# Apéndices

## Apéndice 1: Cuadro de comparación: Medicamentos para Trastorno por consumo de opioides

| **Cuadro de comparación: Medicamentos para Trastorno por consumo de opioides** |
| --- |
| **Riesgo e desviación de metadona: sí** |
| ***Mecanismo de acción*** | ***Usos*** | ***Efectos secundarios*** |
| **Agonista completo**Reduce la abstinencia de opioides y la ansiedad; reduce o bloquea los efectos eufóricos de los opioides ilícitos autoadministrados mediante la tolerancia cruzada y la ocupación de los receptores de opioides. | Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia. | Estreñimiento, hiperhidrosis, depresión respiratoria, sedación, prolongación de QT, disfunción sexual, hipotensión grave, incluyendo hipotensión ortostática y síncope, potencial de uso indebido. |
| ***Formatos*** | ***Restricciones*** | ***Pacientes aptos*** | ***Dosificación*** |
| Tableta oral o líquido. | Anexo II; solo disponible en los OTP con certificación federal y en ámbitos de intervención hospitalaria para tratamiento de OUD. | Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica y que cumplen con los criterios federales para la admisión a OTP. | Dosificación según sea **recetada por OTP.**Dosificación diaria en un programa de tratamiento con metadona (programa de tratamiento por uso de narcóticos):* Tomado de forma oral
* Dosis inicial habitual de 20-30 mg
* Incremento de titulación de 1-3 mg. Cada cierto número de días
* Los datos muestran una necesidad usual de al menos 60 mg; ajustar para controlar sin sedación

Dosis promedio de mantenimiento:* 60-90 mg, pero el rango puede ser amplio
* Dosis máxima en 4 horas
 |

| **Cuadro de comparación: Medicamentos para Trastorno por consumo de opioides** |
| --- |
| **Buprenorfina (por ejemplo, Subutex, Belbuca, Probuphine, Sublocade) Riesgo de desvío: sí** |
| ***Mecanismo de acción*** | ***Usos*** | ***Efectos secundarios*** |
| **Agonista parcial**Reduce la abstinencia de opioides y la ansiedad; reduce o bloquea los efectos eufóricos de los opioides ilícitos autoadministrados mediante la tolerancia cruzada y la ocupación de los receptores de opioides. | Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia. | Estreñimiento, nauseas, abstinencia acelerada de opioides, sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema periférico, depresión respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepina u otros depresores CNS), potencial de uso indebido.* **Implante:** daño a nervios durante la inserción/remoción, sobredosis accidental, uso indebido si se extrae, migración local o protuberancia.
* **Subcutáneo:** comezón o dolor en el punto de inyección, muerte por inyección intravenosa.
 |
| ***Formatos*** | ***Restricciones*** | ***Pacientes aptos*** | ***Dosificación por día*** |
| Tableta oral, lámina bucal, implante de liberación extendida o inyección subcutánea. | Anexo III; requiere que el permiso emita la receta fuera de los OTP. Recetado en cualquier contexto con el permiso correcto. Los OTP no necesitan un permiso pero pueden recetar y administrar.* **Implante:** quien receta debe estar certificado en el Programa de estrategia de evaluación y reducción de riesgo de Probuphine (REMS). Los proveedores que deseen insertar/remover implantes deben tener capacitación y certificación especiales en el Programa REMS.
* **Subcutáneo:** los contextos de atención médica y las farmacias deben certificarse en el Programa REMS de Sublocade y solo administrar el medicamento directamente a un proveedor para su administración.
 | Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica. | El rango normal de dosis es de 16-24 mg/día. Los pacientes dependientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si lo hacen, es una euforia muy ligera y usualmente se resuelve en unos cuantos días. La dosis máxima recomendada es de 32 mg/día.La dosis recomendada de Sublocade es de 300 mg SC una vez por mes durante los primeros dos meses, seguida de una dosis de mantenimiento de 100 mg/mes. Los pacientes necesitan estabilizarse con buprenorfina o buprenorfina/naxalona sublingual durante al menos siete días antes del tratamiento con Sublocade. |
| **Buprenorfina/naloxona (por ejemplo, Suboxone, Zubsolv, Bunavail) Riesgo de desviación: sí** |
| ***Mecanismo de acción*** | ***Usos*** | ***Efectos secundarios*** |
| **Combinación de** **Agonista parcial/antagonista** | Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia. | Estreñimiento, nauseas, abstinencia acelerada de opioides, sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema periférico, depresión respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepina u otros depresores CNS), potencial de uso indebido. |
| ***Formatos*** | ***Restricciones*** | ***Pacientes aptos***  | ***Dosificación por día*** |
| Tableta oral o lámina bucal | Anexo III; requiere que el permiso emita la receta fuera de los OTP. Recetado en cualquier contexto con el permiso correcto. Los OTP no necesitan un permiso pero pueden recetar y administrar. | Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica. | Dosificación por día según la recete OTP/OBAT.El rango normal de dosis es de 16-24 mg/día; los pacientes dependientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si lo hacen, es una euforia muy ligera y usualmente se resuelve en unos cuantos días. La dosis máxima recomendada es de 32 mg/día. |
| **Naltrexona (por ejemplo, ReVia, Vivitrol) Riesgo de desviación: no** |
| ***Mecanismo de acción*** | ***Usos*** | ***Efectos secundarios*** |
| **Antagonista**Bloquea los efectos eufóricosde los opioides ilícitos autoadministrados mediante la ocupación de los receptores de opioides. No ocasiona efectos de opioides. | Previene la reincidencia después de abstinencia con supervisión médica. | Náuseas, ansiedad, insomnio, abstinencia acelerada de opioides, tendencias suicidas, dolores musculares, mareos o síncope, somnolencia o sedación, anorexia, apetito reducido u otros trastornos alimenticios. * **Intramuscular:** dolor, inflamación, induración (incluyendo algunos casos que requieren intervención quirúrgica).
 |
| ***Formatos*** | ***Restricciones*** | ***Pacientes aptos***  | ***Dosificación por día*** |
| Tableta oral o inyectable de liberación prolongada. | Cualquier médico puede recetar, no se necesita/requiere de permiso | Usualmente para pacientes con OUD que se han abstenido de opioides de acción corta por al menos 7-70 días y de opioides de acción larga por al menos 10-14 días.  | Administre el inyectable de liberación prolongada cada 4 semanas o una vez al mes como inyección intramuscular (IM) en el glúteo de 380 mg**.** |
| **Naloxona Riesgo de desviación: no** |
| ***Mecanismo de acción*** | ***Usos*** | ***Efectos secundarios*** |
| **Antagonista de opioide**Se adhiere a los receptores de opioides y revierte y bloquea los efectos de otros opioides. Se usa para revertir de forma total o parcial la sobredosis de opioides, incluyendo depresión respiratoria. | Para revertir la sobredosis de opioides**.** | Los efectos secundarios de la naloxona son poco comunes, pero las personas pueden tener reacciones alérgicas al medicamento. En general, la naloxona es un medicamento seguro. Sin embargo, solo revierte una sobredosis en personas con opioides en sus sistemas y no revertirá sobredosis de otras drogas como cocaína o metanfetaminas. Es importante tener en cuenta que los pacientes despertarán con abstinencia; pueden ser agresivos. Los pacientes deben monitorearse después del tratamiento, ya que el opioide puede tener una vida media más larga que la naloxona.  |
| ***Restricciones***  | ***Pacientes aptos***  | ***Formatos*** |
| Amplia disponibilidad a través de farmacias, EMT y otras agencias. | Personas que tienen sobredosis por opioides. | * Inyección IM, IV o SC.
* Autoinyector (Evzio).
* Aerosol nasal (naloxona).
 |
| ***Dosificación*** |
| **Dosis inicial:** 0.4 mg a 2 mg IV; de forma alternativa, puede darse IM o subcutánea.* De no obtenerse la respuesta deseada, las dosis deben repetirse en intervalos de 2-3 minutos.
* De no observarse una respuesta con una dosis total de 10 mg, debe cuestionarse el diagnóstico de toxicidad inducida o parcialmente inducida por opioides.

**Autoinyector**: para uso de emergencia en el hogar u otro ambiente no médico.* Administre 0.4 mg (1 disparo) de forma IM o subcutánea en la parte anterolateral del muslo (a través de la ropa de ser necesario).
* Si no se logra al respuesta deseada, puede administrarse una segunda dosis después de 2-3 minutos. Pueden administrarse dosis adicionales cada 2-3 minutos hasta que llegue la ayuda médica.

**Aerosol nasal:*** Administre una dosis de aerosol (intranasal) en 1 fosa nasal.
* Si no se logra la respuesta deseada después de 2 o 3 minutos, proporcione una segunda dosis (intranasal) en la fosa nasal alternativa; pueden administrarse dosis adicionales cada 2 a 3 minutos en fosas nasales alternadas hasta que el equipo de ayuda médica de emergencia llegue.
 |

## Apéndice 2: Técnicas de empatía

La empatía es la capacidad para comprender y relacionarse con la experiencia y las emociones de alguien. Marca la mayoría de nuestras relaciones, en cada ambiente, y puede ser muy importante para residentes que están trabajando hacia la recuperación de OUT y StUD.[[1]](#footnote-1) Aquí tiene algunos ejemplos que la persona puede usar para mostrar empatía hacia los residentes.[[2]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Técnica** | **Ejemplos (pueden superponerse)** |
| Nombrar | “Parece que estás sintiendo…” “Me pregunto si estás sintiendo…”“Algunas personas sentirían… en esta situación”.“Veo que esto te hace sentir…” |
| Comprensión | “Puedo comprender cómo esto puede molestarte”.“Puedo comprender por qué te sentirías… tomando en cuenta lo que estás viviendo”.“Puedo imaginar cómo se sentiría eso”.“No puedo imaginar cómo se sentiría eso”.“Conozco a alguien que tuvo una experiencia similar. No es fácil”.“Este ha sido un tiempo difícil para ti”.“Eso me parece razonable”. |
| Respetar | “Debe ser muy estresante lidiar con…”“Respeto tu valor para mantener una actitud positiva a pesar de tus dificultades”.“Eres una persona valiente”.“Me impresiona lo bien que manejaste esto”. “Parece algo muy difícil con lo cual lidiar. “Has pasado por muchas cosas”.  |
| Apoyar | “Quiero ayudar de cualquier forma que pueda”. “Hazme saber si hay algo que pueda hacer para ayudar”. “Estoy aquí para ayudarte de cualquier forma en la que pueda”. “Estaré contigo en estos momentos difíciles”. “Estaré contigo usted durante todo el proceso”. |
| Explorar | “Cuéntame más acerca de lo que sentías cuando estuviste enfermo”. “¿Cómo estás sobrellevando esto?” “¿Qué sucedió desde la última vez que nos vimos?” |

## Apéndice 3: Preguntas de entrevista relacionadas a atención centrada en la persona de muestra para el reclutamiento y la entrevista de personal ([Consejo 3](#_Tip_3:_Organizational))

### Trabajo en equipo

* Describa una situación donde tuvo que trabajar de cerca con un compañero de trabajo difícil. ¿Cómo manejó la situación? ¿Pudo crear una relación con esta persona?
* Hablar sobre conflicto dentro de su equipo. ¿Cuál fue el conflicto y cómo lo manejó?
* Describa una ocasión en que estuvo particularmente orgulloso de su equipo. ¿Cuál fue su rol en esta situación?
* Cuénteme acerca de una ocasión en que tomó una función de liderazgo.

### Atención a pacientes

* Cuénteme acerca de una ocasión en que la familia de un residente estuvo insatisfecha con su atención. ¿Cómo manejó esa situación?
* ¿Qué enfoque toma al comunicarse con personas que no conocen la terminología médica? Dé un ejemplo de una ocasión en que explicó terminología médica a alguien que no tiene capacitación médica.
* Describa una ocasión en que proporcionó educación efectiva de familia y cuidador.
* Hable acerca de una ocasión en que un residente o su familia estuvieron particularmente complacidos y apreciativos de su atención.
* Dé un ejemplo de una ocasión en que haya tenido que interactuar con un residente hostil. ¿Cómo manejó la situación y cuál fue el resultado?
* Describa una ocasión en que afrontó a un residente que decidió no comunicar o revelar información importante. ¿Cómo manejó la situación y cuál fue el resultado?
* ¿Cómo manejaría el abuso de un residente, ya sea observado por usted o reportado por un residente?

### Adaptabilidad

* Cuénteme acerca de una situación donde estuvo bajo mucha presión. ¿Qué estaba sucediendo y cómo lo superó?
* Describa una ocasión en la que su centro estuvo pasando por algún cambio. ¿Cómo le impactó esto y cómo se adaptó?
* Cuénteme acerca de una ocasión en qué no sabía la respuesta correcta a algo en el trabajo. ¿Cuál fue su proceso para encontrar la información?
* Dé un ejemplo de una situación incómoda en el trabajo. ¿Cómo manejó la situación?
* Cuénteme acerca de una ocasión donde haya fracasado. ¿Cómo sobrellevó la situación?
* Describa una ocasión en que anticipó problemas potenciales con un residente e inició medidas preventivas.

### Administración del tiempo

* Hable acerca de una ocasión en que trabajó en un ambiente acelerado. ¿Cómo decidió dar prioridad a las tareas mientras continuó manteniendo una atención excelente?
* Describa su experiencia con un residente que requería de una gran parte de su tiempo. ¿Cómo gestionó la atención de este residente mientras continuó asegurando que sus otros residentes recibieran la atención adecuada?
* Hable acerca de un momento en que se sintió abrumado con su carga de trabajo. ¿Qué hizo?
* Dé un ejemplo de un objetivo importante que estableció para usted. ¿Logró ese objetivo? ¿Cómo se aseguró de lograrlo?

### Estilo de comunicación

* Dé un ejemplo de una ocasión en que fue capaz de convencer de forma exitosa a un residente para aceptar algo. ¿Cómo convenció a esta persona?
* Cuénteme acerca de una ocasión en que tuvo que depender de la comunicación escrita para explicarlo a su equipo o a un residente/una familia/un cuidador.
* Hable acerca de una ocasión donde no se comunicó correctamente. ¿Cómo corrigió la situación?
* Describa una ocasión donde recibió comunicación negativa y la convirtió en algo positivo.

### Motivación y valores fundamentales

* ¿Cuál es un logró profesional del que está más orgulloso y por qué?
* ¿Qué significa para usted un enfoque centrado en las personas? Proporcione un ejemplo concreto de cómo se ve esto en su trabajo y cómo vive sus valores.
* Hable acerca de una situación o problema desafiante donde tomó el liderazgo para corregirla en lugar de esperar a que alguien más lo hiciera.
* ¿Alguna vez se ha sentido insatisfecho con su trabajo y/o función? ¿Qué podría haberse hecho para mejorarlo?
* Describa una ocasión en que haya ido más allá del deber de los requisitos de su trabajo. ¿Qué le motivó a hacer el esfuerzo adicional?
* Dé un ejemplo de algún error que haya cometido. ¿Cómo lo manejó?
* ¿Qué le parece más difícil acerca de su función? ¿Cómo superó esta dificultad?
* ¿Cuál es su mayor motivación en su función? ¿Qué le trajo a esta área de trabajo y qué mantiene su interés y energía en este trabajo?

Adaptado de:

<https://www.beckershospitalreview.com/workforce/31-interview-questions-for-nurses-and-how-to-answer-them.html>

## Apéndice 4: Flujograma de residente en mantenimiento de metadona dado de alta del hospital a el centro de atención a largo plazo

**El paciente está listo para darse de alta de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo (LTCF)** (*Solo para pacientes que reciben mantenimiento con metadona*)

Proceso de alta del hospital

**Hospitalización
inicial**

**Hospital**

**Centro de atención a largo
plazo (LTCF)**

**Programa local de tratamiento
por consumo de opioides (OTP)**

**Si se requiere OTP
temporal**

El paciente es hospitalizado

El médico clínico determina si el paciente tiene un trastorno por consumo de opioides (OUD) y si está usando metadona.

El médico clínico contacta
a su consultor de medicina para adicción (SW/PA/MD) y el paciente es evaluado.

Se estabiliza al paciente con una dosis diaria de metadona y el hospital contacta al OTP local.

En caso de necesitarse atención a largo plazo, el servicio de consultor de medicina de adicción refiere al paciente a un LTCF.

El hospital contacta al OTP una vez que se asegure un LTCF. Infórmeles que un paciente es dado de alta a un LTCF.

El hospital administra al paciente la última dosis de metadona e incluye información en los documentos de alta (fecha, hora, dosis).

El hospital presenta la Liberación de información (ROI) para firmarse por el paciente e incluirse en los documentos de alta.

El LTCF admite al paciente.

El OTP envía una solicitud de exención para tomar
en casa.

El OTP local
ubica el programa más cercano al LTCF.

El OTP local presenta el ROI para firmarse por el paciente.

El OTP local informa al hospital quién es el OTP temporal.

El OTP local coordina la administración de cortesía/viaje en el OTP temporal.

El OTP temporal y el OTP local completan el intercambio del paciente y contactan al LTCF para comenzar a coordinar la atención.

\* El OTP temporal solo debe usarse si no hay otras opciones, al usar OTP, no debe completarse la exención para usarse en casa.

\* Nota: cada OTP tiene una liberación específica que necesita firmarse, con base en su organización.

Si la respuesta es no

El OTP local elige el OTP más cercano dentro de su agencia al LTCF.

El OTP reúne la liberación de información para el LTCF y la envía al hospital.

El hospital hace la recomendación al LTCF identificando claramente que el paciente está en mantenimiento con metadona (no para el tratamiento de dolor).

El LTCF acepta al paciente.

El hospital \*da de alta al paciente a un LTCF e incluye la información de contacto del OTP, el ROI, la información de la última dosis y la lista de medicamentos.

Si el LTCF ya tiene relación con
un OTP, envíe información al hospital

**El paciente está listo para darse de alta de una hospitalización a un centro de atención a largo plazo (LTCF)** (*Solo para pacientes que reciben mantenimiento con metadona*)

Transición de atención entre LTCF y programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP)

**Hospital**

**Centro de atención a largo plazo**

**Programa de tratamiento por consumo
de opioides (OTP)**

El LTCF admite al paciente.

El LTCF confirma que la liberación de información (ROI) fue firmada y recibida.

El día posterior a la admisión
al LTCF. El LTCF transporta
al paciente al
OTP para administrar el medicamento.

El OTP/LTCF le comunica al personal del LTCF cuándo recolectar los medicamentos.

El LTCF y el OTP determinan el proceso de comunicación respecto a la coordinación de la atención (cuándo notificar, a quién, dónde).

El OTP/LTCF le comunica al personal del LTCF cuándo recolectar los medicamentos, generalmente de manera semanal.

El LTCF recibe la metadona y la coloca
en un gabinete de seguridad para medicamentos.

El OTP confirma que el
ROI haya sido firmado
y recibido.

Existe el permiso para usar en casa.

El día después de la admisión al LTCF, el LTCF envía a un miembro del personal al TOP para administrar y admitir.

No

Sí

El LTCF recibe al paciente de regreso del OTP, coloca los medicamentos para usar en casa en un gabinete de seguridad.

## Apéndice 5: Flujograma de residente que acaba de iniciar el tratamiento con metadona y que fue dado de alta del hospital al Centro de atención a largo plazo

**El paciente está listo para la alta de una hospitalización al Centro de atención a largo plazo (LTCF)** (*Solo para pacientes que acaban de iniciar el tratamiento con metadona*)

Proceso de alta del hospital

**Hospitalización
inicial**

El paciente es hospitalizado

El médico clínico determina si el paciente tiene un trastorno por consumo de opioides
(OUD)

**Hospital**

**Centro de atención a largo plazo (LTCF)**

**Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP)**

El médico clínico contacta a su consultor de medicina para adicción (SW/PA/MD) y el paciente es evaluado.

Se estabiliza al paciente con una dosis diaria de metadona y el se conecta
con un OTP.

El servicio de consulta para medicina de adicción hará recomendaciones adicionales a servicios, según sea necesario.

En caso de necesitarse atención de nivel de LTCF, el servicio de consultor de medicina de adicción recomienda al paciente a un LTCF y un OTP.

El hospital hace la recomendación al LTCF, identificando claramente que el paciente acaba de iniciar el tratamiento con metadona.

El hospital \*da de alta al paciente a un LTCF e incluye la información de contacto del OTP, el ROI, la carta de última dosis y la lista de medicamentos.

El LTCF acepta al paciente.

Si el LTCF ya tiene relación con un OTP, envía la información al hospital.

El LTCF admite al paciente.

El OTP confirma que es el más cercano al LTCF y acepta la recomendación.

\* Nota: cada OTP tiene una liberación específica que necesita firmarse, con base en su organización.

El hospital debe iniciar la recomendación al OTP más cercano al LTCF o al OTP con el que el LTCF tiene una relación, antes del alta del hospital.

El OTP reúne la liberación de información (ROI) para el LTCF
y la envía al hospital.

El hospital presenta el ROI para firmarse por el paciente y el documento
debe incluirse en la documentación de alta.

El hospital administra al
paciente la última dosis de metadona con confirmación por escrito, la documentación de alta debe incluir la información de la última dosis y la lista de medicamentos, y la carta de
la última dosis.

\* La incorporación al tratamiento con metadona no debe comenzar hasta que exista un plan y se identifique claramente un OTP.

**El paciente está listo para la alta de una hospitalización al Centro de atención a largo plazo (LTCF)** (*Solo para pacientes que acaban de iniciar el tratamiento con metadona*)

Transición de atención entre LTCF y programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP)

**Hospital**

**Centro de atención a largo plazo**

**Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP)**

El LTCF admite al paciente.

El LTCF confirma que la liberación de información (ROI) fue firmada y recibida.

El día posterior a la admisión al LTCF. El LTCF transporta al paciente al OTP para administrarle el medicamento y admitirlo.

El LTCF y el OTP determinan el proceso de comunicación respecto a la coordinación de la atención (cuándo notificar, a quién, dónde).

EL LTCF recibe nuevamente al paciente
del OTP.

El OTP confirma que el
ROI haya sido firmado y recibido.

El OTP determina si se justifica una exención. De ser así, el OTP envía la exención.

El OTP lleva a cabo una admisión completa y determina el proceso del tratamiento (qué tan a menudo necesita revisarse en el OTP).

El OTP le comunica al LTCF el tiempo y el momento de la administración del medicamento durante el viaje.

## Apéndice 6: Flujograma de residente tratado con Buprenorfina y que ha sido dado de alta del hospital al Centro de atención a largo plazo

**El paciente está listo para la alta de una hospitalización al centro de atención a largo plazo (LTCF)** (*Solo para pacientes que acaban de iniciar el tratamiento o recetados con buprenorfina*)

Proceso de alta del hospital

**Hospitalización
inicial**

El paciente es hospitalizado

El médico clínico
determina si
el paciente tiene un trastorno por
consumo de opioides
 (OUD)

**Hospital**

**Centro de atención a largo plazo (LTCF)**

**Proveedor de buprenorfina**(programa de tratamiento de por consumo de opioides en consultorio, proveedor de atención primaria, otro)

El médico clínico contacta
a su consultor de medicina para adicción (SW/PA/MD)
y el paciente es evaluado.

Paciente estabilizado con buprenorfina y conectado
a un programa de tratamiento por consumo
de opioides (OTP).

El servicio de consulta para medicina de adicción hará recomendaciones adicionales a servicios,
según sea necesario.

En caso de necesitarse atención
de nivel LTCF, el servicio de consultor de medicina de
adicción recomienda al paciente
a un LTCF y un proveedor de buprenorfina.

El hospital
hace la recomendación
al LTCF identificando claramente que al
paciente se le recetó buprenorfina.

El hospital \*da de alta al paciente al
LTCF e incluye la información de contacto
de quien recetó la buprenorfina.

El LTCF admite al paciente y contacta a la persona que recetó buprenorfina para programar una cita y asesoría iniciales.

\* Nota: cada OTP tiene una liberación específica que necesita firmarse, con base en su organización.

El hospital debe
iniciar
la recomendación al
proveedor de buprenorfina.

El hospital administra al paciente la última dosis de
buprenorfina con confirmación por escrito,
incluye la carta de la última dosis, hora y cantidad, y
lista de medicamentos en la documentación de alta.

\* El hospital necesita determinar si la buprenorfina es apropiada y no debe iniciarse el tratamiento con esta hasta que exista un plan y se identifique claramente a una clínica de vinculación/un prescriptor.

El hospital presenta
el ROI para firmarse por
el paciente e
incluirse en
los documentos
de alta.

El LTCF acepta al paciente.

El prescriptor acepta la
recomendación y envía la liberación de información (ROI) para que la firme el paciente.

Si el LTCF ya tiene relación
con un proveedor de buprenorfina,
envíe la información al hospital.

## Apéndice 7: Ejemplo de acuerdo de organización de servicio calificada

CENTRO DE ACCIÓN LEGAL

Formato 6: EJEMPLO DE ACUERDO DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIO CALIFICADA/SOCIO DE NEGOCIOS (ACUERDO QSO/BA)

ACUERDO DE ORGANIZACIÓN DE SERVICIO CALIFICADA/ASOCIADO DE NEGOCIOS (ACUERDO BA/QSO) Centro de servicio XYZ ("el Centro") y el Programa de uso de alcohol/drogas ABC ("el Programa") por
medio del presente suscriben un acuerdo a través del cual el Centro acepta proporcionar
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Naturaleza de los servicios a proporcionar al programa)

Además, el centro:

1. Reconoce que al recibir, transmitir, transportar, almacenar, procesar o de otra forma tratar con cualquier información recibida del Programa que identifique o de otra forma se relacione con los pacientes en el Programa (“información protegida”), está completamente obligado por las disposiciones de las regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2; y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), 45 C.F.R. Partes 142, 160, 162 y 164;
2. Acepta resistir cualquier esfuerzo en procesos judiciales para obtener el acceso a la información protegida, excepto cuando esté otorgado expresamente en las regulaciones que gobiernan la Confidencialidad de registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2;
3. Acepta que no usará o revelará la información protegida de salud excepto como se permite o se requiere por este Acuerdo o por la ley;
4. Acepta que, cuando el Centro use, revele o solicite información protegida de salud, limitará el uso, la revelación o la solicitud al mínimo necesario;
5. Acepta que si el Centro inicia un contrato con cualquier agente, incluyendo a un subcontratista, el agente aceptará cumplir con el 42 C.F.R. Parte 2 y con HIPAA, y, si el Centro descubre un patrón o una práctica por parte del agente que sea una violación material del contrato con el Centro, tomará las medias necesarias para solucionar la violación o terminar el contrato, de ser factible;
6. Acepta cumplir con las disposiciones de seguridad de HIPAA con respecto a la información protegida de salud, y a usar las protecciones apropiadas (pueden definirse de forma más específica) para prevenir el uso no autorizado o la revelación de la información protegida;
7. Acepta reportar violaciones a la información protegida del Programa;
8. Acepta reportar al Programa cualquier uso o revelación de la información protegida no prevista en este Acuerdo que se descubra (insertar términos de tiempo y forma negociados);
9. Acepta asegurar que cualquier agente, incluyendo a subcontratistas, a quienes el Centro les proporcione información protegida del Programa o que la cree o reciba a nombre del Programa, acepta las mismas restricciones y condiciones que aplican al Centro mediante este Acuerdo con respecto a tal información;
10. Acepta proporcionar acceso a la información protegida bajo la solicitud del Programa, o a una persona según lo indica el Programa, para cumplir con los requisitos del 45 C.F.R. § 164.524 que le proporciona a los pacientes el derecho de acceder a su propia información protegida (insertar términos de tiempo y forma negociados);
11. Acepta hacer cualquier corrección a la información protegida conforme se indica o acepta por el Programa en cumplimiento con 45 C.F.R. § 164.526 (insertar términos de tiempo y forma negociados);
12. Acepta hacer disponibles sus prácticas, manuales y registros internos, incluyendo políticas y procedimientos relacionados al uso y a la revelación de información protegida recibida del Programa, o creada o recibida por el Centro a nombre del Programa, al Programa o a la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos con el propósito de que esta determine el cumplimiento del Programa con HIPAA (insertar términos de tiempo y forma negociados);
13. Acepta documentar las revelaciones de información protegida y la información relacionada a tales relaciones, conforme se requiere por el Programa para responder a una solicitud por parte de una persona para una justificación de revelaciones de acuerdo con el 45 C.F.R. § 164.528 (insertar términos de tiempo y forma negociados);
14. Acepta proporcionarle información al Programa o a una persona de acuerdo con el párrafo (9) de este acuerdo para permitirle al programa responder a una solicitud por parte de una persona para la justificación de revelaciones de acuerdo con el 45 C.F.R. § 164.528 (insertar términos de tiempo y forma negociados);

**Finalización**

1. El Programa puede finalizar este Acuerdo si determina que el Centro ha violado cualquier término material.
2. Al finalizar este Acuerdo por cualquier motivo, el Centro deberá devolver o destruir toda la información protegida recibida del Programa o creada o recibida por el Centro a nombre del Programa. Esta disposición debe aplicar a la información protegida que esté en posesión de subcontratistas o agentes del Centro. El Centro no debe retener copias de información protegida.
3. En caso de que el Centro determine que devolver o destruir la información protegida es poco factible, el Centro debe notificar al Programa acerca de las condiciones que hacen inviable la devolución o la destrucción (insertar términos de tiempo y forma negociados).
4. Después de la notificación de que la devolución o la destrucción de la información protegida es inviable, el Centro debe extender las protecciones de este Acuerdo a tal información protegida y limitar las usos y las revelaciones posteriores de la información a aquellos propósitos que hagan de la devolución o la destrucción inviable, siempre y cuando el Centro mantenga la información.

Firmado el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente Director del programa

Centro de servicio XYZ [Nombre del programa]

[dirección] [dirección]

## Apéndice 8: Ejemplo de Liberación de información

CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sujeto a los avisos impresos en la parte posterior, por la presente autorizo revelar y o recibir mi información de atención médica, incluyendo pero sin limitarse a información de trastorno por consumo de sustancias, información confidencial de VIH/SIDA e información psiquiátrica o de salud del comportamiento (a menos que se especifique lo contrario adelante), a/de las siguientes personas y/o entidades listadas adelante:

1. Nombre de la entidad o nombre del proveedor con quien tengo una relación de proveedor de tratamiento (por ejemplo, hospital, consultorio médico privado, médico, etc.):

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea limitar la revelación a la entidad nombrada previamente, especifique debajo el nombre de la(s) persona(s) con quienes tiene una relación de proveedor de tratamiento (por ejemplo, médico):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que enviemos su información de salud a la persona o a la entidad mencionada previamente?

 Correo de Estados Unidos Fax Correo electrónico encriptado
 Por teléfono CD encriptado

1. Persona con quien no tengo una relación de proveedor de tratamiento (por ejemplo, abogado, agente de libertad condicional) \*:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría que enviemos su información de salud a la persona mencionada previamente?

 Correo de Estados Unidos Fax Correo electrónico encriptado
 Por teléfono CD encriptado

\*Tenga en cuenta que cuando no hay relación de proveedor de tratamiento, el nombre de la persona que recibe debe especificarse (por ejemplo, nombrar a una firma legal o a una escuela no es suficiente). \*

Autorizo la revelación de lo siguiente de mi información de atención médica: coloque una X junto a los artículos a revelar.

 Documento de ingreso

 Registro de asistencia

 Resumen de alta

 Exámenes de orina para uso de drogas

 Resultados de laboratorio externo

 Exámenes médicos/físicos

 Estudios de diagnóstico

 Plan de tratamiento

 Notas de progreso

 Evaluación psiquiátrica

 Registro médico completo

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Proporcione una descripción explícita de qué información de trastorno por consumo de sustancias puede revelarse)

Especifique el periodo de tiempo durante el cual desea que la información descrita previamente se revele:

 Toda la información mantenida por; o

 Información mantenida: Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Especifique el propósito de la(s) revelación(es):

 Coordinar tratamiento;

 Cumplir con una orden judicial;

 Proporcionarse al agente de libertad condicional;

 Recomendación;

 Mantener al empleador involucrado/informado;

 Organizar transporte;

 Coordinar medicamentos o recetas;

 A mi solicitud;

 Medicación perdida consecutiva/Clima inclemente

 Inscripción doble

 Contacto de emergencia

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Describa el propósito de la revelación; sea tan específico como sea posible)

Este consentimiento, si no se anula antes, expirará doce (12) meses después de que haya completado mi tratamiento; o especifique una fecha previa o condición tras la cual este consentimiento expira como se declara en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comprendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento al notificarlo por escrito como se establece en el Aviso de prácticas de privacidad, excepto en la medida que la acción se haya tomado con base en ella (por ejemplo, disposición de servicios de tratamiento con base en el consentimiento de revelación de información a una tercera parte que esté pagando).

Comprendo que The Hartford Dispensary no pude condicionar mi tratamiento a mi firma de este formato de consentimiento. Bajo solicitud, comprendo que puedo recibir una copia de este formato de consentimiento después de firmar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del paciente o del representante personal en letra de molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del paciente (o de su representante personal) Fecha

Actualización de Consentimiento de liberación de información 18/1/2018 – Página 2

Solo para uso del personal: si no está firmado por el paciente, solicite a la autoridad legal que firme por el paciente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECLARACIONES RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Cualquier información liberada por un programa a personas autorizadas está sujeta a los siguientes avisos:

Información psiquiátrica: en caso de que la información liberada constituya información psiquiátrica confidencial protegida bajo la ley estatal:

“La confidencialidad de este registro se requiere bajo los estatutos del capitulo general. Este material no debe transmitirse a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización conforme se define en los estatutos previamente mencionados”.

Información de trastorno por consumo de sustancias: en caso de que la información liberada esté protegida por las regulaciones de Confidencialidad de registros de Trastorno por consumo de sustancias (42 C.F.R. parte 2) del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos:

“Esta información le fue revelada desde registros protegidos por las reglas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier uso posterior de la información en este registro que identifique al paciente como alguien que tiene o tuvo un trastorno por consumo, ya sea de forma directa, haciendo referencia a información disponible de forma pública o mediante la verificación de tal identificación por otra persona a menos que una revelación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información está revelándose, o de lo contrario como loe permita el 42 CFR parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte § 2.31). Las reglas federales limitan cualquier uso de la información para investigar o perseguir con respecto a un delito a cualquier paciente con trastorno de consumo de sustancias, excepto como se define en §§ 2.12(c)(5) y 2.65.”

Información relacionada con VIH: en caso de que la información liberada constituya información confidencial relacionada con VIH protegida bajo la ley estatal:

“Esta información le fue revelada desde registros protegidos por las reglas de confidencialidad estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier revelación posterior de ella sin el consentimiento escrito especifico de la persona a quien se refiere, o de lo contrario como lo permite tal ley. Una autorización general para la liberación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito”. Actualización de Consentimiento de liberación de información 18/1/2018

## Apéndice 9: formato de necesidad médica

FORMATO DE NECESIDAD MÉDICA DE MASSHEALTH PARA TRANSPORTE EN AMBULANCIA/camioneta PARA SILLA DE RUEDAS PARA CASOS NO GRAVES

MassHealth paga solo por transporte médicamente necesario en ambulancia y camioneta para silla de ruedas para casos no graves. El proveedor de transporte es responsable de asegurar que este formato esté completo y debe retener el formato durante seis años a partir de la fecha de servicio. En cumplimiento con 130 CMR 450.205, el proveedor de transporte debe proporcionar este formato completado si la agencia MassHealth lo solicita. La agencia MassHealth no le pagará a un proveedor por sus servicios si el proveedor no tiene una documentación adecuada para probar la entrega de servicios pagables bajo MassHealth. Complete cada sección y campo correspondientes para el servicio proporcionado. Los campos que no son aplicables al servicio proporcionado pueden dejarse en blanco.

**1. Información de viaje**

Número de viajes solicitados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transporte solicitado: camioneta para silla de ruedas Ambulancia para casos no graves

Fecha(s) de servicio (el transporte recurrente solo puede autorizarse por un periodo de hasta 30 días, comenzando desde la fecha del primer viaje): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio médico proporcionado al miembro en el destino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Información del miembro de MassHealth**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identidicación de MassHealth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_ Género M F

**3. Ubicación de recogida**

¿Es la ubicación de recogida la residencia de un miembro? Sí No

¿Es la ubicación de recogida un centro de atención médica? Sí No

Nombre del centro (si la ubicación de recogida es un centro de atención médica, incluyendo un centro en el que el miembro habite)

Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Información de destino**

¿Es el destino la residencia de un miembro? Sí No ¿Es el destino un centro de atención médica?

 Sí No

Nombre del centro (si el destino es un centro de atención médica, incluyendo un centro en el que el miembro habite)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Información del proveedor de transporte**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPI o PIDSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Núm. de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6a. Información de necesidad médica—Solo solicitudes de camioneta para silla de ruedas**

 El miembro reside en un ambiente institucionalizado y usa una silla de ruedas

 El miembro reside en un ambiente institucionalizado y tiene un impedimento de movilidad grave que evita que el miembro use otro transporte

 El miembro reside en un ambiente institucionalizado y necesita ser transportado para subir o bajar escaleras (ya que el miembro no puede caminar por las escaleras sin la asistencia de dos personas)

 El miembro reside en la comunidad y necesita asistencia de movilidad del personal del proveedor de transporte para salir de su residencia o para moverse desde su residencia al vehículo

 El miembro es dado de alta de una hospitalización en un hospital psiquiátrico a un programa de salud del comportamiento basado en la comunidad y requiere supervisión durante el transporte. El transporte PT-1 no está disponible o no es adecuado.

**6b. Información de necesidad médica—Solo solicitudes de ambulancia**

 El miembro requiere oxígeno de forma continua.

 El miembro está continuamente confinado a la cama.

 El miembro está clasificado como un paciente Clase IV de la American Heart Association con una enfermedad cardíaca.

 El miembro recibe tratamiento intravenoso.

 El miembro requiere transporte después de un cateterismo cardíaco.

 El miembro tiene trastornos de convulsiones no controlados.

 El miembro tiene yeso en todo el cuerpo.

 El miembro tiene yesos pelvipédicos u otros yesos que evitan la flexión en la cadera.

 El miembro está en una cuna de procedimiento (incubadora).

 El miembro necesita restricciones porque el miembro es posiblemente dañino para sí mismo o para otros. (Esto incluye a personas transportadas bajo M.G.L. c. 123, § 12 para la hospitalización temporal por motivos de enfermedad mental).

 El miembro está muy sedado.

 El miembro está en estado de coma.

 El miembro tiene la siguiente afección médica, haciendo necesario al transporte en ambulancia.

**7. Solicitar certificación del proveedor**

NOTA: el proveedor solicitante debe 1) tener conocimiento adecuado de la condición del miembro para confirmar la información contenida en el formato; 2) ser uno de los tipos de proveedores identificados debajo; y 3) estar inscrito en MassHealth (o en el caso de un representante de médico, ser un enfermero registrado supervisado por un médico que está inscrito en MassHealth).

**CERTIFICACIÓN:** certifico bajo las penalidades por falsedad que la información en este formato y cualquier declaración adjunta que haya proporcionado ha sido revisada y firmada por mí, y es verdadera, precisa y está completa, según mi leal saber y entender. También certifico que soy el proveedor identificado debajo. Comprendo que puedo estar sujeto a las sanciones administrativas o a la persecución penal por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de cualquier hecho material contenido en el presente.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPI (si corresponde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Núm. de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Núm. de fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de proveedor:

 Dentista

 Representante de atención dirigida

 Enfermero partero

 Enfermero practicante

 Médico

 Asistente de médico

 Representante de médico (enfermero registrado)

 Psicólogo

Solo representantes de médico: proporcione la siguiente información para el médico supervisor.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NPI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm. de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Núm. de fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Apéndice 10: Cadena de custodia de metadona

Cadena de custodia de metadona

Autorizar la recolección y la administración para un cliente confinado en el hogar o Centro de atención a largo plazo (LTCF) por un enfermero

Debe llenarlo el enfermero de [**NOMBRE DE OTP**] antes de que se firme la recepción por parte del LTCF/enfermero visitante que recoge la metadona.

Soy el SNF/enfermero visitante de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acepto lo siguiente:
 (Nombre del cliente, núm. de identificación y fecha de nacimiento)

El cliente no puede venir a [**NOMBRE DEL OTP]** por el tratamiento de metadona debido a que: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frascos sellados de metadona de [**NOMBRE DE OTP]** además de un Registro de administración de metadona. (Iniciales del enfermero visitante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acepto ser responsable de mantener la metadona en un lugar seguro para que solo el LTCF/enfermero visitante tenga acceso a la metadona.

El LTCF/enfermero visitante entregará un frasco de metadona en la fecha correcta, de forma diaria a aproximadamente la misma hora.

Cada LTCF/enfermero visitante pondrá la fecha y su inicial en el Registro de administración de metadona cuando al cliente se le dé la metadona, y el LTCF/enfermero visitante pedirá al cliente que escriba sus iniciales para indicar que recibió la metadona.

El LTCF/enfermero visitante completará una evaluación de servicios de enfermería (adjunto) antes de administrar la metadona. El LTCF/enfermero visitante no administrará la metadona si se detecta cualquier anormalidad durante la evaluación y contactará al médico del programa de [**NOMBRE DEL OTP**].

El LTCF/enfermero visitante devolverá el Registro de administración de metadona completo, los frascos vacíos de metadona y cualquier metadona sin usarse a [**NOMBRE DEL OTP**].

El LTCF/enfermero visitante reportará inmediatamente el alta del cliente al [**NOMBRE DEL OTP**].

Al firmar debajo, afirmo que comprendo completamente la información anterior y que todas mis respuestas han sido respondidas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del LTCF/Enfermero visitante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del LTCF/enfermero visitante \*Adaptado del formato de cadena de custodia de Spectrum Health Systems

## Apéndice 11: Registro de administración de Cadena de custodia de metadona

Registro de administración de Cadena de custodia de metadona

El enfermero de [**NOMBRE DEL OTP**} debe llenar el Nombre del cliente, Número de identificación y fecha de nacimiento.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La metadona debe darse al cliente de forma diaria a aproximadamente la misma hora, a menos que haya un motivo médico para alterar esta práctica. **Los frascos tienen fecha para cada día.**

La evaluación de enfermería será completada por el enfermero visitante o el enfermero del Centro de atención a largo plazo (LTCF) para administrar la metadona. Si se detecta cualquier anormalidad, el enfermero NO administrará la metadona sin contactar primero a [**NOMBRE DEL OTP**].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escriba la fecha en el frasco que le administre al cliente** | **Iniciales del enfermero visitante o del LTCF** | **Iniciales del cliente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Anote a continuación si una dosis de metadona se alteró o no fue dada o fue eliminada, y de ser así, cuándo y por qué motivo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, el cliente, notificaré a [**NOMBRE DEL OTP**] inmediatamente si la metadona parece alterada de cualquier forma, y comprendo que para recoger los reabastecimientos, pedirá que el enfermero visitante/enfermero del LTCF devuelva a [**NOMBRE DEL OTP**] el Registro de administración de metadona.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 De firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del cliente en letra de molde

\*Adaptado del formato de Cadena de custodia y Administración de Spectrum Health Systems

## Apéndice 12: Hoja de autoadministración de Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides

INSTRUMENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DEFICIENCIAS EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lo que una persona sabe acerca de sus medicamentos | SÍ | NO |
| \*\*1. Nombre de todos los medicamentos que toma cada día, incluyendo medicamentos recetados y de venta libre (incluyendo leche de magnesia, suplementos nutricionales, hierbas, vitaminas, Tylenol, etc.) |  |  |
| \*\*2. Defina la hora del día para tomar cada medicamento recetado |  |  |
| \*\*3. Puede decirme cómo deben tomarse los medicamentos (vía oral, con agua, en la piel, etc.) |  |  |
| \*\*4. Defina por qué toma cada medicamento |  |  |
| \*\*5. Dígame la cantidad de cada medicamento que debe tomar a cada hora del día |  |  |
| 6. Identifique si hay problemas después de tomar los medicamentos (por ejemplo, mareos, molestias estomacales, estreñimiento, excremento blando, micción frecuente, etc.) |  |  |
| 7. ¿Recibe el residente ayuda con los medicamentos por parte de alguien? De ser así, ¿por quién? ¿Tipo de ayuda? |  |  |
| 8. ¿Qué otros medicamentos tiene a la mano o disponibles? (por ejemplo, gotas para los ojos, cremas, lociones, aerosoles nasales que estén caducados, sin usar o descontinuados) |  |  |
| Si una persona sabe cómo tomar sus medicamentos |  |  |
| \*\*1. Puede llenar un vaso con agua |  |  |
| \*\*2. Puede remover la tapa del contenedor de los medicamentos (frasco, empaque de burbuja, caja de píldoras, etc.) |  |  |
| \*\*3. Puede contar el número requerido de píldoras en su mano o en un vaso |  |  |
| \*\*4. Puede llevar su mano con los medicamentos a la boca; llevar su mano a los ojos para aplicar gotas para los ojos; llevar la mano a la boca para el inhalador; extraer insulina o aplicar un parche tópico. |  |  |
| \*\*5. Beber suficiente agua para pasar los medicamentos |  |  |
| Registre cómo se almacenan actualmente los medicamentos: |  |
| Si una persona sabe cómo tomar sus medicamentos |  |  |
| \*\*1. Identifique si existe reabastecimiento en una receta |  |  |
| \*\*2. Identifique a quién contactar para obtener el reabastecimiento de una receta |  |  |
| \*\*3. ¿Tiene recursos para obtener los medicamentos? (Puede organizar transporte a la farmacia, la farmacia entrega, la hija recoge, etc.) |  |  |
| 4. Después de un nuevo reabastecimiento, ¿revisa el medicamento antes de tomarlo para asegurarse de que sea el mismo que acaba de terminar? |  |  |
| 5. ¿Tiene una tarjeta de receta? SÍ, NO¿Usa una tarjeta de receta? SÍ, NOSi la respuesta es SÍ: especifique el tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 6. ¿Hay medicamentos que necesite y que no pueda obtener? SÍ, NOSi la respuesta es SÍ, pida al residente que explique. |  |  |

\*\* Si la respuesta es NO, se cuenta como 1 en la Puntuación de deficiencia

**PUNTUACIÓN DE EFICIENCIA TOTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (suma de tres puntuaciones de deficiencia: puntuación máxima total = 13)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAMENTONOMBRE | DOSIFICACIÓN | HORA(S) DEDía tomadas | FECHADE CADUCIDAD | NOMBRE/TELÉFONODEL MÉDICO | NOMBRE/TELÉFONODEL MÉDICO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Referencia: Orwig D. Brandt N. Gruber-Baldini AL. (2006) Medication Management Assessment for Older Adults in the Community. Gerontologist. 2006; 46:661-668. Contacte al (a los) autor(es) antes de usar este formato a sus números de teléfono respectivos (410) 706-8951 o (410) 706-1491, o por correo electrónico a dorwig@epi.umaryland.edu o nbrandt@rx.umayland.edu. Copyright 2002, University of Maryland, Baltimore 26/06/11

## Apéndice 13: recursos adicionales

A continuación se muestra una lista de recursos adicionales, algunos de los cuales se mencionaron en el conjunto de herramientas, que podrían parecerle informativos y útiles para trabajar con un residente con OUD. Esta no es una lista completa de todos los recursos disponibles, sino de algunos que han resultado útiles.

* [La Serie de Protocolos para mejorar el tratamiento (Consejo) SAMHSA](https://store.samhsa.gov/series/tip-series-treatment-improvement-protocols-tips):
	+ Consejo 35: Mejorar la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias.
	+ Consejo 54: Manejo del dolor crónico en adultos con o en recuperación del abuso de sustancias
	+ Consejo 50: Cómo abordar los pensamientos y comportamientos suicidas en el abuso de sustancias
	+ Consejo 57: Atención informada por el trauma en los trastornos de los servicios de salud mental
	+ Consejo 59: Mejorar la competencia cultural
	+ Consejo 63: Medicamentos para el trastorno por consumo de opiáceos
	+ Consejo 45: Tratamiento de desintoxicación y uso de sustancias
* SAMHSA
	+ [Tratamiento para el trastorno por consumo de estimulantes](https://store.samhsa.gov/product/Treatment-of-Stimulant-Use-Disorder/PEP20-06-01-001)
* Centro de Estrategias de Atención Médica
	+ [Atención informada por el trauma](https://www.chcs.org/topics/trauma-informed-care/)
* La Coalición de Camden y el Centro Nacional de Necesidades Sanitarias y Sociales Complejas
	+ [Medicamentos para el tratamiento de la adicción.](https://www.nationalcomplex.care/wp-content/uploads/2019/09/Medications-for-addiction-treatment-FINAL-9.20.19.pdf)
* [Competencia cultural para médicos clínicos](file:///C%3A%5CUsers%5Cabronk%5CDesktop%5C%E2%80%A2%09https%3A%5Cstore.samhsa.gov%5Csites%5Cdefault%5Cfiles%5Cd7%5Cpriv%5Csma16-4931.pdf):
	+ Este manual para médicos clínicos describe la influencia de la cultura en la distribución del abuso de sustancias y de los servicios de salud mental. Discute consideraciones raciales, étnicas y culturales, y presenta los elementos clave de la competencia cultural.
* Grayken Center for Addiction: Boston Medical Center
	+ [Biblioteca de recursos para empleadores](https://www.bmc.org/addiction/employer-resource-library)
* Coalición para la reducción del daño
	+ [Principios de la reducción del daño](https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/)
* Institute for Healthcare Improvement

[El conjunto de herramientas esenciales para la mejora de la calidad](http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx)

* [KAP KEY para médicos clínicos](https://store.samhsa.gov/product/Improving-Cultural-Competence/sma16-4933):
	+ Este manual para proveedores profesionales de atención y administradores describe la influencia de la cultura en la distribución del abuso de sustancias y de los servicios de salud mental. Analiza consideraciones raciales, étnicas y culturales, y presenta los elementos clave de la competencia cultural.
* Recursos de prejuicios implícitos:
	+ [Cómo abordar los prejuicios](https://nccc.georgetown.edu/bias/module-4/2.php)
	+ [Compruebe su punto ciego: Comprender los prejuicios implícitos](https://www.rehabs.com/pro-talk-articles/check-your-blind-spot-understanding-implicit-bias/)
	+ [La recuperación entre la población diversa Video con una guía de discusión](https://www.recoverymonth.gov/road-to-recovery/tv-series/september-2017-diverse-populations)
* Capacitación para Tratamiento por consumo de opioides en consultorio y Asistencia técnica (OBAT TTA):
	+ [Proveedores](https://www.bmcobat.org/resources/?category=2)
	+ [Recursos para pacientes y familias](https://www.bmcobat.org/resources/?category=6)
	+ [Entender mejor la adicción](https://www.bmcobat.org/resources/opioid-use-disorder-education-program.php)
* Sistema de Proveedores de Apoyo Clínico
	+ [Capacitación y recursos basados en la evidencia para tratar a los pacientes con OUD](https://pcssnow.org/)
* RIZE Massachusetts.
	+ [Una iniciativa para finalizar la epidemia de opiáceos](https://rizema.org/)
* Proyecto SAFE
	+ [Manual de la comunidad: Guía paso a paso](https://www.safeproject.us/playbook/)
1. Juergens, J. (14 de julio de 2016). How Empathy in Addiction Treatment Helps You Heal. Tomado de Addiction Center: https://www.addictioncenter.com/community/empathy-in-addiction-treatment/ [↑](#footnote-ref-1)
2. M. Jawad Hashim, M. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. American Family Physician, 29-34. [↑](#footnote-ref-2)