



Consentimiento para el tratamiento crónico con opioides

Formulario de consentimiento de la Academia Estadounidense de Medicina del Dolor

El Dr. _____ me indica medicamentos opioides, con frecuencia conocidos como analgésicos narcóticos, para el diagnóstico de _____

Se tomó esta decisión porque mi estado es grave o porque otros tratamientos no han ayudado a paliar mi dolor.

Soy consciente de que el uso de dichos medicamentos implica determinados riesgos, incluyendo, sin limitación, los enumerados a continuación: somnolencia o adormecimiento, constipación, náuseas, prurito, vómitos, mareos, reacciones alérgicas, disminución de la frecuencia respiratoria, hiporreflexia o aumento del tiempo de reacción, dependencia física, tolerancia a la analgesia, adicción y posibilidad de que el medicamento no ofrezca un alivio completo del dolor.

Soy consciente de los posibles riesgos y beneficios de otros tipos de tratamientos que no involucren el uso de opioides. Los otros tratamientos considerados incluyen:

Mantendré a mi médico informado sobre cualquier otro medicamento y tratamiento que esté recibiendo.

No participaré en actividades que puedan ser riesgosas para mí o para otras personas en caso de sentir adormecimiento o de no estar en plena consciencia. Soy consciente de que, aunque no lo note, mis reflejos y reacciones pueden ser más lentos. Dichas actividades incluyen, sin limitación: el uso de equipos pesados o vehículos a motor, el trabajo en altura sin protección y la responsabilidad sobre terceros que no puedan valerse por sí mismos.

Soy consciente de que existen otros medicamentos, tales como nalbufine (Nubaín®), pentazocina (Talwin®), buprenorfina (Buprenex®) y butorfanol (Stadol®), que pueden anular el efecto del medicamento que estoy utilizando para controlar el dolor. El consumo de cualquiera de estos otros medicamentos junto con los medicamentos contra el dolor que estoy utilizando puede causar síntomas tales como los de una gripe fuerte, lo que se denomina síndrome de abstinencia. Acuerdo no ingerir ninguno de estos medicamentos y advertirle a cualquier otro médico que me atienda que estoy consumiendo un medicamento opioide contra el dolor y que no puedo recibir ninguno de los medicamentos indicados más arriba.

Soy consciente de que la adicción se define como el uso de un medicamento aunque cause daño, el deseo de consumir una droga, la necesidad de consumir una droga y la disminución de la calidad de vida. Soy consciente de que la posibilidad de adquirir la adicción a mi medicamento contra el dolor es muy baja. Soy consciente de que en publicaciones médicas se informó el desarrollo de adicción en raras oportunidades y que es mucho más común en una persona que tenga antecedentes familiares o personales de adicción.

Acuerdo contarle a mi médico mis antecedentes personales en el uso de drogas, así como los de mi familia, de manera honesta y completa, a mi leal saber y entender.

Comprendo que la dependencia física es un resultado normal y esperado del uso de estos medicamentos durante un período extenso. Comprendo que la dependencia física no es lo mismo que la adicción. Soy consciente de que la dependencia física significa que si se reduce significativamente el uso del medicamento contra el dolor, se lo discontinúa o queda anulada su acción por alguno de los agentes mencionados más arriba, experimentaré el síndrome de abstinencia. Esto significa que puedo tener algunos de los siguientes síntomas: secreción nasal, bostezo, dilatación de pupilas, piel erizada, dolor y calambres abdominales, diarrea, irritabilidad, dolor corporal y sensación similar a la gripe. Soy consciente de que el síndrome de abstinencia del opioide causa incomodidad pero que no constituye una amenaza a la vida.

Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia significa que puedo necesitar incrementar la dosis del medicamento para lograr el mismo grado de alivio del dolor. Soy consciente de que la tolerancia a la analgesia no parece ser un problema grave para la mayoría de los pacientes que padecen dolor crónico; sin embargo, se han informado algunos casos y esto puede ocurrirme a mí. En caso de experimentar tolerancia a la analgesia, una mayor dosis no siempre ayuda y puede causar efectos colaterales inaceptables. La tolerancia o la mala respuesta a los opioides pueden hacer que mi médico elija alguna otra forma de tratamiento.

(Sólo hombres) Soy consciente de que se ha asociado el uso crónico de opioides con bajos niveles de testosterona en el sexo masculino. Esto puede afectar mi estado de ánimo, mi vigor, mi deseo sexual y mi rendimiento físico y sexual. Entiendo que mi médico puede realizarme análisis de sangre para verificar si mi nivel de testosterona es normal.

(Sólo mujeres) Si tengo planificado quedar embarazada o considero que estoy embarazada mientras recibo esta medicación para el dolor, de inmediato llamaré a mi obstetra y a este consultorio a fin de informarles al respecto. Soy consciente de que, en caso de que llevara adelante un embarazo hasta su término mientras estoy recibiendo estos medicamentos, el bebé tendrá dependencia física de los opioides. Soy consciente de que el uso de opioides en general no está asociado con el riesgo de defectos congénitos. Sin embargo, los defectos congénitos pueden darse ya sea que la madre reciba medicamentos o no, y siempre existe la posibilidad de que mi hijo tenga un defecto congénito mientras estoy recibiendo un opioide.

He leído este formulario o me lo han leído y lo comprendo en su totalidad. He tenido la oportunidad de que me respondan todas las preguntas sobre este tratamiento a mi entera satisfacción. Al firmar este formulario en forma voluntaria, presto mi consentimiento respecto de mi tratamiento del dolor con medicamentos opioides contra el dolor.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Testigos _____

Approved by the AAPM Executive Committee on January 14, 1999.



4700 W. Lake Avenue
Glenview, IL 60025-1485
847/375-4731
Fax 877/734-8750
E-mail: aapm@amctec.com
Sitio web: www.painmed.org