



## CONVENIO PARA EL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

[www.Opioids.Lni.wa.gov](http://www.Opioids.Lni.wa.gov)

Nombre del trabajador \_\_\_\_\_ Número de reclamo \_\_\_\_\_

**El tratamiento con opioides (narcóticos) se utiliza para reducir el dolor y mejorar lo que usted puede hacer cada día.** Junto con el tratamiento con opioides, se podría recetar otro cuidado médico para ayudar a mejorar su habilidad para hacer sus actividades diarias. Esto puede incluir ejercicios, el uso de analgésicos que no sean narcóticos, terapia física, asesoría psicológica u otras terapias o tratamientos. Se podría proporcionar asesoría vocacional para facilitar sus esfuerzos para regresar a trabajar.

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que debo cumplir con este convenio para el tratamiento del dolor continuo con el/la Dr(a) \_\_\_\_\_.

### 1. Mis responsabilidades son las siguientes:

- Tomar mis medicamentos solamente de acuerdo a la dosis y frecuencia de la receta.
- No aumentar ni cambiar mis medicamentos sin la autorización de este proveedor.\*
- Participar activamente en los esfuerzos del Programa de Regreso al Trabajo (RTW, por su sigla en inglés) y en cualquier programa destinado a mejorar la capacidad (incluyendo las actividades sociales, físicas, psicológicas y las actividades diarias o de trabajo).
- No solicitaré opioides o ningún otro analgésico de ningún otro proveedor. Este proveedor autorizará o recetará todos los otros medicamentos que cambian el estado de ánimo y de la razón.
- Informar a este proveedor de todos los otros medicamentos que estoy tomando.
- Cuando sea posible, obtener todos los medicamentos de una sola farmacia. Al firmar este convenio, le doy consentimiento a este proveedor para hablar con el farmacéutico.  
Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Proteger mis recetas y medicamentos. Solamente se reemplazará una receta o medicamento perdido en un solo año calendario. Mantendré todos mis medicamentos fuera del alcance de los niños.
- Si fuera necesario, estaré de acuerdo en participar en evaluaciones psiquiátricas o psicológicas.
- No usaré alcohol ni drogas ilegales o que se consigan en la calle. Este proveedor podría solicitar mi participación en un programa relacionado con este asunto. Dichos programas pueden incluir lo siguiente:
  - Un programa de 12 pasos y obteniendo el apoyo de una persona que ya ha terminado el programa en forma exitosa.
  - Asesoramiento individual.
  - Tratamiento con hospitalización o ambulatorio.
  - Otro: \_\_\_\_\_

**2. En caso de emergencia, yo o mi representante nos comunicaremos con este proveedor** quien discutirá el problema con la sala de emergencia u otro doctor. Soy responsable por la solicitud de transferencia de archivos a este proveedor.

**3. Doy consentimiento para que me realicen exámenes al azar de control de drogas y medicamentos, así como al conteo de las píldoras de estos medicamentos en mi poder.**

**4. Este proveedor revisará la base de datos del programa de monitoreo de recetas del estado** para verificar el historial de mis recetas de opioides.

**5. Asistiré a mis citas programadas**, o si fuera necesario, cancelaré mi cita por lo menos con 24 horas de antelación.

**6. Este proveedor dejará de recetar opioides o cambiará mi plan de tratamiento si:**

- No muestro ninguna mejoría en mis capacidades .
- Me comporto de una manera que no es consistente con mis responsabilidades indicadas en el #1.
- Regalo, vendo o abuso de los medicamentos opioides.
- Desarrollo una tolerancia rápida o no obtengo mejoría con este tratamiento.
- Obtengo opioides de otro proveedor.
- No coopero cuando se me pide tomar un examen para detectar medicamentos.
- Desarrollo un problema de adicción por el uso de opioides.
- Sufro de una consecuencia seria y adversa como resultado de este tratamiento.
- No asisto a mis citas de seguimiento.

**He leído y entiendo las tres hojas de este convenio. Mis preguntas se han contestado satisfactoriamente. Estoy de acuerdo con el uso de opioides para ayudar a controlar mi dolor, con el tratamiento que debe seguirse como se describe arriba.**

Firma del trabajador

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

Proveedor: Mantenga una copia firmada en el archivo. Dele una copia al trabajador. Envíe una copia a L&I. Usted debe renovar este convenio anualmente.

## Riesgos de seguridad mientras trabaja bajo la influencia de opioides

Los opioides reducen el tiempo de reacción, entorpecen el uso del juicio y causan somnolencia (ganas de dormir) y tolerancia. Además, le podría ser peligroso operar equipo pesado o conducir bajo la influencia de opioides.

## Efectos secundarios de los opioides

Algunos de los efectos secundarios siguientes pueden empeorar si mezcla opioides con otros medicamentos, incluyendo el alcohol.

- Confusión u otros cambios en la habilidad para pensar
- Náusea/vómito
- Estreñimiento
- Boca seca
- Testosterona baja
- Apnea del sueño
- Trastorno producido por el uso de opioides o adicción
- Respiración muy lenta – la sobredosis puede parar su respiración y causar la muerte
- Empeoramiento de la depresión

## Otros riesgos

**Dependencia física** – Dejar el uso del medicamento en forma repentina puede causar el síndrome de abstinencia, lo cual puede incluir:

- Moqueo nasal
- Cólicos (dolores) abdominales
- Frecuencia cardíaca rápida
- Diarrea
- Sudor
- Nerviosismo
- Dificultad para dormir
- Escalofríos

**Dependencia psicológica** – Es posible que el dejar de usar el medicamento pueda causar que lo extrañe o que lo desee.

**Tolerancia** – Usted puede necesitar mayor cantidad del medicamento para obtener el mismo efecto.

**Adicción** – Los pacientes pueden desarrollar una adicción en base a factores genéticos u otros.

**Problemas con el embarazo** – Si usted está embarazada o contemplando un embarazo, hable con su proveedor.

## Recomendaciones para manejar sus medicamentos

- Mantenga un diario de los analgésicos que está tomando, las dosis, hora del día en que las toma, su efectividad y cualquier efecto secundario que pueda tener.
- Llévase solamente la cantidad de medicamentos que necesita si tiene que salir de su casa. Esto disminuye el riesgo de perder todos sus medicamentos al mismo tiempo.
- Es importante desechar sus medicamentos apropiadamente para evitar causarle un daño a otros. A continuación se presentan algunas opciones para desechar los medicamentos e instrucciones especiales para que considere al desechar los medicamentos que han expirado, que ya no quiere o que no ha usado:
  - **Programas que reciben medicamentos para desecharlos** – Comuníquese con el servicio gubernamental de recolección de basuras de su hogar y de reciclaje en su ciudad o condado para ver si hay en su comunidad un programa que recibe medicamentos para desecharlos.
  - **Deseche los medicamentos en la basura de su casa** – Mezcle los medicamentos (NO triture las tabletas o cápsulas) con una sustancia desagradable como por ejemplo arena higiénica para gatos o sedimentos de café; ponga la mezcla en un envase, tal como una bolsa plástica sellada; y tire el envase en la basura de su casa.
  - **Eliminación de ciertos medicamentos por el inodoro/lavamanos** – Comuníquese con la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por su sigla en inglés) al 1-888-463-6332 para ver si su medicamento tiene instrucciones de eliminación específicas indicando si debe eliminarse al vaciarlo por medio del inodoro o el lavamanos.

\*Profesional médico o proveedor de cuidado de la salud certificado: Para estas reglas, significa cualquier persona con la definición de “doctor” bajo estas reglas o con licencia para ejercer una o más de las siguientes profesiones: Audiología; terapia física; terapia ocupacional; farmacia; protética, ortética, psicología; enfermería; enfermeros registrados de práctica avanzada (ARNP, por su sigla en inglés); asistentes de médico certificados o asistentes de médicos osteópatas y terapia de masaje.