

# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

## 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                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Agonista completo</b><br><br>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.                                               | <p>Dosificación según sea <b>recetada por OTP</b>.</p> <p>Dosificación diaria en un programa de tratamiento con metadona (programa de tratamiento por uso de narcóticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomado de forma oral</li> <li>- Dosis inicial habitual de 20-30 mg</li> <li>- Incremento de titulación de 1-3 mg. Cada cierto número de días</li> <li>- Los datos muestran una necesidad usual de al menos 60 mg; ajustar para controlar sin sedación</li> </ul> <p>Dosis promedio de mantenimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60-90 mg, pero el rango puede ser amplio</li> </ul> |



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

|  |  |  |                           |
|--|--|--|---------------------------|
|  |  |  | - Dosis máxima en 4 horas |
|--|--|--|---------------------------|



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

## 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Agonista parcial</b><br>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, náuseas, abstinencia acelerada o sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema por depresión respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepina u otros depresores CNS), potenciales de uso indebido.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Implante:</b> daño a nervios durante la inserción/remoción, sobredosis accidental o uso indebido si se extrae, migración local o por el implante.</li> <li>- <b>Subcutáneo:</b> comezón o dolor en el punto de inyección, muerte por inyección intravenosa.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Implante:</b> 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.</li> <li>- <b>Subcutáneo:</b> 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.</li> </ul> | Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | El rango normal de dosis es de 2-16 mg/día.<br><br>Los pacientes dependientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si la hacen, es una euforia moderada que usualmente se resuelve en unos cuantos días.<br><br>La dosis máxima recomendada es de 32 mg/día.<br><br>La dosis recomendada durante los primeros días es de 300 mg SC una vez al día, seguida de una dosis de mantenimiento de 100 mg SC. Los pacientes necesitan esta dosis de buprenorfina o buprenorfina sublingual durante al menos 7 días antes del tratamiento con naltrexona. |

### Buprenorfina/naloxona (por ejemplo, Suboxone, Zubsolv, Bunavail) Riesgo de desviación: sí

| Mecanismo de acción | Usos | Efectos secundarios |
|---------------------|------|---------------------|
|---------------------|------|---------------------|



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

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

|                                                    |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Combinación de Agonista parcial/antagonista</b> | Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia.                                                      | Estreñimiento, náuseas, abstinencia acelerada de opio, sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema periférico, respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepinas u otros depresores CNS), potencial de uso indebido. |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Formatos</b>                                    | <b>Restricciones</b>                                                                                                                                                                            | <b>Pacientes aptos</b>                                                                                                                                                                                                         | <b>Dosificación por día</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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 m OTP/OBAT.<br><br>El rango normal de dosis es de 16-24 mg/día; los pacientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si una euforia muy ligera y usualmente resuelve en unos cuantos días, la máxima recomendada es de 3 |

## Naltrexona (por ejemplo, ReVia, Vivitrol) Riesgo de desviación: no

|                                                                                                                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mecanismo de acción</b>                                                                                                                                                           | <b>Usos</b>                                                             | <b>Efectos secundarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |
| <b>Antagonista</b><br>Bloquea los efectos eufóricos de 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, o sedación, anorexia, apetito reducido u otros trastornos alimentarios.<br><br>- <b>Intramuscular:</b> dolor, inflamación, induración (incluyendo algunos casos que requieren intervención quirúrgica) |                                                                                             |
| <b>Formatos</b>                                                                                                                                                                      | <b>Restricciones</b>                                                    | <b>Pacientes aptos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Dosificación por día</b>                                                                 |
| 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 7-10 días y de opioides de acción larga por al menos 10-14 días.                                                                                                                                                                  | Administre el iny de liberación prolongada 4 semanas o una como inyección (IM) en el glúteo |

## Naloxona Riesgo de desviación: no

|                            |             |                            |
|----------------------------|-------------|----------------------------|
| <b>Mecanismo de acción</b> | <b>Usos</b> | <b>Efectos secundarios</b> |
|----------------------------|-------------|----------------------------|



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Antagonista de opioide</b><br>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; las personas pueden tener reacciones alérgicas al medicamento. En general, la naloxona es un medicamento seguro. La naloxona solo revierte una sobredosis en personas con opioides en el sistema y no revertirá sobredosis de otras drogas como la cocaína o metanfetaminas. Es importante tener en cuenta que algunos pacientes despertarán con abstinencia; pueden ser agitados. Los pacientes deben monitorearse después del tratamiento. El uso de un opioide puede tener una vida media más larga que la de la naloxona. |
| <b>Restricciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Pacientes aptos</b>                       | <b>Formatos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Amplia disponibilidad a través de farmacias, EMT y otras agencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Personas que tienen sobredosis por opioides. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inyección IM, IV o SC.</li> <li>- Autoinyector (Evzio).</li> <li>- Aerosol nasal (naloxona).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Dosificación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Dosis inicial:</b> 0.4 mg a 2 mg IV; de forma alternativa, puede darse IM o subcutánea. <ul style="list-style-type: none"> <li>- De no obtenerse la respuesta deseada, las dosis deben repetirse en intervalos de 2-3 minutos.</li> <li>- De no observarse una respuesta con una dosis total de 10 mg, debe cuestionarse el diagnóstico de toxicidad inducida por opioides.</li> </ul> <b>Autoinyector:</b> para uso de emergencia en el hogar u otro ambiente no médico. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administre 0.4 mg (1 disparo) de forma IM o subcutánea en la parte anterolateral del muslo (a través de la ropa de la persona).</li> <li>- Si no se logra la 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.</li> </ul> <b>Aerosol nasal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administre una dosis de aerosol (intranasal) en 1 fosa nasal.</li> <li>- 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 emergencia llegue.</li> </ul> |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 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.<sup>1</sup> Aquí tiene algunos ejemplos que la persona puede usar para mostrar empatía hacia los residentes.<sup>2</sup>

### Técnica

### Ejemplos (pueden superponerse)

<sup>1</sup> 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/>

<sup>2</sup> M. Jawad Hashim, M. (2017). Patient-Centered Communication: Basic Skills. American Family Physician, 29-34.



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts

Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

### 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 que 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?



## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

- 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 logro 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>



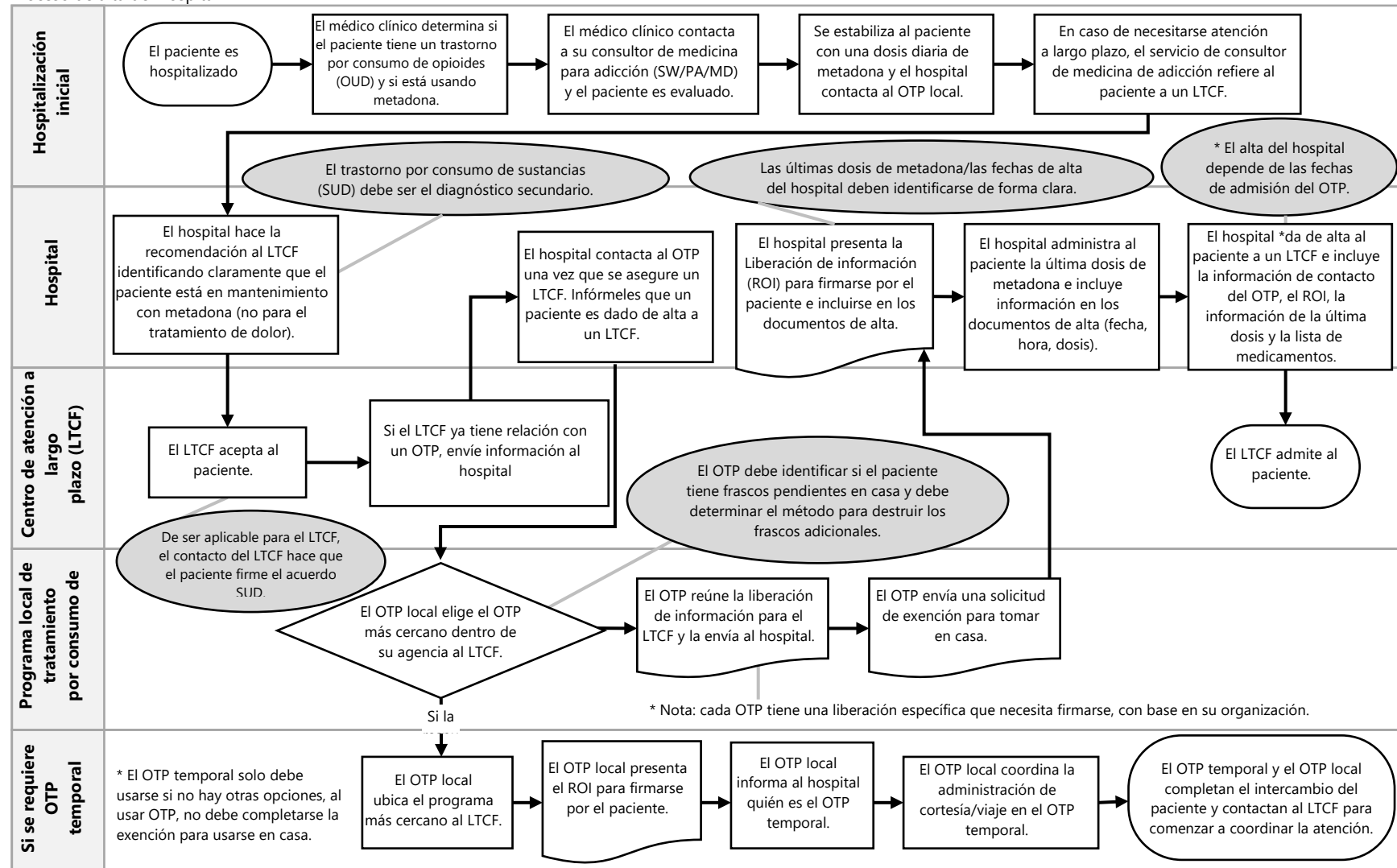
# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

## Apéndice 4: Flujoograma 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

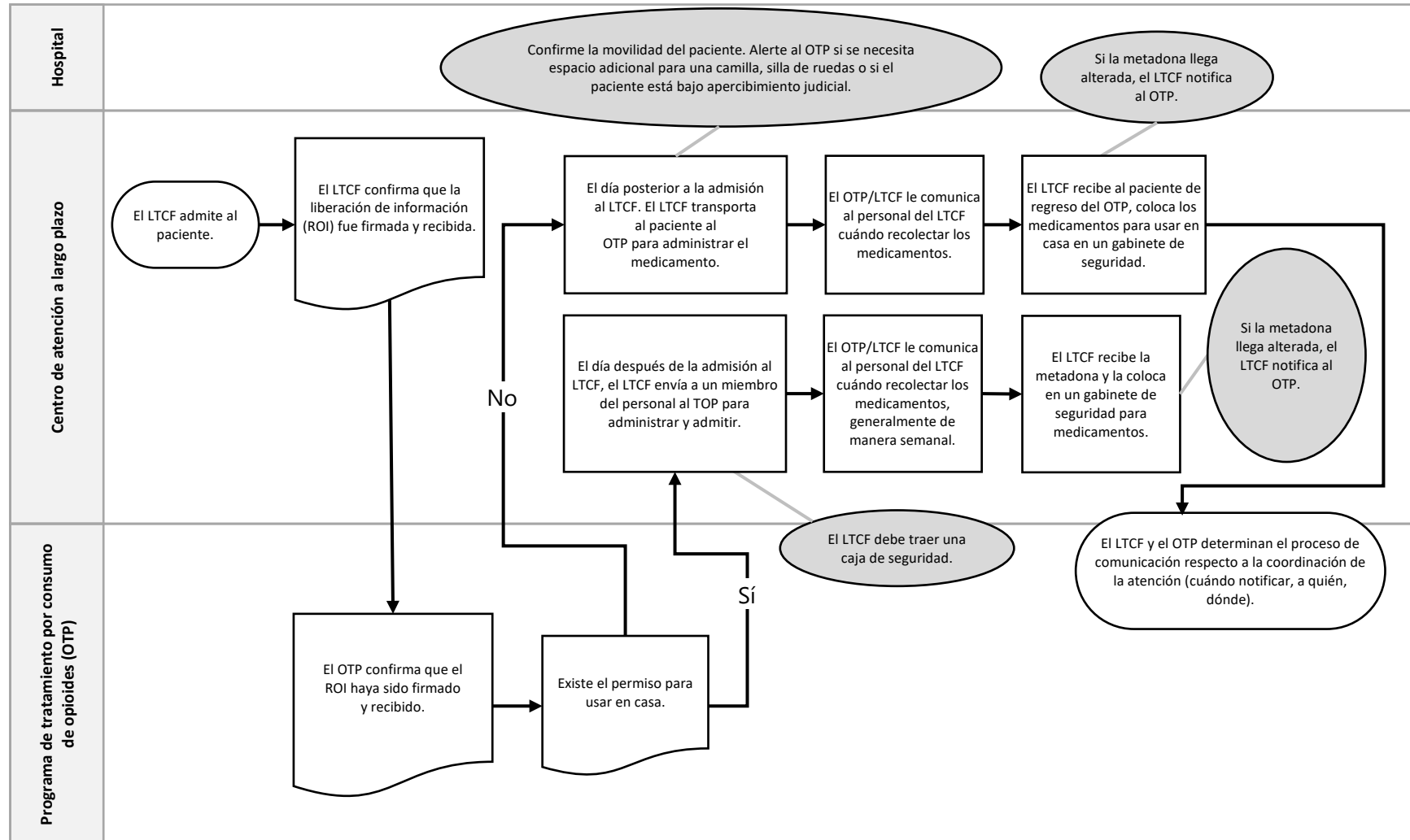


# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

**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)



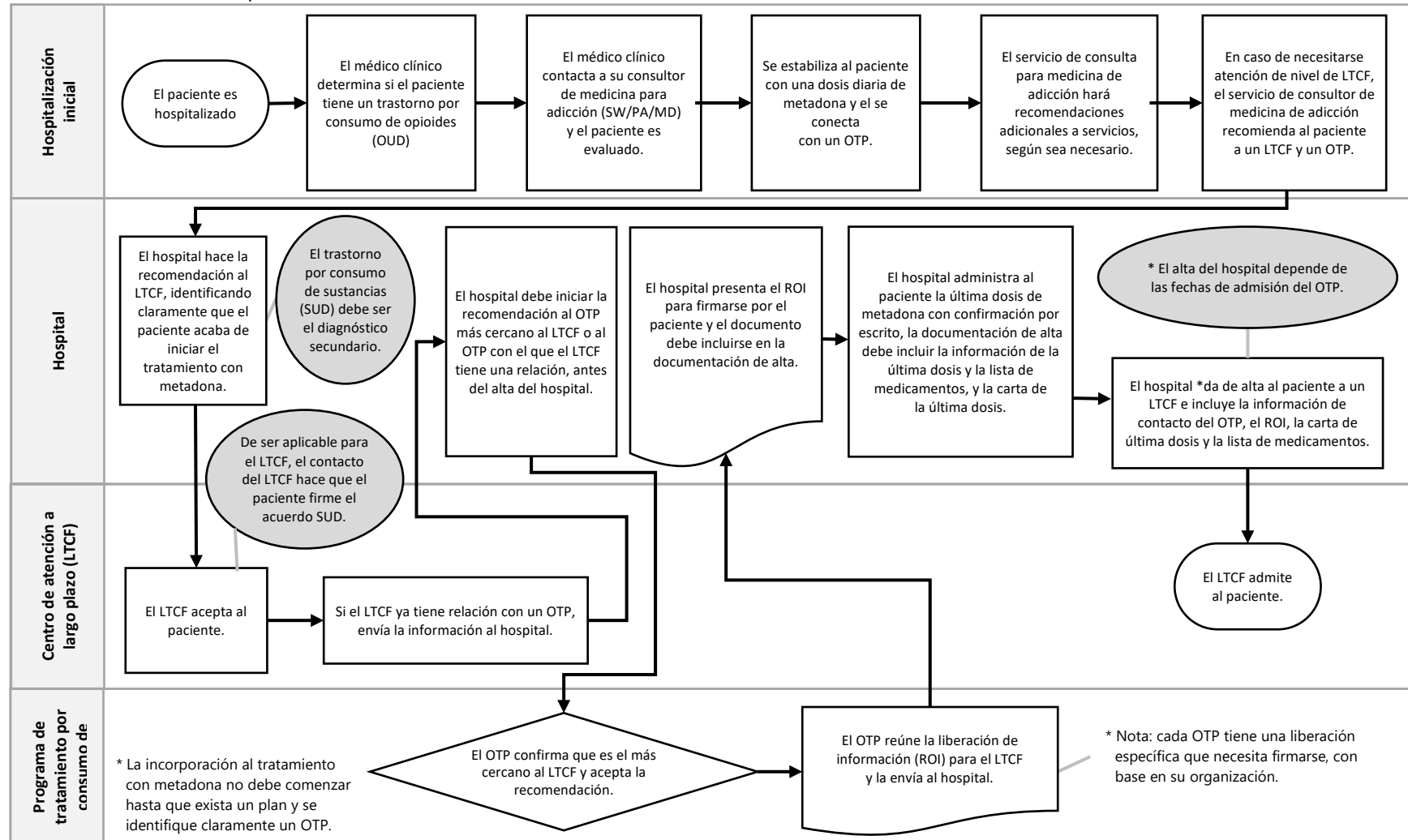
# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

Apéndice 5: Flujoograma 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

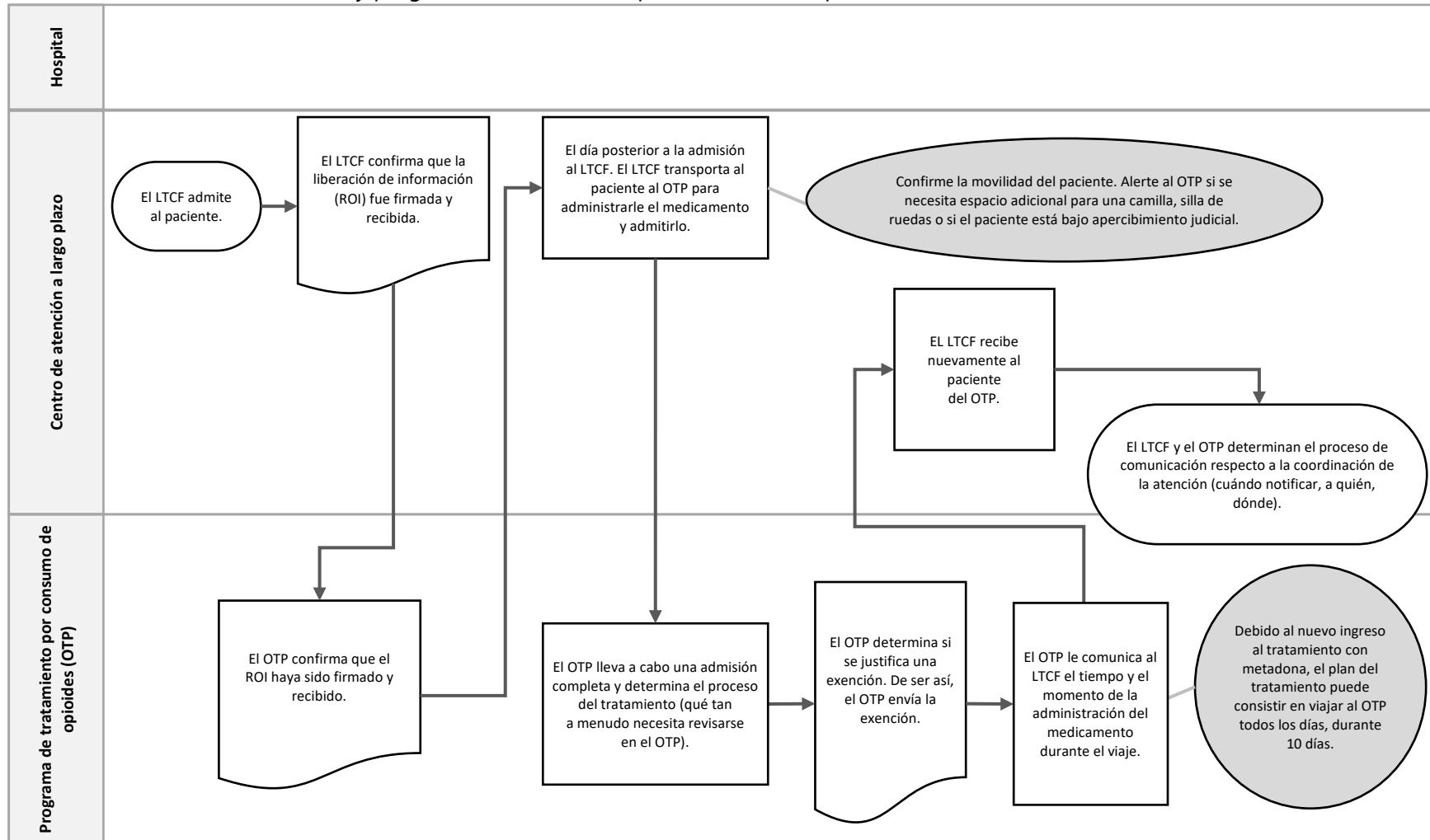


# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

**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)



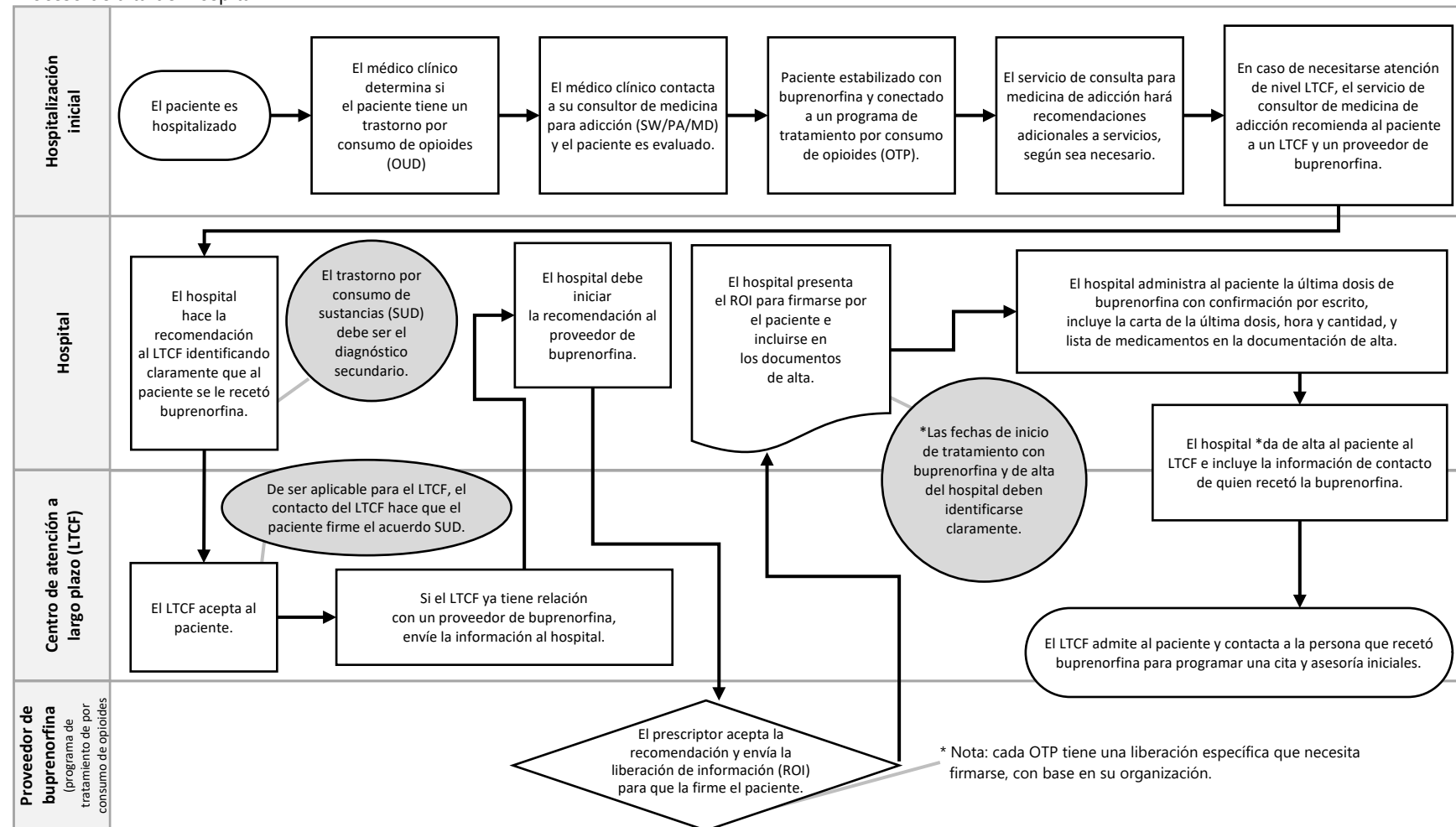
# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

## Apéndice 6: Flujoograma 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



\* 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.

## 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 medidas 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;



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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 los 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  
Centro de servicio XYZ  
[dirección]

\_\_\_\_\_  
Director del programa  
[Nombre del programa]  
[dirección]



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

## 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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

¿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.

- |                                                               |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Documento de ingreso                 | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Registro de asistencia               | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                      | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de orina para uso de drogas | <input type="checkbox"/> Registro médico completo                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio externo    | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Exámenes médicos/físicos             | (Proporcione una descripción explícita de qué información de trastorno por consumo de sustancias puede revelarse) |
| <input type="checkbox"/> Estudios de diagnóstico              |                                                                                                                   |

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

- |                                                                                                |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la información mantenida por; o                                  | <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia                               |
| <input type="checkbox"/> Información mantenida: Desde: ____/____/____<br>Hasta: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                          |
| Especifique el propósito de la(s) revelación(es):                                              | (Describa el propósito de la revelación; sea tan específico como sea posible) |

- ☐ 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



## **Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo**

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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).

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

Comprendo que The Hartford Dispensary no puede 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 capítulo 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 lo 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

## **Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo**

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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.”

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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 específico 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

# Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

## 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 identificación 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)

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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).

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

**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

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts

Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

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

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

Núm. de fax \_\_\_\_\_

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

### 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 anomalía durante la evaluación y contactará al médico del programa de **[NOMBRE**

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

**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]**.

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
www.mass.gov/dph/bhcsq

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.**

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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.

---



---

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

### 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?<br>(por ejemplo, gotas para los ojos, cremas, lociones, aerosoles nasales que estén caducados, sin usar o descontinuados)                            |    |    |
| Si una persona sabe <u>cómo tomar sus</u> 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:                                                                                                                                                       |    |    |

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

|                                                                                                                                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Si una persona sabe <u>cómo tomar</u> 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?<br>(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?  |  |  |

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

|                                                                  |  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|--|
| 5. ¿Tiene una tarjeta de receta? Sí, NO                          |  |  |
| ¿Usa una tarjeta de receta? Sí, NO                               |  |  |
| Si la respuesta es Sí: especifique el tipo:_____                 |  |  |
| 6. ¿Hay medicamentos que necesite y que no pueda obtener? Sí, NO |  |  |
| Si la respuesta es Sí, pida al residente que explique.           |  |  |

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

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

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

| MEDICAMENTO<br>NOMBRE | DOSIFICACIÓN | HORA(S) DE<br>Día tomadas | FECHA<br>DE CADUCIDAD | NOMBRE/<br>TELÉFONO<br>DEL MÉDICO | NOMBRE/<br>TELÉFONO<br>DEL MÉDICO |
|-----------------------|--------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |
|                       |              |                           |                       |                                   |                                   |

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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](mailto:dorwig@epi.umaryland.edu) o [nbrandt@rx.umayland.edu](mailto: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:](#)
  - 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](#)
- Centro de Estrategias de Atención Médica
  - [Atención informada por el trauma](#)
- La Coalición de Camden y el Centro Nacional de Necesidades Sanitarias y Sociales Complejas
  - [Medicamentos para el tratamiento de la adicción.](#)
- [Competencia cultural para médicos clínicos:](#)
  - 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](#)

## Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

Departamento de salud pública de  
Massachusetts  
Departamento de seguridad y calidad de  
atención médica  
[www.mass.gov/dph/bhcsq](http://www.mass.gov/dph/bhcsq)

- Coalición para la reducción del daño
  - [Principios de la reducción del daño](#)
- Institute for Healthcare Improvement
  - [El conjunto de herramientas esenciales para la mejora de la calidad](#)
- [KAP KEY para médicos clínicos](#):
  - 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](#)
  - [Compruebe su punto ciego: Comprender los prejuicios implícitos](#)
  - [La recuperación entre la población diversa Video con una guía de discusión](#)
- Capacitación para Tratamiento por consumo de opioides en consultorio y Asistencia técnica (OBAT TTA):
  - [Proveedores](#)
  - [Recursos para pacientes y familias](#)
  - [Entender mejor la adicción](#)
- Sistema de Proveedores de Apoyo Clínico
  - [Capacitación y recursos basados en la evidencia para tratar a los pacientes con OUD](#)
- RIZE Massachusetts.
  - [Una iniciativa para finalizar la epidemia de opiáceos](#)
- Proyecto SAFE
  - [Manual de la comunidad: Guía paso a paso](#)