soluciones que pudieran ir o no en beneficio de los pacientes. Buscan estudiarlo accediendo a diferentes recursos, como los ofrecidos por el medio académico, aprendizaje por imitación del actuar cotidiano del compañero, estudio individual de memorias, libros o publicaciones científicas, todas estas soluciones enfocadas a suplir la falta de conocimiento farmacológico.

[...A uno le dicen en urgencias 'maneje la patología', 'en cirugía se hace esto', 'en gine se puede hacer tal cosa', 'en ortopedia hacemos esto', pero ¿qué nos dijeran 'para un dolor agudo'? yo no me acuerdo...] Médico 8.

[... ¿En realidad cuántos pacientes con dolor agudo ve cuando está rotando? creo que muy poquitos...] Médico 8.

Algunos han encontrado seguridad con la experticia otorgada por su práctica clínica en el uso de tratamientos con opioides a pacientes terminales, pues en ellos prima el trato humano y digno de un paciente que sufre y va a morir. Otros deciden simplemente obviar la existencia del dolor en pacientes y actuar en consonancia, lo que los convierte en médicos insensibles que se van volviendo duros, producto de la rutina y la infelicidad que les proporciona su labor, lo que sumado al cansancio por el ritmo laboral, económico y social que llevan, les genera gran insatisfacción.

[...llevas muchos días trabajando y estás cansado y no quieres escuchar a nadie gritando de dolor, entonces ojalá tuvieras siempre esa capacidad como ese descanso mental...] Médico 6.

El aprendizaje de darle poca importancia al dolor hace que los médicos adopten como principal prioridad de atención y respuesta, el diagnóstico y el riesgo de muerte, y solo cuando estas dos están solucionadas, inician tratamientos analgésicos para los pacientes, lo cual puede alargar periodos de tiempo de sufrimiento. La falta de aprendizaje de elementos biológicos, afectivos,

morales o comportamentales lleva a los médicos a juzgar los desencadenantes emocionales de dolor, como causas no merecedoras de atención, puerta de entrada a lo que algunos llaman, la medicalización del nido vacío.

"Pensamos que manejar dolor es simplemente saberse la escalera de la OMS, medicalizamos la disfunción familiar; el nido vacío, no estamos viendo la persona" Médico 13.

[...fuimos entrenados para solucionar problemas, pero no para enfocarnos en la parte humana del dolor; solo en la biología. Por eso damos solo medicamentos...] Médico 13.

Contradicción entre la naturaleza subjetiva del dolor y el paradigma de formación clínico positivista.

Los médicos entrevistados fueron formados en un paradigma clínico que exige pruebas y resultados objetivos, lo cual contrasta con la naturaleza indiscutiblemente subjetiva del dolor, que en su misma definición se considera una experiencia emocional. Sumado a la imposibilidad de constatar de forma objetiva la evolución de este, se genera una distancia entre el conocimiento del médico y el relato del paciente, donde la expectativa insatisfecha de mejoría con las terapias "adecuadas y efectivas" se ve sustituida por sentimientos de frustración y desconfianza mutuos. Estos médicos aprendieron de sus profesores a desconfiar y cuestionar la realidad de la queja de dolor del paciente, particularmente cuando no hay mejoría con la terapia médica instaurada, porque pone de manifiesto las fallas del modelo médico imperante para entender y mejorar dicho fenómeno. Es preferible entonces pensar que el paciente miente, en lugar de considerar que el modelo biológico causa-efecto mecanicista no explica enteramente el fenómeno.

En su narración, los médicos en múltiples ocasiones ponen de manifiesto la imposibilidad de saber a ciencia cierta cuánto dolor está experimentando el paciente. Esta naturaleza subjetiva del dolor ocasiona incomodidad, desconfianza y deseos de constatación objetiva de la queja. Desde sus experiencias como estudiantes, algunos médicos aprenden de los profesores actitudes de desconfianza a la queja de dolor de los pacientes, maltrato y temor exagerado a los opioides. La desconfianza frente al paciente con dolor de difícil control se justifica con motivos como la posible ganancia primaria o secundaria que tienen estas personas, lo cual se considera no como parte

de la patología, sino más bien un acto deshonesto del paciente quien intenta manipular.

[...la enfermera desde el triage le dice a uno “llegó con mucho dolor, pero yo lo llamé y se paró como si nada de la silla’...pues sí, uno detecta ciertas cositas que pueden ser ganancia secundaria...]
Médico 3.

Los proveedores de servicios en salud han sido formados en escuelas verticales y jerárquicas, donde los poseedores del conocimiento rara vez son cuestionados, donde se considera que hay verdades inamovibles o certezas absolutas sin dar lugar a dudas o matices de realidad. Se observa entonces que en ocasiones el equipo médico se coloca en una posición antagónica al paciente con dolor intenso en urgencias, para tratar de hacer evidente su “engaño” al sistema. Se parte de una relación jerárquica donde el médico es quien tiene la verdad sobre el dolor del paciente, y la validez de este tendrá que ser sometida al juicio del equipo de salud, que son quienes tienen el conocimiento, por lo tanto el poder en la relación. De fondo se insinúa que dicha experiencia debe ser validada por la autoridad médica para constituirse en una enfermedad digna de atención y cuidado. Algunos médicos llegan a adoptar actitudes extremas que van contra la ética en el ejercicio de la profesión, como por ejemplo ordenar “tratamientos” de alivio de dolor que no son efectivos, son altamente dolorosos e incluso pueden ser lesivos, para castigar a los pacientes por el uso de los servicios de urgencias y desestimular la reconsulta.

[...Tuve compañeros que ‘llegó una conversiva’, ‘ah, ponete el protocolo’ y era ponerle dipirona intramuscular...] Médico 2.

Discusión

En el reconocimiento de la vulnerabilidad propia en el dolor del otro, la identificación que se encuentra de fondo es el temor del médico a encontrar su propia fragilidad ante el sufrimiento y la muerte en el otro ser humano. En ocasiones los médicos carecen de las herramientas necesarias para lograr distanciarse emocionalmente sin comprometer el cuidado, y esto lleva a fenómenos de evitación y abandono del paciente¹⁷, que se manifiesta en conductas como no ingresar a la habitación del que sufre o un deseo avasallador de acallar al sufriente, como se evidenció en el profundo malestar que expresaban nuestros entrevistados frente al paciente que grita de dolor en el servicio de urgencias, donde la molestia que

experimenta el médico a la queja pareciera equiparar la del dolor intenso del paciente o a la muerte¹⁸.

Para algunos, la labor médica no tendría que hacerse cargo del sufrimiento, pues existen especialidades como psicología, trabajo social, líderes espirituales y la tanatología. Pero si se reconoce a la medicina como profesión humanista que atiende a personas en condición de enfermedad y vulnerabilidad, es inevitable enfrentar el sufrimiento, más aún cuando hay dolor físico. En un enfoque biomédico se acepta que el médico puede inducir mayor angustia existencial en el paciente al negarse a dar espacio a que este exprese el sufrimiento¹⁹⁻²⁰. El médico no indaga ni valida el impacto del dolor en todos los ámbitos, no profundiza la sensación de soledad del enfermo e induce un sufrimiento adicional e innecesario, lo que va en contra del imperativo ético de “ante todo no hacer daño”, teniendo en cuenta lo anterior es un argumento a favor de que todo médico debe poseer herramientas para afrontar el sufrimiento del otro.

El médico suele identificar el dolor del paciente como un fracaso personal, pues la ciencia médica está obligada a preservar la vida y la salud, cualquier muerte en manos del médico se suele asumir como secundaria a un error o negligencia. Esto genera en los médicos ansiedad y les dificulta aceptar la muerte como desenlace inevitable en sus pacientes, al considerarla como fracaso de la ciencia médica²⁰.

En el abordaje del paciente con dolor, la compasión y la empatía son esenciales para el tratamiento integral y se sustentan en un acto comunicativo efectivo, aunque no suelen ser enseñados intencionadamente durante la formación. La empatía es esa habilidad fundamental que permite al médico entender las necesidades y deseos de los pacientes con el fin de ayudarlos, convirtiéndose en el sentido mismo de la medicina²¹. Como fenómeno, la empatía atrae la atención de la ética médica, de disciplinas como psicología y sociología. Reconocidos filósofos como Heidegger, Theodor Lipps, Max Scheler, Edith Stein, Maurice Merleau-Ponty e incluso Sartre encontraron en la empatía un motivo de escritura y análisis, con un punto en común, considerarla como la forma de presentar a la otra persona con sus sufrimientos a uno mismo, más que formar una hipótesis o imaginación sobre ellos^{21,22}.

Para efectos prácticos en la educación médica, se asume la empatía como un concepto complejo, multifacético y dinámico, al considerar que involucra dimensiones

como la afectiva, cognitiva, comportamental y moral²². Un médico empático es capaz de entender las emociones de los pacientes. Es una forma de conectar con el paciente cognitiva y afectivamente haciéndose consciente de la experiencia del otro, mientras puede preservar y respetar la diferencia. La empatía es acerca de ver, entender, cuidar a la otra persona y hacerla sentir realmente comprendido²³.

Un sistema de atención centrado en el paciente con actores formados con un enfoque biopsicosocial presupone grandes habilidades emocionales, cognitivas y éticas del médico, lo que puede erróneamente suponer el incremento de la vulnerabilidad emocional del médico y con esto el *burnout*²⁴. Se ha observado una disminución de la empatía del estudiante a la medida que va avanzando en su formación médica²⁵, que algunos argumentan como una especie de regulación negativa inconsciente para “protegerse” de la vulnerabilidad emocional y el *burnout*²⁴. En contraposición, algunos estudios muestran que la disminución de la empatía está asociada con *burnout* y cansancio emocional, ya que una práctica genuinamente empática protege del cansancio emocional y ofrece satisfacción laboral al argumentar que ser empático no es lo mismo que ser amable con el paciente²².

Este estudio expone la experiencia personal o familiar dolorosa previa como gran maestra en la capacidad de ser o no empáticos con los pacientes con dolor, al igual que la literatura ha mostrado que existe una brecha de conocimiento médico en el manejo de las reacciones emocionales y comportamentales de los pacientes. Existe evidencia que demuestra cómo los mejores desenlaces en salud están asociados a la conexión positiva entre el médico y su paciente, lo cual requiere habilidades comunicativas, que con un entrenamiento diseñado, intencionado y dirigido pueden hacer la diferencia en la expresión empática del médico y los buenos resultados en el paciente²⁶. Otros estudios muestran que hay elementos en la comunicación verbal y no verbal que aumentan la probabilidad de percepción del médico por el paciente como un verdadero cuidador los cuales pueden ser enseñados en la academia²⁶.

El enfoque biomédico positivista de la medicina prioriza el progreso técnico, la medicina basada en la evidencia y la eficiencia, mientras que la visión del paciente la pondera solamente como un objeto de interés intelectual, susceptible de ser dividido en partes de interés y así en especialidades médicas, en consonancia con un enfoque flexneriano de la enseñanza médica. Esto favorece que los profesionales de la salud puedan

distanciarse de los pacientes, eviten las emociones y se enfoquen en los hechos biomédicos, pues un sistema de salud organizacional mecanicista trae consigo el riesgo de deshumanización con la pérdida de empatía, lo cual puede distanciar los datos clínicos con la realidad del paciente²².

Al acercarse al manejo de pacientes con dolor en los entrevistados, subyace el conflicto del significado del síntoma, como una forma de aproximarse a la realidad desde el positivismo²⁷. Los avances tecnológicos en laboratorio e imágenes diagnósticas reforzaron esta concepción mecanicista del ser, donde todo lo que funciona mal, puede ser medido y cuantificado. En un médico positivista, el dolor y la imposibilidad de cuantificarlo generan desconfianza; al ser un síntoma subversivo que incorpora la subjetividad del paciente. Al no poder abarcarlo por completo desde la perspectiva empírica, lo considera inexistente o no importante, pues elimina la subjetividad²⁸.

Heidegger con su crítica al cartesianismo vuelve a poner la subjetividad como elemento central en la experiencia humana. Los procesos de subjetivación son retratos que la gente hace de sus experiencias (emociones, pensamientos y hábitos)²⁹. No se trata de una “no objetividad”, sino de una forma de atender los fenómenos humanos. Un acto médico centrado en el paciente otorga necesariamente validez y lugar a la subjetividad, un médico que niega su propia subjetividad en el acercamiento al paciente ignora su perspectiva como sujeto frente al conocimiento, huye del encuentro consigo mismo y difícilmente podrá empatizar con el paciente.

Negar el positivismo sería un despropósito en la actual ciencia médica, pero un abordaje integral del dolor en urgencias exige al médico ser capaz de adoptar múltiples perspectivas de observación. Tan humanista como científico, desde una perspectiva transparadigmática para explicar de forma completa los procesos de salud y enfermedad²⁸, en particular en el escenario del dolor. El dolor y el sufrimiento son fenómenos complejos, indiscutiblemente subjetivos e inherentes a la humanidad misma y su alivio constituye la razón de ser y el imperativo ético de la medicina.

No hay duda de que la perspectiva teórica de un investigador influye sobre la posición que éste adopta con respecto al estudio, como puede suceder en este caso, lo que implica algún grado de falibilidad en las interpretaciones a pesar de todos los intentos de “deconstruir” un acontecimiento, incidente o entrevista.

Consideraciones éticas

Los investigadores obtuvieron consentimiento informado de los médicos sujetos de investigación de acuerdo con los principios éticos contenidos en la declaración de Helsinki. Además, recibió la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Contribución de autores

Concepción y el diseño del estudio, recogida de los datos, análisis e interpretación de los resultados; la redacción del artículo; la aprobación final de la versión que será publicada: SCO, NMM y CY.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no presentar conflictos de interés.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores certifican que no han utilizado inteligencia artificial modelos de lenguaje, *machine learning* o alguna tecnología similar como ayuda en la creación de este artículo.

Referencias

1. Resolución 3100/2019, de 25 de noviembre, de inscripción y habilitación de los servicios de salud de 2019 (Boletín oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, número 00003100, de 25 de noviembre de 2019). Resolución 3100 de 2019. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2019.
2. Berben SA, Schoonhoven L, Meijs TH, van Vugt AB, van Grunsven PM. Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services. *Clin J Pain*. 2011; 27(7): 587-592. doi:10.1097/AJP.0b013e3182169036
3. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 2004; 43(4): 494-503. doi: 10.1016/j.annemergmed.2003.11.019
4. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, “Decade of the Flags” Working Group. Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011; 91(5): 737-753. doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>
5. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9): 1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
6. Baker DW. The joint commission’s pain standards: Origins and evolution. Lessons for today’s prescription opioid epidemic. *JAMA*. 2017; 317(11): 1117-1118. doi: 10.1001/jama.2017.0935
7. Bradshaw YS, Patel Wacks N, Perez-Tamayo A, Myers B, Obionwu C Jr, Lee RA, et al. Deconstructing one medical school’s pain curriculum: I. Content analysis. *Pain Med*. 2017; 18(4): 655-663. doi:10.1093/pm/pnw293
8. Murinson BB, Nenortas E, Mayer RS, Mezei L, Kozachik S, Nesbit S, et al. A new program in pain medicine for medical students: integrating core curriculum knowledge with emotional and reflective development. *Pain Med*. 2011; 12(2): 186-195. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01050.x
9. Shipton EE, Bate F, Garrick R, Steketee C, Shipton EA, Visser EJ. Systematic review of pain medicine content, teaching, and assessment in medical school curricula internationally. *Pain Ther*. 2018; 7(2): 139-161. doi:10.1007/s40122-018-0103-z
10. Briggs E. Evaluating the impact of pain education: how do we know we have made a difference? *Br J Pain*. 2012; 6(2): 85-91. doi:10.1177/2049463712449961
11. Rivera-Largacha S, Prieto A, Londoño D. Analysis of the representations of pain in healthcare professionals from a IV level hospital in Bogotá, Colombia. *Rev Col Anesthesiol*. 2018; 46(3): 202-207. doi:10.1097/CJ9.0000000000000056
12. Rice K, Ryu JE, Whitehead C, Katz J, Webster F. Medical trainees’ experiences of treating people with chronic pain: a lost opportunity for medical education. *Acad Med*. 2018; 93(5): 775-780. doi: 10.1097/ACM.0000000000002053
13. Charmaz K. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. Thousand Oaks: Sage; 2006. 224 p. Available from: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Charmaz_2006.pdf
14. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Berkeley, CA: Prentice Hall. 1969. 208 p. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2747599/mod_folder/content/0/COMPLEMENTAR%20-%201969%20-%20Blumer%20-%20Symbolic%20Interactionism.pdf
15. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage; 1990. 268 p.
16. Engward H, Davis G. Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. *J Adv Nurs*. 2015; 71(7): 1530-1538. doi: 10.1111/jan.12653

17. Rousseau P. The fear of death and the physician's responsibility to care for the dying. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001; 18(4): 224-226. doi: [10.1177/104990910101800402](https://doi.org/10.1177/104990910101800402)
18. Álvarez del Río, A. El médico ante el sufrimiento del paciente. *Rev Invest Clin*. 2009; 61(2): 173-180.
19. Frank AW. Can we research suffering? *Qual Health Res*. 2001; 11(3): 353-362. doi: [10.1177/104973201129119154](https://doi.org/10.1177/104973201129119154)
20. Gómez Esteban R. El médico frente a la muerte. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012; 32(113): 67-82. doi: [10.4321/S0211-57352012000100006](https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000100006)
21. Svenaeus F. The phenomenology of empathy in medicine: an introduction. *Med Health Care Philos*. 2014; 17(2): 245-248. doi: [10.1007/s11019-014-9547-z](https://doi.org/10.1007/s11019-014-9547-z)
22. Jeffrey D. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *J R Soc Med*. 2016; 109(12): 446-452. doi: [10.1177/0141076816680120](https://doi.org/10.1177/0141076816680120)
23. Samra R. Empathy and burnout in medicine-acknowledging risks and opportunities. *J Gen Intern Med*. 2018; 33(7): 991-993. doi: [10.1007/s11606-018-4443-5](https://doi.org/10.1007/s11606-018-4443-5)
24. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011; 86(8): 996-1009. doi: [10.1097/ACM.0b013e318221e615](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615)
25. O'Tuathaigh CMP, Nadhirah Idris A, Duggan E, Costa P, Costa MJ. Medical students' empathy and attitudes towards professionalism: Relationship with personality, specialty preference and medical programme. *PLoS One*. 2019; 14(5): e0215675. doi: [10.1371/journal.pone.0215675](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215675)
26. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009; 75(1): 3-10. doi: [10.1016/j.pec.2008.09.007](https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007)
27. Adorno T, Popper K, Dahrendorf R, Habermas J, Albert H, Pilot H. La disputa del positivismo en la sociología alemana. Barcelona-México: Grijalbo; 1973: p. 221.
28. Fuentes SA. Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución. *Rev Chil Med Fam*. 2017; 12(1): 24-32.
29. Campos AC. La subjetividad en las ciencias humanas. *Rev Estud Cultur*. 2008; 1(2): 79-99.