

Ejemplar gratuito Vol. 2

CLÍNICA DEL DOLOR



Qué es el Dolor
Evaluación del Dolor

Qué tipos de Dolor existen
Terminología y nomenclatura del Dolor

Escalas de valoración del Dolor
Notas de actualidad
Testimonio de pacientes

El alivio del DOLOR en manos de EXPERTOS

Clínica del Dolor

Directorio:

Dr. Marco Antonio Narváez Tamayo	Director
Dra. Karin Glasinovic Paiva	Medicina Paliativa - Dolor
Dr. Freddy Fernández Rocabado	Anestesiología - Dolor agudo
Dr. Rubén Mamani Condori	Anestesiología - Dolor crónico
Dr. Walter Álvarez Sarmiento	Fisiatría - Rehabilitación
Dr. Raúl Villanueva	Medicina Interna
Dr. Mauricio Mollinedo	Medicina Interna
Dra. Claribel Ramírez	Psiquiatría - Psicoterapia
Dra. Susana Prado	Medicina General
Lic. Pilar Salinas Ríos	Psicología en Dolor crónico
Lic. Jannet Apure Berrios	Fisioterapia - acupuntura
Lic. Cecilia Pacheco	Fisioterapia
Lic. Soraya Velasco Domínguez	Licenciada en Enfermería
Lic. Mariana Gómez C.	Licenciada en Enfermería
Carolina Cornejo	Enfermería - atención domiciliaria
Betty Espejo	Enfermería - atención domiciliaria
Iván Vilela C.	Enfermería - atención domiciliaria
Pamela Roman	Asistente Médico

Editorial.



Estimados lectores:

Es un grato placer dirigirme a todos ustedes a propósito del segundo volumen de la revista de la Clínica del Dolor.

Como hemos mencionado anteriormente, para el mejor control del dolor crónico en nuestros pacientes; son principios irrenunciables dos aspectos de absoluta importancia:

1. La educación del paciente y su entorno en aspectos relacionados al dolor que redundaran en mejor control, mejores hábitos y mayor tolerancia al dolor.

2. La interdisciplina que refleja la necesidad de atención del paciente con dolor crónico desde las especialidades médicas relacionadas con la entidad que motiva el dolor de nuestros pacientes. Entre ellas destacan la Rehabilitación, la Medicina Interna, la Neurología, la Neurocirugía, la Psicología Clínica, entre otras.

Este número está particularmente dedicado a un aspecto fundamental, llegar al diagnóstico correcto, que a su vez es una de las claves para acceder al tratamiento adecuado. El diagnóstico correcto se basa en una adecuada EVALUACIÓN. Este aspecto es el que está reflejado en este segundo volumen, en líneas claras, sencillas y resumidas para una fácil comprensión de nuestros lectores.

La evaluación del dolor es crítica y una de sus varias características es la INTENSIDAD. Para su evaluación están destinadas varias de las escalas que están en este escrito y existen también varios cuestionarios dedicados a la evaluación no sólo de la intensidad sino más bien de todos los otros múltiples aspectos del dolor crónico, que en su conjunto asociados al examen clínico, serán el soporte crucial en la correcta evaluación del paciente con dolor crónico.

El dolor sigue siendo una de las más enigmáticas de nuestras percepciones. En primer lugar porque reagrupamos bajo este término una multitud de sensaciones desagradables, desde un simple pinchazo hasta dolores crónicos, que afectan profundamente a la personalidad del enfermo. Además, se caracteriza menos por los parámetros de la estimulación, intensidad o duración que por la connotación activa que se le atribuye. Si el dolor es penoso, es porque existe una asociación clara y determinante con el componente emocional de cada individuo.

El componente subjetivo del dolor dificulta su valoración. Uno de los padres de la Medicina del Dolor postulaba que sólo es posible valorar adecuadamente el dolor cuando se considera la reacción habitual de esa persona a los estímulos dolorosos y los diferentes factores que pueden modificarlo. En la actualidad, se dispone de múltiples procedimientos para medir el dolor, incluyendo las técnicas de evaluación psicológica. Aunque sea difícil valorar el dolor, debemos hacerlo antes de instaurar cualquier tratamiento analgésico, pues nos ayudará a evaluar la efectividad del mismo. Para ello es preciso conocer sus componentes y las dimensiones de la experiencia dolorosa.

Con el firme deseo de que este texto sea de total beneficio en busca de mejores días o días sin dolor para nuestros pacientes, es que les presento a nombre de todo el personal médico, paramédico y administrativo de la Clínica del Dolor este segundo volumen con la firme promesa de dedicar nuestro mayor esfuerzo a su correcta evaluación, para así alcanzar el alivio de esta particular molestia. El Dolor.

Dr. Marco Antonio Narváez Tamayo
CLÍNICA del DOLOR



DOLOR

Índice

1. Qué es el Dolor
2. Evaluación del Dolor
3. Qué tipos de Dolor existen
4. Terminología y nomenclatura del Dolor
5. Escalas de valoración del Dolor
6. Notas de actualidad
7. Testimonio de pacientes

Qué es el Dolor

El dolor es una sensación modulada y transmitida por el sistema nervioso. El dolor puede ser agudo o crónico, es decir de presentación rápida y de poca duración, o más bien permanecer durante mucho tiempo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen o el pecho o sentir dolor generalizado, como los dolores musculares durante una gripe.

El dolor agudo, es un signo de alarma que nos puede ayudar a llegar a un diagnóstico o a conocer la causa de un problema. Muy diferente del anterior, es el dolor crónico que hoy en día es considerado como una enfermedad por sí misma, debido a la carga en componentes que involucra y que abordaremos a medida que avanza el texto del número de esta revista.

Sin un sistema discriminador y sensitivo, o con este sistema, en mal funcionamiento; usted podría lastimarse gravemente sin saberlo o no darse cuenta de que tiene un problema médico que requiere tratamiento. Una vez que el problema se trata, el dolor suele desaparecer. Sin embargo, a veces el dolor continúa durante semanas, meses o años. Esto se conoce como **dolor crónico** y las consecuencias a las que hacía

referencia líneas atrás se refieren por ejemplo, a consecuencias orgánicas, fisiológicas, psicológicas, emocionales, sociales y laborales, entre las más importantes. Algunas veces el dolor crónico se debe a una causa constante, como la artritis, la artrosis, la fibromialgia, el dolor de espalda o el cáncer. Otras veces la causa es desconocida o es de muy difícil diagnóstico donde se debe agotar las opciones de diagnóstico con las que contamos actualmente. Una persona puede tener más de un tipo de dolor crónico al mismo tiempo. Afortunadamente, existen muchas formas para

tratar el dolor, cada vez más efectivas y más seguras para nuestro organismo. Este aspecto es de gran interés ya que la persona que sufre dolor crónico, es muy probable que deba recibir medicación por largos periodos de tiempo.

La International Association for the Study of Pain (IASP); define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño”. Sin embargo, cada persona aprende el significado de la palabra dolor a través de su experiencia personal.



EVALUACIÓN del DOLOR

Para tener éxito en el control del dolor se debe hacer una adecuada evaluación. Una cuidadosa anamnesis (interrogatorio) y el examen clínico, nos permitirán determinar aspectos trascendentales como las características del dolor, su evolución, las probables causas, el grado de afectación que produce en la persona la presencia de este hecho, nos permitirán orientarnos sobre qué estudios complementarios son necesarios y con todo ello podremos proponernos un diagnóstico. Cuanto más cerca estemos del diagnóstico adecuado; nuestras posibilidades de tratamiento serán francamente mayores. Fuera de los datos generales del paciente, que son necesarios y nos permitirán localizar al paciente cuando sea necesario. Deben considerarse otros que en un momento determinado pueden ser cruciales. Por ejemplo, el estado civil, familiar, la convivencia de la pareja y su entorno familiar; saber si viven solos, en familia, con amigos o conviven con otros enfermos crónicos, etc., etc. esto con la finalidad de determinar si la estrategia analgésica puede comprometer el apoyo del entorno.

Deben anotarse también dentro de los antecedentes de cada paciente; las enfermedades pre-existentes, cirugías, alergias conocidas, medicación habitual e incluso, aspectos como la tendencia al abuso de fármacos o sustancias que podrían afectar la medicación que propongamos a nuestro paciente. La calidad del sueño y el descanso nocturno. El hábito del cigarrillo, el consumo de alcohol, drogas (opioides, anfetaminas, etc). Una vez que contemos con estos datos registrados; nos dedicaremos a revisar y analizar la historia clínica del dolor propiamente dicha. Será un detallado análisis de esta molestia principal y del curso clínico de la misma. Con total certeza; podemos afirmar que la historia clínica es fundamental en el diagnóstico, hasta el punto de que frecuentemente indica la causa probable, aun antes de practicar la exploración física y los estudios complementarios

pertinentes. Una adecuada historia clínica como dijimos anteriormente es decisiva para llegar al diagnóstico clínico y este, es crucial para ofrecer al paciente el tratamiento adecuado.

No existe un modelo único en la técnica de realización de la historia clínica, ya que cada paciente experimenta su dolor de manera particular y un fenómeno fisiopatológico puede ocasionar diferentes síndromes dolorosos; la obtención de datos anamnésicos constituye un verdadero arte en el que juega un rol demasiado importante; la experiencia del médico tratante.

Evaluación Clínica

Algunos principios generales son necesarios a la hora de valorar un cuadro de dolor

1. La manifestación dolorosa del paciente debe tomarse muy en cuenta porque es uno de los pilares trascendentales para acceder a una presunción diagnóstica muy cercana al origen del problema. Creer en el dolor del paciente, es una tarea fundamental.
2. En la parte inicial del texto de esta pequeña publicación, hacíamos referencia al crucial interés que debemos tener para obtener una historia detallada del dolor. El determinar el tipo de dolor de cada paciente en particular, tiene implicaciones muy importantes por la diversidad de tipos de dolor y causas que pueden existir. Así limitamos o evitamos errores como el de utilizar diferentes tipos de analgésicos en entidades raras o de difícil diagnóstico, como es el caso de la distrofia simpática refleja por ejemplo. También nos permite evitar pruebas o exámenes innecesarios o incómodos para el paciente, como por ejemplo una tomografía computada o una resonancia magnética cerebral entre otras.

3. Evaluar la intensidad del dolor, para este fin se utilizan las escalas de intensidad del dolor. Una de las mayores dificultades en la valoración del dolor es su naturaleza subjetiva, y por lo tanto la dificultad que representa cuantificarlo. Es necesario contar con un instrumento de medición lo más objetivo y simple posible para evaluar la intensidad del dolor. Algunas de las características que debe cumplir este instrumento de medición es que pueda ser repetido en las siguientes evaluaciones, que pueda ser comparable y nos permita valorar el grado de eficacia analgésica del método utilizado. De todas las disponibles, la escala visual análoga (EVA) es la más utilizada, tiene la ventaja de simplicidad y rapidez en su realización e incluso esta escala está admitida como útil, necesaria y esta validada en la investigación científica cuando evalúa una de las características del dolor, que es la intensidad.
4. Efectuar un examen físico minucioso: Debe destacarse la necesidad de una detenida exploración neurológica, pues el dolor puede ser el síntoma inicial del compromiso de estructuras neurales críticas. Por ejemplo, un dolor vertebral en un paciente con cáncer, puede ser la única manifestación aparente de una compresión de la médula espinal y sus raíces. Un grupo de investigadores publicaron y refieren que en un hospital oncológico la consulta neurológica por dolor identificó una etiología no diagnosticada previamente en el 64% de los pacientes, y determinó la aplicación de una terapia antitumoral adicional (radioterapia, cirugía o quimioterapia) en el 18% de los pacientes evaluados.
5. Evaluar el estado psicológico del paciente: Hay que determinar el nivel de ansiedad o depresión, las ideas suicidas y el grado de incapacidad funcional.

La depresión suele acompañar a todo dolor crónico y el dolor no controlado es el principal factor de suicidios relacionados al cáncer; en un estudio se demostró que el 39% de los pacientes que tenían depresión cursaban con dolor importante, en contraste, sólo el 19% de los que no tuvieron depresión sufrieron de dolor importante. Se debe determinar la relación familiar y la vivencia personal del dolor, lo que le permitirá al médico conocer el nivel de cooperación de la familia y la necesidad de instaurar un tratamiento antidepresivo y/o psicológico.
6. Tratamiento analgésico desde el inicio: El tratamiento precoz del dolor rara vez va a obscurecer el diagnóstico y facilita la colaboración del enfermo en todas las pruebas a realizar.
7. Realizar las evaluaciones diagnósticas necesarias: Esto implica conocer las limitaciones de los exámenes auxiliares, por ejemplo: en metástasis de base de cráneo, la región sacra y en la unión cervico-dorsal las radiografías simples son poco confiables, en cambio una tomografía computada es de elección.
8. Establecer una relación de confianza médico-paciente es tan importante como el diagnóstico o el tratamiento. Fundamental para el adecuado entendimiento y la subsecuente interrelación con el paciente y su entorno.
9. Reevaluar continuamente al paciente: Al inicio del tratamiento analgésico es necesario reevaluar con frecuencia al paciente, hasta conseguir un adecuado control del dolor. El intervalo de tiempo entre las evaluaciones está en relación con la intensidad del dolor y la vida media del analgésico a utilizar, siendo más frecuente a mayor intensidad del dolor y menor el tiempo de vida media del fármaco.

¿QUÉ TIPOS DE DOLOR EXISTEN?

Los criterios de clasificación del dolor son múltiples, sin embargo describiremos los más comunes y de fácil interpretación para su mejor comprensión. Teniendo en cuenta las estructuras que pueden dar lugar al origen del dolor tenemos:

Dolor somático:

Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física, excita los receptores nociceptivos o receptores del dolor. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente dicho, cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo. El dolor visceral, en cambio, es frecuentemente menos localizado y puede ser referido al área cutánea que tiene la misma inervación. Por ejemplo, el estímulo de receptores en el miocardio activa aferentes viscerales que terminan en los cuatro primeros segmentos medulares torácicos; esta información converge sobre la misma neurona que recibe los estímulos cutáneos, por lo que el dolor es referido muchas veces al hombro y/o brazo izquierdos.

La activación crónica de estos elementos puede evocar dolor referido, efectos simpáticos locales, contracciones musculares segmentarias y cambios posturales.

Dolor visceral:

Es aquel tipo de dolor originado en los órganos internos (aunque no todas las vísceras son sensibles al dolor).

Con mayor frecuencia, aparece como consecuencia de enfermedades. Dentro los estímulos principales que lo desencadenan están:

- (a) Distensión o dilatación brusca.
- (b) Espasmo o contracción del músculo liso (en particular, si hay isquemia).
- (c) Irritantes químicos

Según el mecanismo neurofisiológico que lo origina, el dolor suele subdividirse en 2 tipos: dolor nociceptivo y dolor neuropático.

Dolor nociceptivo. Este dolor representa aquella forma de dolor que aparece en todos los individuos normales como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales. Habitualmente cumple una misión de protección.

Dolor neuropático es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera,

como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el término de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada.

Según el tiempo de duración del Dolor:

Dolor agudo:

Es aquel dolor que no suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión causante y en todo caso, menos de un período, arbitrariamente establecido, de entre 3 y 6 meses.

Son ejemplos de dolor agudo:

1. El Dolor agudo postquirúrgico o postoperatorio
2. El Dolor en obstetricia
3. El Dolor en politraumatizados
4. El Dolor en grandes quemados
5. El Dolor agudo sintomático

Dolor crónico:

Dolor provocado por un trastorno funcional del sistema nervioso central o periférico que, a diferencia del dolor agudo; no tiene ninguna función de advertencia.

Tiene una duración superior a seis meses, se mantiene, a pesar de que la causa que lo produjo haya desaparecido, o aun cuando ya no cumple su función biológico-defensiva.

El dolor crónico provoca un fuerte impacto sobre la función física, emocional y cognitiva. Afecta la vida social de la persona y su entorno familiar, la capacidad de trabajar se ve deteriorada. En algunas ocasiones, la intensidad del dolor incluso supera la opción de control farmacológico y

debemos encontrar opciones de tratamiento mínimamente invasivo según cada caso en particular.

No es infrecuente el infravalorar el estrés psicológico que provoca el dolor crónico a lo largo de los meses o años, por ende, con una frecuencia importante los pacientes no reciben un adecuado soporte con profesionales Psicólogos entrenados o capacitados para afrontar este tipo de complicaciones o consecuencias del dolor crónico. La incidencia actual del dolor crónico es aproximadamente del 27-33% y está asociado habitualmente a una enorme carga social.

Dolor crónico de origen neoplásico (cáncer)

Dolor crónico de origen no neoplásico (no cáncer)

Dolor psicogénico ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

Según la intensidad del Dolor, se clasifica en:

Leve: Puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores o técnicas de manejo intervencionista del dolor.

Terminología y nomenclatura del Dolor

GLOSARIO TERMINOLÓGICO DEL DOLOR

Existen términos habitualmente utilizados y que se refieren a la temática del dolor. Está demostrado que a mayor comprensión y entendimiento del problema por parte del paciente y su familia; los resultados terapéuticos serán más satisfactorios.



- **ALODINIA:** cambio en la calidad de la sensación dolorosa en la cual el paciente siente como dolor, un estímulo que normalmente no lo es. Por ejemplo el roce de la ropa interior en el tórax en pacientes con neuralgia post herpética entre otras.
- **ANESTESIA:** ausencia de todas las modalidades sensitivas.
- **ANESTESIA DOLOROSA:** dolor en una zona anestesiada.
- **DESAFERENCIACIÓN:** dolor debido a pérdida de sensorio por lesión del sistema nervioso central o periférico.
- **DISESTESIA:** sensación desagradable, espontánea o provocada, descrita en términos de calor, frío, tirantez, etc.
- **DOLOR:** experiencia emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, descrita en términos de tal daño.
- **HIPERALGESIA:** aumento de la respuesta frente a estímulos dolorosos.
- **HIPERESTESIA:** aumento de sensibilidad frente a cualquier estímulo táctil.
- **HIPERPATÍA:** síndrome doloroso caracterizado por un aumento de la reacción a un estímulo.
- **HIPOALGESIA:** disminución de la sensibilidad frente a un estímulo doloroso.
- **HIPOESTESIA:** disminución de la sensibilidad frente a cualquier estímulo.
- **NEURALGIA:** dolor que sigue un trayecto nervioso.
- **NEURITIS:** inflamación de un nervio.
- **NEUROPATÍA:** lesión nerviosa que modifica su función.
- **NOCICEPTIVO:** que proviene de los nociceptores o receptores del dolor.
- **PARESTESIA:** sensación anómala espontánea o provocada descrita como hormigueo o adormecimiento por ejemplo.
- **CAUSALGIA:** síndrome de dolor con características neuropáticas, quemantes, acompañado de alodinia, derivado de una lesión nerviosa. Actualmente conocida como Síndrome de Dolor Regional Complejo tipo II.
- **PUNTO TRIGGER O GATILLO:** área muy localizada de hipersensibilidad.
- **RADICULALGIA:** dolor que sigue el trayecto de una raíz nerviosa.
- **RADICULITIS:** inflamación de una o más raíces nerviosas.
- **TOLERANCIA AL DOLOR:** el mayor umbral que un sujeto puede soportar de dolor.
- **UMBRAL:** nivel a partir del cual se reconocen como dolor el 50% de los estímulos.
- **UMBRAL DOLOROSO:** mínima intensidad de estímulo necesaria para percibir dolor.

Escalas de Valoración del Dolor

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la **intensidad del dolor**, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos o decidir por técnicas para el manejo o tratamiento del dolor.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES A LA HORA DE EVALUAR EL DOLOR:

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continua el dolor y los síntomas que acompañan (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control adecuado del dolor).
- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo o capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de interés para un significativo alivio; adecuando el lenguaje del médico para la comprensión del paciente y sus familiares.
- Dejar puntuar la escala al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).
- EVA (Escala visual analógica)
- El tratamiento del dolor dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA ≥ 7 se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la



vía parenteral es la preferible sobre todo en dolor agudo.

- Estas escalas de valoración del dolor son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, entre las más utilizadas tenemos:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA):

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consisten en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad del Dolor.

Sin dolor _____ Máximo dolor

En este caso solicitamos al paciente que marque el nivel en el cual considera que se encuentra la intensidad de su dolor.

ESCALA NUMÉRICA (EN):

Escala numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad. El paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del

síntoma. Es una de las escalas más utilizadas por su claridad y sencillez.

ESCALA CATEGÓRICA (EC):

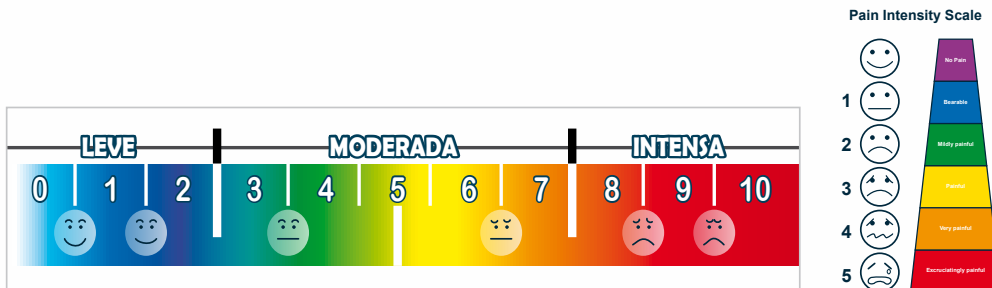
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor										Max. Dolor

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que

resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE INTENSIDAD (EVAI):



Consiste en una línea horizontal de 10 cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor 0; luego esta 1 y 2 que representan dolor leve. El

dolor moderado va del 3 al 7 y desde el 8 al 10 corresponde a un dolor intenso.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PEDIATRÍA:

ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR



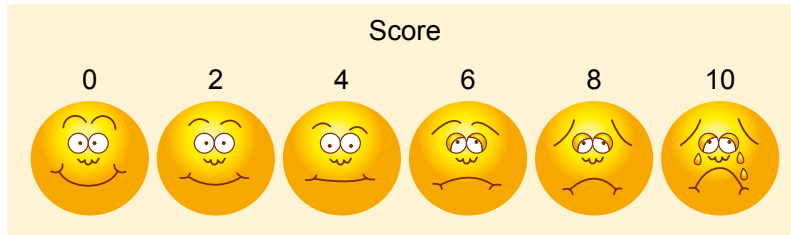


Figura # 1. Escala de la expresión facial, que va desde la cara sin dolor hasta el dolor insoportable.



En el caso de pediatría se le pide al niño o niña que indique con cuál de las figuras se identifica.



TESTIMONIO DE PACIENTES Y/O FAMILIARES



Nombre:
Rosa Calle Montoya (Madre)

Desde el día que nos derivaron a la Clínica del Dolor hubo una gran mejoría en mi hijo, el dolor por el que sufría estaba siendo calmado y controlado fue una experiencia muy buena. Al llegar a la Clínica nos transmitieron confianza, la forma en la que nos trataron desde el primer momento, el calor humano que nos brindaron, los doctores estuvieron hasta su último día estoy muy agradecida con ellos porque estuvo sin dolor mi hijo y eso era lo que queríamos lograr que viva sin dolor y disfrute de sus días.

Como madre de uno de sus pacientes estoy muy agradecida con ellos no tienen que mejorar nada, está muy bien su forma de atender.



Nombre:
Marcela Córdova (Paciente)

Es un honor poder contar la gran experiencia que tuve en la Clínica del Dolor fue muy gratificante ser atendida por el Dr. Narváez ya que estoy muy conforme con el tratamiento que me dieron, yo sufrí un asalto y a consecuencia de los golpes el dolor era muy intenso ya que yo tenía osteoporosis y cuando inicié el tratamiento con el doctor el dolor mejoró, al ver los resultados le hablé a mi hija que sufre de hernia de disco, ella fue a verlo y le empezó el tratamiento, mejoró bastante y sin cirugía ahora ella formó su hogar y está sin ningún problema gracias a los tratamientos que nos ofrecieron en la Clínica del Dolor, ¡las dos estamos bien!

Yo no cambiaría nada, el trato es muy bueno y las instalaciones son cómodas y acogedoras.



Nombre:
Nidia Calderón Durán (Hermana)

Un 4 de noviembre internaron a mi hermana Zulma con un diagnóstico de metástasis (14 tumores en los huesos) fue ahí donde conocí al Dr. Narváez nos trató con mucho cariño, pude ver la dedicación a sus pacientes, mi hermana se quedó internada 3 meses. El doctor iba a verla todos los días; con los tratamientos que recibió le dieron calidad de vida sin sufrimiento que era lo que más temíamos por los comentarios. El 31 de enero falleció mi hermana, puedo asegurar que sus últimos días ella no sufrió gracias a los tratamientos de la Clínica del Dolor, yo aconsejaría a todas esas personas que pasan por ese mal momento acudan a la clínica son profesionales que sí saben cómo tratar a sus pacientes.

Que mantenga como atiende el Dr. Narváez a sus pacientes, que no cambien nada.

CLÍNICA DEL DOLOR



Centro médico "VITALIS": Av. José Aguirre Achá # 710 y Calle 1 de Los Pinos.
2791956 - 2790720 - 72033094 - 77227717
Mail: marcoanarvaezt@gmail.com - karinglapa@gmail.com
www.clinicadel dolor.org.bo