

Asistencia a residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo

**Apoyo ante las necesidades de atención
de las personas que acuden a los centros de atención a largo plazo**



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

Tabla de contenido

Tabla de contenido	i
Reconocimientos.....	iv
Introducción.....	1
Contexto.....	1
Manejo de los trastornos por consumo de estimulantes y opioides.....	3
Tratamiento para el trastorno por consumo de opioides	3
Tratamiento para el trastorno por consumo de estimulantes	4
Entender el trastorno por consumo simultáneo de opioides y estimulantes.	5
Utilización de este conjunto de herramientas.....	7
Recomendación 1: Entender qué son los trastornos por consumo de opioides y estimulantes	8
Descripción.....	8
Objetivo.....	8
Objetivos	8
Políticas	8
Presentación, diagnóstico y síntomas de la abstinencia.....	8
Trastorno por consumo de opioides.....	9
Diagnóstico del trastorno por consumo de opioides.....	9
Personas que se presentan con trastorno por consumo de opioides	9
Síntomas de abstinencia por trastorno de consumo de opioides	10
Señales de sobredosis de opioides y qué hacer si se sospecha de una sobredosis.....	12
Estudio de caso: trastorno por consumo de opioides	14
Trastorno por consumo de estimulantes.....	15
Diagnóstico del trastorno por consumo de estimulantes	15
Personas que se presentan con trastorno por consumo de estimulantes	15
Síntomas de abstinencia por trastorno de consumo de estimulantes	16
Señales de sobreestimulación con estimulantes y qué hacer si sospecha sobredosis de estimulantes.....	17
Estudio de caso: Trastorno por consumo de estimulantes	17
Trastorno por consumo de opioides y estimulantes	19
Receta de opioides y estimulantes	19
Hablar con los residentes sobre los trastornos del consumo de estimulantes y opioides.....	20
Estrategias específicas para ayudar a los residentes a entender su diagnóstico	20
Estrategias para manejar las reacciones difíciles.....	21
Abordar el estigma.....	21



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

No utilice lenguaje estigmatizador	22
Reducción del daño.....	23
Ejemplo: Principios de la reducción del daño.....	24
Educación y recursos	24
Implementación: puntos esenciales	25
Recomendación 2: Crear un entorno terapéutico	27
Descripción.....	27
Metas	27
Objetivos	27
Políticas	27
Proceso.....	27
Crear un entorno terapéutico.....	27
Educación y recursos.....	31
Implementación: Puntos esenciales	32
Recomendación 3: Enfoques organizativos y del personal para brindar atención centrada en cada persona.....	33
Descripción.....	33
Objetivo.....	34
Objetivos	34
Políticas	34
Enfoque centrado en la persona - Cambiando su cultura	34
Atención basada en información sobre el trauma	36
Servicios apropiados a nivel cultural y lingüístico (CLAS)	39
Educación y recursos.....	40
Implementación: Puntos esenciales	40
Recomendación 4: Competencias demostradas.....	42
Descripción.....	42
Metas	42
Objetivos	42
Políticas	42
Proceso.....	42
Conocimiento de los trastornos por consumo de opioides y estimulantes	42
Ambiente social de los residentes de Centros de atención a largo plazo	45
Proporcionar atención a las personas que reciben tratamiento con Medicamentos para uso a largo plazo de opioides en Centros de atención a largo plazo.....	45
Atención para los cuidadores (consulte Consejo 2 y Consejo 3 respecto a los recursos para las familias y los cuidadores).....	46



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

Educación y recursos.....	46
Implementación: puntos clave.....	47
Consejo 5: recursos y asociaciones para toda la comunidad.....	48
Descripción.....	48
Objetivo.....	48
Objetivos	48
Políticas	48
Proceso.....	48
Programas de tratamiento por consumo de opioides y Programas de Tratamiento por consumo de opioides en consultorio o de Tratamiento de adicción en consultorio	48
Telesalud	51
Apoyos comunitarios	52
Tipos adicionales de apoyo	52
Educación y recursos.....	54
Implementación: puntos clave.....	55
Consejo 6: Transiciones de atención.....	56
Descripción.....	56
Objetivo.....	56
Objetivos	56
Políticas	56
Proceso.....	57
Proceso para transiciones de atención del hospital al LTCF para residentes tratados con medicamento para trastorno por consumo de opioides.....	57
Pasos clave en el proceso para transiciones para residentes tratados con medicamento para trastorno por consumo de opioides	57
Pasos clave en el Proceso de transición para residentes tratados mediante programas de salud del comportamiento para Trastorno por consumo de estimulantes.....	61
Educación y recursos.....	61
Implementación: puntos clave.....	62
Apéndices.....	65
Apéndice 1: Cuadro de comparación: Medicamentos para Trastorno por consumo de opioides.....	66
Apéndice 2: Técnicas de empatía	70
Apéndice 3: Preguntas de entrevista relacionadas a atención centrada en la persona de muestra para el reclutamiento y la entrevista de personal (Consejo 3)	71
Trabajo en equipo	71
Atención a pacientes.....	71



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

Adaptabilidad	71
Administración del tiempo	71
Estilo de comunicación	72
Motivación y valores fundamentales.....	72
Apéndice 4: Flujograma de residente en mantenimiento de metadona dado de alta del hospital a el centro de atención a largo plazo	73
Apéndice 5: Flujograma de residente que acaba de iniciar el tratamiento con metadona y que fue dado de alta del hospital al Centro de atención a largo plazo.....	75
Apéndice 6: Flujograma de residente tratado con Buprenorfina y que ha sido dado de alta del hospital al Centro de atención a largo plazo.....	77
Apéndice 7: Ejemplo de acuerdo de organización de servicio calificada	78
Apéndice 8: Ejemplo de Liberación de información	80
Apéndice 9: formato de necesidad médica	84
Apéndice 10: Cadena de custodia de metadona	88
Apéndice 11: Registro de administración de Cadena de custodia de metadona	89
Apéndice 12: Hoja de autoadministración de Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides	91
Apéndice 13: recursos adicionales.....	94

Reconocimientos

El Departamento de salud pública de Massachusetts (MDPH, por sus siglas en inglés) celebró un acuerdo con Abt Associates y Healthcentric Advisors para desarrollar este conjunto de herramientas, con el fin de brindar apoyo a los centros de atención a largo plazo (LTCF, por sus siglas en inglés) que asisten a los residentes diagnosticados con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) que están tomando medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD, por sus siglas en inglés). La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) financia este conjunto de herramientas como parte de la subvención estatal de respuesta frente a la problemática de los opioides.

Agradecemos a las siguientes personas que trabajan en el tratamiento con MOUD por sus conocimientos y aportes:

Julie Bunch, Organización de Massachusetts para la recuperación de adicciones

Matt Davis, Acadia Healthcare

Heidi Di Roberto, sistemas de salud Spectrum Health

Rossana Lau-Ng, Doctora en Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Boston

Helen Magliozzi, Senior Care Association ("Asociación de Massachusetts para el cuidado de los ancianos")

Christine Medros, New England Community Medical Services

Constance Peters, Association for Behavioral Healthcare

Tammy Sinvil, Royal Health Group

Kristin Wason, Enfermera Facultativa (NP), Boston Medical Center

Leigh Simons Youmans, Massachusetts Health and Hospital Association



Introducción

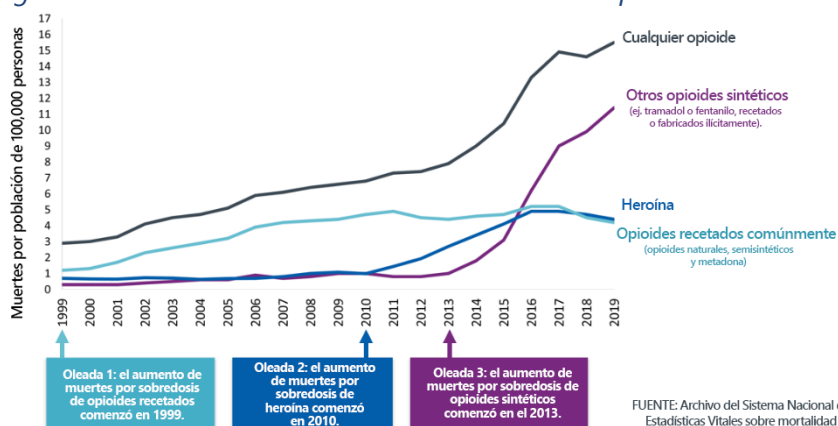
Contexto

El trastorno por consumo de opioides (OUD) puede afectar a personas de todas las edades, razas, etnias, niveles de ingresos y regiones geográficas. Desde 2016, el OUD decreció de 2.0 millones en 2018 a 1.6 millones en 2019.¹ Las soluciones que ayudaron a iniciar este descenso incluyen el aumento del acceso a los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD) junto con el establecimiento de grupos de apoyo de recuperación comunitaria y psicosocial.² A pesar de este descenso de casos en todo el país, la muertes relacionadas con opioides en Massachusetts permanecieron consistentemente altas desde el 2016 hasta el 2020, las cifras estimadas fueron 2,102 y 2,104 respectivamente.³ A nivel nacional, los adultos mayores en particular pueden estar en riesgo por el mal uso de los opioides; en el 2018 a 25% de los adultos de 65 años de edad y mayores se les prescribió por lo menos una receta de opioides.⁴

Posteriormente a nivel nacional en el 2020, hubo 1,895 muertes relacionadas con sobredosis de opioides, en estos casos existiendo pruebas de detección de drogas disponibles. Los hallazgos muestran que la cocaína estuvo presente en aproximadamente 40% de muertes relacionadas con opioides, y las anfetaminas estuvieron presentes en aproximadamente el cinco por ciento.⁵ El índice de muertes que involucran cocaína (un estimulante) y opioides aumentó significativamente desde el 2009 hasta el 2019 en Estados Unidos y el porcentaje más alto de muertes ocurrió en el Nordeste.⁶ Aproximadamente 22,200 clientes de Massachusetts recibieron MOUD en los programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) y otros 11,600 en las clínicas de tratamiento ambulatorio de la adicción/el consumo de opioides (OBOT/OBAT).⁷ Las personas con trastorno por consumo de opioides (OUD) y las personas con otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) que se inscribieron en Medicaid tuvieron significativamente menos probabilidad de recibir MOUD que solo las personas con OUD.⁸ Actualmente no se han establecido ampliamente las mejores prácticas de atención y tratamiento del uso simultáneo de estimulantes y opioides en contextos de atención a largo plazo. Por consiguiente, las hospitalizaciones inesperadas, seguidas de remisiones a centros de atención a largo plazo (LTCF, por sus siglas en inglés) representan dificultades en la continuidad de atención de estos pacientes.

El trastorno por consumo de estimulantes (StUD, por sus siglas en inglés) también está en aumento. Las anfetaminas y otros estimulantes son la segunda clase de drogas ilícitas que se consumen más ampliamente a nivel global después de la cannabis.⁹ Las muertes que implican la presencia de psicoestimulantes, incluidos la cocaína, las metanfetaminas, y el fentanilo fabricado contribuyeron a los aumentos recientes de tasas de muerte por sobredosis que involucran estimulantes. Las drogas y combinaciones específicas de éstas involucradas en muertes por sobredosis implican regímenes de tratamientos para trastornos por consumo de sustancias (SUD) y resultados (por ejemplo, evitar el consumo de drogas solo), y la respuesta a sobredosis. De acuerdo a la Administración de

Figura 1: Cuatro oleadas de aumento de muertes por sobredosis



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

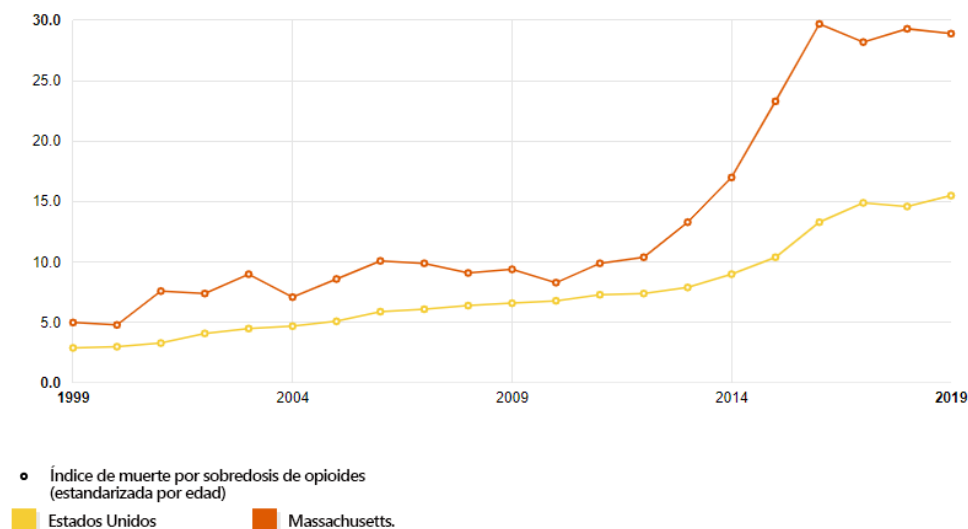
Departamento de salud pública de Massachusetts
Departamento de seguridad y calidad de atención médica
www.mass.gov/dph/bhcsq

Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (SAMHSA), la naloxona revierte de forma efectiva las sobredosis con presencia de opioides en combinación con otros sedantes o estimulantes. La naloxona no funciona en sobredosis donde la única sustancia presente es la benzodiazepina. La naloxona trata de forma efectiva solo las sobredosis con opioides; no obstante, otras sustancias como el fentanilo pueden contener opioides. En este caso, se puede administrar la naloxona. La naloxona no surte efecto en personas que no tienen presencia de opioides en sus organismos.

Históricamente ha habido cuatro oleadas de muertes por sobredosis de opioides en Estados Unidos: primero, hubo un aumento de muertes por opioides con y sin receta; luego, hubo un aumento de muertes relacionadas con la heroína; y ahora hay un aumento de muertes por consumo de opioides sintéticos (por ejemplo, fentanilo). Estas tendencias a nivel nacional se ven reflejadas en Massachusetts (Figura 1).

Los datos de 2019 muestran un descenso en las muertes por sobredosis, lo que en parte se debe a expandir la administración de naloxona en casos de emergencia para salvar vidas, y al aumento del acceso a los medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD), [Figura 2¹⁰]. No obstante, los datos preliminares del 2020 muestran un aumento de 5% en las muertes relacionadas con sobredosis de opioides en Massachusetts.¹¹

Figura 1: Índice anual de muertes relacionadas con opioides estandarizada por edad, por población de 100,000 personas



De acuerdo a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), 28 personas mueren cada día por sobredosis de psicoestimulantes que incluyen opioides. Entre febrero de 2019 y febrero de 2020, Massachusetts fue uno de los cuatro estados, junto con Washington, Nueva York y Florida, que tuvieron un aumento significativo en presuntas sobredosis que incluyen todos los estimulantes.¹² En el 2018 hubo más de 27,000 muertes por sobredosis de estimulantes, lo cual representa alrededor de 40% de todas las muertes por sobredosis en los Estados Unidos.

De acuerdo a la SAMHSA y al Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), la adicción es una enfermedad crónica tratable que requiere atención continua para que el tratamiento sea efectivo. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción por lo general implica ciclos de recaídas y de remisiones. En 2018, se estima que dos millones de estadounidenses tenían trastorno por consumo de opioides, pero solo 26% recibió tratamiento para la adicción.¹³



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

Los MOUD, según se definen en la siguiente sección, son un tratamiento para el trastorno por consumo de opioides que se basa en evidencia de haber salvado vidas, lo cual respalda la recuperación a largo plazo. En 2017, 22,200 residentes de Massachusetts recibieron MOUD en los programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP) y otros 11,600 en las clínicas de tratamiento ambulatorio OBOT/OBAT. 27% de los OTP de Massachusetts ofrecen programas específicos para la población de adultos mayores. El acceso a los MOUD se expandió y continúa haciéndolo. Los pedidos de emergencia durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) eliminaron el control de los requisitos de capacitación de proveedores elegibles para recetar buprenorfina. También expandió el acceso a los servicios de la telemedicina.

Para los residentes con trastorno por consumo de opioides (OUD), o trastorno por consumo de estimulantes (StUD), la estadía en un centro de atención a largo plazo (LTCF) representa dificultades de atención continua. El Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) emitió una [carta circular](#)¹⁴ en 2016 afirmando que los LTCF deben suministrar MOUD a los residentes que necesitan dicho tratamiento y a otros residentes que sean elegibles de otra forma. El incumplimiento de suministrar MOUD a las personas con OUD es una violación de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades. Este conjunto de herramientas le ayudará en sus esfuerzos de atención de residentes con OUD y StUD al tiempo que abordará la coordinación puntual de atención entre OTP, OBOT/OBAT, hospitales, y LTCF.

Manejo de los trastornos por consumo de estimulantes y opioides

Tratamiento para el trastorno por consumo de opioides

Al igual que con otras enfermedades crónicas, los medicamentos son centrales para el tratamiento de los trastornos por consumo de opioides (OUD). Las personas con OUD se benefician del tratamiento con medicamentos por periodos de tiempo variables, que incluyen el tratamiento de por vida.¹⁵ La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha aprobado tres tipos de medicamentos para el tratamiento del OUD:

- naltrexona (Vivitrol®)
- buprenorfina (Subutex®), buprenorfina/naloxona (Suboxone®), buprenorfina liberación prolongada (Sublocade®)
- metadona

Estos fármacos bloquean los efectos de los opioides; la metadona y la buprenorfina también normalizan la química del cerebro y la función corporal, suprimen la abstinencia, reducen la ansiedad de consumir opioides, y reducen significativamente la mortalidad por sobredosis de opioides^{16,17} Los MOUD son un componente integral de la atención de pacientes diagnosticados con OUD y por lo general se combinan con asesoría de salud del comportamiento.

Al igual que otros residentes que reciben tratamiento para enfermedades crónicas, los residentes con OUD deben tener acceso a fármacos, Asesoría personalizado a nivel individual, servicios de apoyo, y planes de atención para el manejo de enfermedades. Si las personas que reciben tratamiento con metadona o buprenorfina pierden una dosis, pueden sufrir síntomas del síndrome de abstinencia. Si esto no se maneja, la abstinencia hará que las personas estén más irritables, participen menos en el tratamiento, busquen consumir opioides u otras sustancias para aliviar los síntomas o decidan abandonar el tratamiento en contra del Asesoría médico (AMA, por sus siglas en inglés). Si las personas que están recibiendo tratamiento con naltrexona de liberación prolongada pierden una dosis, no sufrirán síntomas del síndrome de abstinencia; en vez de esto pueden sufrir más ansiedad.



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

Asimismo, dejar cualquiera de estos fármacos ha demostrado que aumenta la mortalidad ya que la tolerancia de la persona para los opioides se reduce; si vuelve a consumirlos, tendrá mayor riesgo de sobredosis.¹⁸ Los residentes que reciben MOUD deben tener conexiones consistentes con sus médicos y personal autorizado para prescribir recetas, o con los OTP, u OBOT/OBAT para asegurar que no pierdan dosis y que no interrumpan o dejen de tomar los fármacos.

Aquí hay dos videos útiles que hablan más a fondo sobre los MOUD.¹⁹

- [Descripción del tratamiento con fármacos asistidos: naltrexona, metadona y Suboxone](#)²⁰ (5 minutos)
- [Tratamiento asistido con medicamentos](#)²¹ (10 minutos)

La tabla del [Apéndice 1](#) compara las diferentes opciones de farmacoterapia con MOUD, entre estas el tratamiento para OUD, sus efectos secundarios, y las precauciones de seguridad que se recomiendan.

Tratamiento para el trastorno por consumo de estimulantes

No existen medicamentos aprobados por la FDA para tratar el trastorno por consumo de estimulantes (StUD), pero la investigación continúa. Se ha descubierto que no existe suficiente evidencia para apoyar o discontinuar el uso de psicoestimulantes, n-acetilcisteína, terapia con agonistas opiáceos, disulfiram, e intervenciones farmacológicas antidepresivas.²² Opciones actuales de tratamiento farmacológico para pacientes que tienen síntomas de abstinencia en curso, como estar tomando medicamentos para dormir, estimular el apetito, y síntomas psiquiátricos. Otras opciones de tratamiento para el StUD que incluyen intervenciones del comportamiento y psicosociales y prácticas se mencionan abajo y en la Presentación 1.

Presentación 1: Opciones de tratamiento para el trastorno por consumo de estimulantes en contextos de atención a largo plazo.

Tratamientos basados en evidencia	Descripción del tratamiento	Detalles
Manejo de la contingencia	Suministra incentivos (dinero, tarjetas de regalo, apoyo motivacional, etc.) para asistir el tratamiento y los exámenes toxicológicos de la orina que se requieren. Evidencia sólida El manejo de la contingencia se sustenta en la teoría del condicionamiento operante y clásico y se puede ofrecer en varios contextos (algunos programas se han adaptado a basarse en la web). Una variedad de proveedores lo pueden ofrecer, esto significa que no es necesario tener una trayectoria clínica. Se ha utilizado con éxito en personas con OUD ocurriendo de forma simultánea.	▪ Sí, hay capacitación disponible. ▪ No se prescribe intensidad ni duración. ▪ Típicamente dura 12 semanas.
Entrevistas motivacionales	Resolución de inseguridades y sentimientos ambivalentes de los clientes y mejora de la necesidad de motivación interna para cambiar el comportamiento. Evidencia sólida Los proveedores, tanto clínicos como no clínicos, pueden utilizar las entrevistas motivacionales (por ejemplo, colegas) con poca o ninguna capacitación de orientación o terapia. Este tratamiento es efectivo en varios contextos y se puede proporcionar en una o en varias sesiones.	▪ Sí, hay capacitación disponible. ▪ No se prescribe intensidad ni duración.

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

Presentación 1: Opciones de tratamiento para el trastorno por consumo de estimulantes en contextos de atención a largo plazo.

Tratamientos basados en evidencia	Descripción del tratamiento	Detalles
Recuperación respaldada con ejercicio	Existen programas variados de ejercicio, pero los que tienen una combinación de ejercicios aeróbicos y anaeróbicos se asocian con una correlación positiva de recuperación a largo plazo.	- No hay capacitación disponible. - La intensidad y duración se basan en las limitaciones físicas de cada residente individual.
Atención basada en la información sobre el trauma buscando la seguridad Enfoque de refuerzo en la comunidad	Un modelo terapéutico para tratar el trastorno de estrés postraumático y el SUD que ocurren de forma simultánea que enfatiza la necesidad de sentirse seguro(a) para analizar y superar el trauma. Se puede hacer en sesiones grupales o individuales. Se trata de identificar los comportamientos que refuerzan el consumo de estimulantes y crear un estilo de vida libre de dicho consumo, que sea más gratificante que el estilo de vida que incluye sustancias. Evidencia sólida El enfoque de refuerzo en la comunidad por lo general se utiliza junto con el manejo de contingencia. Por lo general se administra en contextos de hospitalización o durante visitas al hogar, aunque se ha utilizado con éxito en contextos de tratamiento ambulatorio. La mejor manera de administrarlo es mediante personal clínico con capacidades sólidas de terapia.	- Sí, hay capacitación disponible. - La duración e intensidad varía en función de la población objetivo. - Sí, hay capacitación disponible. - No se prescribe intensidad ni duración. - Se recomienda por 24 semanas.
Terapia cognitiva conductual	Ayudar a los clientes a mejorar la calidad de sus vidas, no tratando de cambiar sus circunstancias sino más bien alterando las percepciones de las mismas. Evidencia sólida Es un tratamiento psicoterapéutico que se suministra en varios contextos, y lo administran profesionales capacitados en los principios de terapia cognitiva conductual (CBT, por sus siglas en inglés). Hay capacidad disponible a nivel nacional para personas tanto profesionales como no profesionales de la salud mental con un título universitario de 4 años.	- Sí, hay capacitación disponible. - No se prescribe intensidad ni duración. - Una duración típica de 5-10 meses.

Fuente: Esta información se modificó desde la [Serie de guías de recursos basados en evidencia, Tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias \(SAMHSA\)](#), y la presentación del Centro Médico de Boston sobre capacitación en tratamiento ambulatorio de las adicciones y asistencia técnica, Introducción a las metanfetaminas, presentada por el Centro de Salud de Lynn, 10 de mayo, 2021.

Entender el trastorno por consumo simultáneo de opioides y estimulantes.

Los datos nacionales muestran que existe un aumento en los conteos de muertes que implican el consumo simultáneo de opioides y estimulantes.²³ Los índices de consumo de estimulantes por primera vez han aumentado significativamente desde 2015, mientras que la cifra de muertes relacionadas con la cocaína y otros psicoestimulantes aumentaron de manera dramática.²⁴ El consumo de cocaína es más alto entre personas de 18-25 años de edad, y el consumo de metanfetaminas es más alto entre personas de 26-49 años de edad.²⁵



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

Las muertes por sobredosis que involucran tanto opioides como estimulantes pueden representar a personas que consumieron opioides y estimulantes de manera consciente, o a personas que consumieron un estimulante sin saber que contenía un opioide. En el 2018, 86% de las muertes debidas a estimulantes también involucraban opioides. La cifra de muertes que involucraban estimulantes sin opioides se redujo 4% entre 2000 y 2015, y ha permanecido relativamente estable desde entonces. Mientras que las muertes relacionadas con estimulantes han aumentado desde 2010, este aumento se vincula estrechamente con la epidemia de sobredosis de opioides, específicamente fentanilo. Estos datos sugieren que las intervenciones que abordan solo el consumo de estimulantes no son suficientes para reducir las muertes relacionadas con estimulantes.²⁶

El índice de muertes por sobredosis que involucran estimulantes y opioides es mayor entre hombres que entre mujeres. Desde 2010 hasta 2018 el índice aumentó 28% por año en hombres y 27% por año en mujeres. Entender el análisis de género y el riesgo al que los hombres están expuestos es crucial para informar sobre las estrategias específicas de género cautivando la atención de las personas que consumen opioides y estimulantes y las personas que consumen principalmente estimulantes.²⁷

El índice de muertes por sobredosis que involucran estimulantes y opioides es más alta actualmente entre residentes hispanicos (12.3 por cada 100,000). La tasa de hispanicos aumentó el 36% por año desde 2012 hasta 2018. La tasa entre personas blancas no hispanicas aumentó 35% por año desde 2010 hasta 2015, y la tasa entre personas negras no hispanicas aumentó 31% por año desde 2012 hasta 2018. Con el tiempo, entender quién está en mayor riesgo significativo por raza y etnia hispanica nos permite enfocar mejor los programas de prevención y recursos de tratamiento para abordar las necesidades específicas por población.²⁸

Por una variedad de razones, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales, asexuales, de género diverso, o quienes se identifican en el espectro de sexualidad o comunidad de identidad de género (LGBTQIA+) están afectadas de forma desproporcionada por el SUD. En una encuesta nacional de 2015 sobre consumo de drogas, las personas LGBTQIA+ tenían mucha más probabilidad de usar erróneamente los calmantes del dolor recetados y mostraron un riesgo tres veces mayor de OUD. Al iniciar el tratamiento con medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD) en esta población, es esencial tener en cuenta que medicamentos como la metadona y la buprenorfina tienen interacciones conocidas con ciertos fármacos antirretrovirales y moduladores hormonales, que pueden innecesariamente impedir que las personas busquen tratamiento o disuadirlas de este. Co-recetar ("co-prescribing"), en particular la buprenorfina, es seguro siempre y cuando se haga con la supervisión clínica y seguimiento apropiados.²⁹



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

Utilización de este conjunto de herramientas

Este conjunto de herramientas destaca seis recomendaciones para implementar en su centro de atención a largo plazo (LTCF) que contribuirán a la atención que usted brinda a los residentes con trastorno por consumo de opioides (OUD) y consumo simultáneo de estimulantes. Todos los administradores, directores de Enfermería (DON, por sus siglas en inglés), directores médicos, trabajadores sociales, enfermeros, y asistentes de enfermeros certificados (CNA, por sus siglas en inglés) pueden utilizar estos recursos. Este conjunto de herramientas le ayudará a cumplir con las políticas estatales y federales y a brindar atención basada en evidencia a los residentes con OUD y StUD. Cada recomendación tiene una lista de políticas y procesos sugeridos, además de recursos educativos que contribuyen a que su LTCF esté mejor adecuada para trabajar y brinde continuidad en la atención de los residentes. Finalmente, en los apéndices encontrará una tabla de opciones de farmacoterapia, mapas de procesos para transiciones de atención, y modelos de formatos.

Recomendación 1: Entender qué es el trastorno por consumo de opioides y el trastorno por consumo de estimulantes

Recomendación 2: Crear un entorno terapéutico

Recomendación 3: Enfoques organizativos y del personal

Recomendación 4: Capacidad y aptitudes

Recomendación 5: Asociaciones a nivel de toda la comunidad

Recomendación 6: Transiciones de atención



Recomendación 1: Entender qué son los trastornos por consumo de opioides y estimulantes

Descripción

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) define la adicción como una "condición compleja, pero tratable".³⁰ Los LTCF pueden crear entornos de cuidado paliativo o complementario al entender mejor el OUD y el StUD considerando los estigmas y mitos, cómo se presentan, los síntomas de abstinencia, y cómo manejar las condiciones de forma apropiada.

Objetivo

Esta sección busca ayudar al personal de los LTCF a crear un entorno de cuidado complementario entendiendo el OUD y el StUD y sabiendo que al disipar estigmas y mitos se implementa mejor atención de los residentes.

Objetivos

Al final de esta sección los participantes podrán:

- Entender qué es el OUD y el StUD, las causas subyacentes, el espectro de la gravedad de la enfermedad, los efectos biológicos, y cómo se presentan los residentes a nivel clínico.
- Reconocer el estigma de la adicción.
- Disipar las ideas equivocadas sobre las personas con OUD y StUD.

Políticas

- Integrar los principios de la reducción del daño en toda su organización y en las políticas existentes.
- Incorporar una sección sobre OUD y StUD en su política de discriminación interna para reducir el estigma y promover una cultura positiva que asegure que el personal vea la adicción como una condición médica.
- Integrar la utilización de la escala clínica de abstinencia de opiáceos ([COWS, por sus siglas en inglés](#)) como un método para ayudar a identificar los síntomas de abstinencia de los opioides y guiar la atención que reciben los residentes.
- Entender y diferenciar entre la abstinencia de los opioides y los síntomas y efectos de la abstinencia de estimulantes para saber ayudar a los residentes.
- Desarrollar políticas sobre la administración de naloxona.

Presentación, diagnóstico y síntomas de la abstinencia

Para brindar la mejor atención a las personas con OUD y StUD, es importante entender los comportamientos actuales asociados con estos dos trastornos y a la vez asegurarse de la seguridad de los residentes durante el proceso.

También es esencial entender que algunos residentes pueden tener OUD y StUD ocurriendo de forma simultánea. A pesar de que el tratamiento de cada uno de estos trastornos es diferente, es importante adoptar un enfoque holístico. Por ejemplo, utilizar MOUD con orientación, terapia conductual cognitiva y otras mejores prácticas basadas en evidencia es esencial para residentes que sufren OUD y StUD simultáneamente.

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

Trastorno por consumo de opioides

Diagnóstico del trastorno por consumo de opioides

Para diagnosticar a una persona con OUD, esta debe haber experimentado dos o más de los siguientes criterios dentro de un periodo de 12 meses.

Criterios para el diagnóstico de OUD:

1.	Los opioides frecuentemente se toman en mayores cantidades o por un tiempo más largo del que se había destinado.
2.	Existe un deseo persistente o esfuerzos sin éxito de cortar o controlar el consumo de opioides.
3.	Se emplea una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener los opioides, consumir los opioides o recuperarse de sus efectos.
4.	Hay ansiedad, o un fuerte deseo o urgencia de consumir los opioides.
5.	Consumo recurrente de opioides que resulta en un incumplimiento de las obligaciones importantes que la persona desempeña en el trabajo, la escuela, o el hogar.
6.	Consumo continuo de opioides a pesar de que sus efectos causen o exacerben problemas interpersonales o sociales de forma recurrente o persistente.
7.	Abandono o reducción de las actividades sociales, ocupacionales, o recreativas por causa del consumo de opioides.
8.	Consumo recurrente de opioides en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
9.	Consumo continuo de opioides, a pesar de saber que la sustancia causó o exacerbó un problema psicológico o físico recurrente o persistente.
10.	Anexos de tolerancia (<i>nota: sola, no suficiente para diagnosticar un OUD. No se considera que las personas que solo consumen opioides bajo la supervisión médica apropiada deban cumplir con este criterio</i>).
11.	Anexos de abstinencia (<i>nota: sola, no suficiente para diagnosticar un OUD. No se considera que las personas que solo consumen opioides bajo la supervisión médica apropiada deban cumplir con este criterio</i>).

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría (sin fecha). Tomado de los [Criterios de diagnóstico del trastorno por consumo de opioides](#)

Personas que se presentan con trastorno por consumo de opioides

Los opioides son una clase de drogas que incluyen calmantes para el dolor disponibles legalmente bajo receta, la droga ilegal de la heroína, y los opioides sintéticos como el fentanilo. Estas drogas se vinculan y activan los receptores de opioides en las células ubicadas en el cerebro, la espina dorsal, y otras regiones del cuerpo. Cuando los opioides se adhieren a los receptores, bloquean las señales de dolor que se envían desde el cerebro al cuerpo y liberan grandes cantidades de dopamina. Los opioides hacen que las personas se sientan relajadas o "drogadas" ("high"). También causan somnolencia, confusión, náuseas, estreñimiento, euforia, y respiración lenta.³¹

Los residentes que se presentan con un OUD pueden aparecer fuertemente intoxicados, en abstinencia de opioides, o no mostrar efectos agudos relacionados con su consumo de opioides.³² Si un paciente está en abstinencia activa, el personal de los LTCF debe cumplir con las restricciones regulatorias sobre el manejo de la abstinencia activa que se describen en la Sección 150.003 del CMR 105: Admisiones, Transferencias, y Altas. Los



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

residentes con OUD pueden presentar muchas consecuencias relacionadas con la salud que incluyen infecciones, disfunción intestinal inducida por opiáceos, hiperalgesia inducida por opiáceos, accidentes vehiculares, síndrome amnésico por opioides, sobredosis, y posiblemente muerte.³³

Síntomas de abstinencia por trastorno de consumo de opioides

Las personas con OUD pueden sufrir ansiedad por consumir opioides, síntomas de abstinencia, o dificultad para controlar el dolor. La mayoría de los residentes con OUD de su centro de atención ya estarán tomando MOUD, pero necesitarán evaluación adicional del proveedor adecuado para los ajustes de dosis. Es posible que a otros residentes no se les haya diagnosticado OUD, o que se les haya diagnosticado pero que tengan otras indicaciones de analgesia opioide aguda; se monitoree a estos residentes para detectar somnolencia, sedación, y sobredosis. Para optimizar la seguridad de los residentes y reducir el daño, cuando les pregunte a los residentes sobre los síntomas hágalo de forma que no sea censuradora o moralista y desarrolle planes enfocados en cada persona.

Para hacer esto, sus servicios de salud del comportamiento (contratados o no contratados) deben realizar una evaluación, luego una conferencia con el médico y su asistente para determinar el plan de atención apropiado. Si el residente acude a un programa de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP) o a una clínica de tratamiento ambulatorio (OBOT/OBAT), inclúyale en la conversación y en el desarrollo del plan de tratamiento.

Los síntomas de la abstinencia de opioides pueden incluir:³⁴

- Náuseas, vómitos, diarrea
- Ansiedad
- Insomnio
- Golpes repentinos de calor o frío
- Sudoración
- Calambres musculares
- Secreción líquida de ojos y nariz

Utilice la escala clínica de abstinencia de opiáceos (COWS) para determinar el estado o gravedad de la abstinencia de opioides (Presentación 2). La puntuación de la escala COWS ayuda a determinar los siguientes pasos en el cuidado que se brinda al residente. Agregue un diagrama de decisiones en su política de LTCF con base en las puntuaciones de la escala COWS (5-12= leve; 13-24= moderada; 25-36= moderadamente grave; 36= abstinencia grave). Siempre comuníquese con el médico del residente, el programa OTP, o la clínica para pacientes externos OBOT/OBAT en relación con los síntomas de abstinencia que sospeche y la puntuación de la escala COWS para determinar los siguientes pasos, y cuando el residente debe pasar a un nivel más alto de atención o si debe pasar a un nivel más alto de atención.



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

Presentación 2: Escala clínica de abstinencia de opioides

Frecuencia del pulso en reposo: _____ latidos/minuto <i>Tomado después de que el paciente ha estado sentado o acostado por un minuto</i> 0 frecuencia de pulso de 80 o inferior 1 frecuencia de pulso de 81-100 2 frecuencia de pulso de 101-120 4 frecuencia de pulso > 120	Malestar gastrointestinal: durante la última 1/2 hora 0 no síntomas gastrointestinales 1 calambres estomacales 2 náuseas o heces blandas 3 vómitos o diarrea 5 episodios múltiples de diarrea o vómito
Sudoración: durante la última media hora sin tener en cuenta la temperatura de la habitación o la actividad del paciente. 0 no informa de escalofríos o calores abruptos 1 informe subjetivo de escalofríos o calores abruptos 2 sonrojo o humedad observable en la cara 3 gotas de sudor en la frente o la cara 4 sudor copioso emanando de la cara	Temblor: <i>observación de las manos extendidas</i> 0 no hay temblores 1 el temblor se puede sentir, pero no observable 2 temblor leve observable 4 temblor evidente o tics musculares
Intranquilidad: observación durante la evaluación 0 capaz de permanecer sentado quieto 1 informa dificultad de quedarse sentado y quieto, pero puede hacerlo 3 movimientos frecuentes o secundarios de las piernas y/o los brazos 5 incapacidad de permanecer sentado y quieto por más de unos segundos	Observación de bostezos durante la evaluación 0 no hay bostezos 1 bosteza una o dos veces durante la evaluación 2 bosteza tres o más veces durante la evaluación 4 bosteza varias veces por minuto
Tamaño de las pupilas 0 pupilas fijas o de tamaño normal según la luz de la habitación 1 pupilas posiblemente más grandes de lo normal según la luz de la habitación 2 pupilas moderadamente dilatadas 5 pupilas tan dilatadas que solo el borde de la iris es visible	Ansiedad o irritabilidad 0 nada 1 paciente informa de un aumento de irritabilidad o ansiedad 2 paciente evidentemente irritable o ansioso(a) 4 paciente tan irritable o ansioso(a) que la participación en la evaluación es difícil
Dolor de articulaciones o huesos: <i>si el paciente o la paciente ha tenido dolor previo, anotar solo el componente adicional que se atribuye a la abstinencia de opioides</i> 0 no presente 1 incomodidad difusa leve 2 paciente informa dolor difuso agudo de los músculos o las articulaciones 4 paciente se frota las articulaciones o músculos y es incapaz de permanecer sentado quieto debido a incomodidad	Piel erizada: 0 la piel es suave 3 se puede percibir piloerección de la piel, vello erizado en los brazos 5 piloerección prominente
Lagrimo o secreción nasal: <i>no tener en cuenta cuando hay alergias o síntomas de gripa</i> 0 no presente 1 con administración nasal u ojos inusualmente húmedos 2 lagrimo o secreción nasal 4 secreción nasal constante, lágrimas continuas bajando por las mejillas	Puntuación total _____ <i>La puntuación total es la suma de todos los 11 elementos</i> Iniciales de la persona que hace la evaluación: _____ Puntuación: 5-12 = leve 13-24 = moderada 25-36 = moderadamente grave > 36 = abstinencia grave

Fuente: Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). [La escala clínica de abstinencia de opiáceos \(COWS\)](#). Journal of Psychoactive Drugs, 35(2), 253-9.



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

Señales de sobredosis de opioides y qué hacer si se sospecha de una sobredosis

Las señales de una sobredosis incluyen:

- No respuesta a la voz o frotación esternal
- Pulso lento, errático, o ausente
- La respiración es lenta, irregular o se ha detenido
- Labios y puntas de los dedos grises o más claros en personas de piel oscura, labios y puntas de los dedos azulosos en personas de piel clara
- Debilidad y palidez
- Pupilas pequeñas

Si sospecha que una persona está sufriendo sobredosis, siga estos [lineamientos](#) del conjunto de herramientas de prevención de sobredosis de opioides de la SAMHSA.³⁵

Los residentes no pueden atravesar abstinencia grave en los centros LTCF. Transfiera al/a la residente al hospital después de administrar naloxona.

LO QUE DEBE HACER	LO QUE NO DEBE HACER
Atender las necesidades de apoyo cardiovascular y de respiración de la persona administrando oxígeno o realizando respiración boca a boca y/o compresiones de pecho. Este es el paso más esencial y se debe continuar hasta que lleguen los servicios médicos de emergencia (EMS).	Abofetear o tratar forzosamente de estimular a la persona solo causará mayor lesión. Si no puede despertar a la persona con gritos, frotando su esternón (centro del pecho o caja torácica) con sus nudillos, o dándole pellizcos ligeros, la persona puede estar inconsciente.
Administre naloxona y utilice una segunda dosis si no responde a la primera dosis.	Poner a la persona en una tina de agua fría o bajo la ducha de agua fría. Esto incrementa el riesgo de caerse, ahogarse, o entrar en estado de shock.
Si por alguna razón tiene que dejar a la persona desatendida, colóquela de lado en "posición de recuperación".	Injectar a la persona con alguna sustancia (por ejemplo, agua salada, leche, estimulantes). El único tratamiento seguro y apropiado es la naloxona.
Permanezca con la persona y manténgala abrigada.	Tratar de hacer que la persona vomite las drogas que pudo haber consumido. Atragantarse o inhalar vómito en los pulmones puede causar una lesión letal.

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

DETENGA UNA SOBREDOSIS APLIQUE LOS SIGUIENTES PASOS: 1 Revise para detectar si hay sobredosis. 2 Llame al 911. 3 Administre Narcan® 4 Administre respiración. 5 Quédese hasta que llegue ayuda.	1 REVISE PARA DETECTAR SI HAY SOBREDOSIS Signos de sobredosis: - La persona no está respirando bien. - Su piel está volviéndose azul/gris. - No reacciona cuando usted le frota el pecho con sus nudillos. 	2 LLAME AL 911. - Llame al 911. - Diga "alguien no está respirando" y/o "creo que está teniendo una sobredosis". - Quédese hasta que llegue la ayuda, incluso aunque la persona parezca estar mejor.* 
3 ADMINISTRE NARCAN® - Presione la bomba solo después de que la punta esté en la nariz. - Vaya al Paso 4. - Si no hay respuesta en 3 minutos suministre otra dosis. 	4 ADMINISTRE RESPIRACIÓN/ REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP). - Asegúrese de que la boca esté vacía. - Incline la cabeza hacia atrás, levante el mentón, apriete las fosas nasales. - Dé una respiración cada 5 segundos. - Si ha recibido capacitación, intente dar reanimación cardiopulmonar (RCP). ASEGÚRESE DE QUE EL PECHO SE LEVANTE CON CADA RESPIRACIÓN. 	5 QUÉDESE HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA. - Si la persona está respirando bien, póngala de lado. - Si no está respirando bien, repita los Pasos 3 y 4. - Quédese hasta que llegue la ayuda* 



HelplineMA.org
800-327-5050

mass.gov/narcan

*Las leyes del buen samaritano protegen contra acusación o proceso judicial por posesión de drogas a las personas que están sufriendo sobredosis, o que están buscando ayuda para alguien que está sufriendo sobredosis.

Fuente: www.mass.gov/narcan, acceda a la versión en español

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

Estudio de caso: trastorno por consumo de opioides

Manejar residentes con OUD exige que los médicos y demás proveedores de servicios de salud estén alertas y provean atención devota debido a la complejidad de estos trastornos. Es necesario implementar tratamientos personalizados para ofrecerles a los residentes la atención adecuada, con un enfoque centrado en cada paciente. A continuación presentamos un ejemplo de caso de un hombre a quien se le recetó opioides por una lesión en la espalda (adaptado de las Directrices de los CDC sobre la prescripción de opioides para el dolor crónico³⁶). Después del escenario hay un conjunto de preguntas a considerar.

Identificación de los criterios del OUD según el manual DSM-5 - Escenario 1: Diagrama del residente

Nelson, John, fecha de nacimiento: 4/11/1984

- Historial médico: dolor en la espalda baja que comenzó después de una caída en el trabajo hace tres años; levantar objetos pesados en el trabajo exacerbó la lesión; actualmente toma morfina de liberación prolongada, 45 miligramos dos veces al día para tratar el dolor.
- Los datos del programa de control de drogas con receta (PDMP, por sus siglas en inglés) no muestran ninguna receta de sustancia controlada adicional, aparte de la receta de morfina de liberación prolongada que se mencionó antes.
 - [Doctor] Hola, John, gusto en conocerte. Veo que hace poco te mudaste al área y estás buscando atención estable. ¿Me puedes contar qué está sucediendo?
 - [Residente] Bueno, me caí en el trabajo hace unos años y he estado tomando medicamentos para el dolor, pero ya se me acabaron. Desde que no los tomo, he tenido náuseas muy desagradables y diarrea, y me siento muy adolorido. En ocasiones anteriores cuando se me acabaron mis medicamentos para el dolor, me sentí igual. He tratado de reducir la cantidad de píldoras que tomo para que me alcancen hasta el siguiente surtido de receta, pero necesito más píldoras para que los síntomas desaparezcan.
 - [Doctor] Entiendo, ¿me puedes contar más?
 - [Residente] Actualmente estoy tomando 45 miligramos de morfina de liberación prolongada dos veces al día, pero no parece que están funcionando y siento que necesito una dosis más alta. De hecho, he tenido que faltar al trabajo varias veces, por lo mucho que se intensifican los síntomas después de que se me acaba el medicamento.
 - [Doctor] ¿Has intentado algún método para aliviar el dolor que no sea opioides?
 - [Residente] Mi doctor anterior me recomendó tratar de hacer ejercicio regularmente cada día e incluso intentar cosas como yoga y acupuntura, pero eso no es lo mío entonces no lo he hecho. El ibuprofeno tampoco alivió el dolor.

Identificación de los criterios de OUD según el manual DSM-5 - Escenario 1: Evalúe su conocimiento

Con base en la información compartida hasta el momento, ¿sería acertado sospechar que John cumple los criterios de OUD?

- Sí
- No

Sí, con base en la información que John compartió, se debe sospechar que hay OUD. Ha cumplido dos o más criterios del manual DSM-5 en el lapso de un año:

- Ha tomado los opioides más tiempo del que se había destinado.
- Ha tratado sin éxito de reducir o controlar el consumo de los opioides.
- El uso de opioides de John parece estar causando que no pueda desempeñar su trabajo.

En este escenario, no se evaluaron todos los criterios de OUD. Profundizar la conversación en esta cita y durante las futuras visitas debe servir para evaluar si John cumple con los criterios adicionales que sugieren OUD moderado (criterios 4-5) o severo (6 o más criterios).



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

Trastorno por consumo de estimulantes

Diagnóstico del trastorno por consumo de estimulantes

El diagnóstico de un trastorno por consumo de estimulantes (StUD en inglés) se basa en que ocurran por lo menos dos de los siguientes criterios dentro de un lapso de 12 meses.³⁷

Criterios para el diagnóstico de StUD:

1.	Tomar más estimulantes de los que se planearon.		
2.	No lograr reducir o controlar el uso de estimulantes, a pesar de querer hacerlo.		
3.	Emplear tiempo excesivo en actividades relacionadas con el uso de estimulantes.		
4.	Sufrir urgencia o ansiedad de consumir estimulantes.		
5.	Incumplir las obligaciones de la casa, la escuela, o el trabajo.		
6.	Continuar tomando estimulantes, a pesar de que causen problemas sociales o de relaciones personales.		
7.	Abandonar o reducir actividades importantes recreativas, sociales, o laborales debido al uso de estimulantes.		
8.	Consumo de estimulantes en situaciones en las que es físicamente peligroso.		
9.	Continuar utilizando estimulantes incluso aunque haya conciencia de que esto está causando o empeorando un problema físico o psicológico.		
10.	Experimentar un aumento de tolerancia a los estimulantes.		
11.	Presentar síntomas de abstinencia cuando no se consumen.		
Escala de gravedad:	Leve si se presentan 2-3 síntomas	Moderada si se presentan 4-5 síntomas	Grave si son más de 6 síntomas

Personas que se presentan con trastorno por consumo de estimulantes

Los estimulantes son sustancias que afectan el sistema nervioso central a través de su capacidad de causar un aumento de dopamina en todo el cuerpo.³⁸ Cuando se consumen, los estimulantes producen el efecto de causar una sensación de euforia, hacer que la persona esté más alerta, y aumentar la energía de la persona.³⁹

Asimismo, los estimulantes pueden afectar los procesos fisiológicos de una persona causando un aumento en la frecuencia cardíaca, la respiración y la presión arterial.⁴⁰ Los estimulantes típicos y prominentes incluyen cocaína, metanfetamina, y la prescripción de estimulantes (anfetamina, metilfenidato).⁴¹

Los residentes que han consumido estimulantes pueden presentar cambios en el comportamiento, agitación, paranoia, aumento de energía, y respiración rápida. Existen diferentes modos de administración para los estimulantes ilegales, al igual que para otras sustancias. Los residentes que se inyectan estimulantes se pueden presentar con infecciones de la piel o bacterianas. Los residentes que inhalan estimulantes se pueden presentar con infecciones de los senos nasales o hemorragias nasales. Los residentes que fuman estimulantes se pueden presentar con tos crónica, dificultad para respirar, o falta de aire. Los síntomas y efectos de los estimulantes se pueden presentar de forma diferente dependiendo de la persona.⁴² Para optimizar la seguridad de los residentes y reducir el daño, cuando les pregunte a los residentes sobre los síntomas hágalo de forma que no sea censuradora o moralista y desarrolle planes enfocados en cada persona.⁴³



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

Síntomas de abstinencia por trastorno de consumo de estimulantes

Si un paciente está en abstinencia activa, el personal de los LTCF debe cumplir con las regulaciones sobre el manejo de la abstinencia activa que se describen en la sección 150.003: Admisiones, Transferencias, y Altas. En la abstinencia de estimulantes, el paciente puede experimentar fatiga, insomnio, depresión y ansiedad, o efectos mínimos relacionados con su consumo de estimulantes.⁴⁴

Las personas que consumen estimulantes durante un periodo continuo de tiempo se pueden volver angustiadas o agitadas, lo cual puede avanzar a incluir síntomas parecidos a los de la psicosis. La intoxicación aguda por estimulantes puede resultar en que la persona se presente como un peligro para sí misma o para los demás.⁴⁵ Los síntomas pueden incluir alucinaciones auditivas y visuales, delusiones y paranoia.⁴⁶ Los síntomas físicos pueden incluir frecuencia cardíaca rápida, temperatura corporal elevada y falta de aire. No existe escala de abstinencia validada.⁴⁷ Tomar más estimulantes de los que el cuerpo puede manejar puede resultar en paro cardíaco o ataque cerebral.

La atención se debe enfocar en comodidad y en reducir o frenar la escalada de daño. Reducir la escalada de daño comienza con asegurar un espacio calmado y seguro donde la persona se sienta a salvo. Designar a una persona para interactuar con el/la paciente de forma calmada y darle tranquilidad y ánimo.

Diez áreas mediante las que se puede reducir la escalada de daño

- | | |
|--|--|
| 1. Respetar el espacio personal | 6. Escuchar activamente y responder de forma apropiada |
| 2. No tratar de provocar reacciones o respuestas | 7. Estar de acuerdo, o estar de acuerdo en no estar de acuerdo |
| 3. Establecer contacto verbal | 8. Establecer la ley y determinar límites claros |
| 4. Ser conciso | 9. Ofrecer elecciones y optimismo |
| 5. Identificar lo que se quiere y lo que se siente | 10. Interrogar e informar al paciente y al personal. |

Fuente: Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, y otros. [Reducir la escalada de daño en el paciente agitado: Declaración de consenso del grupo de trabajo del proyecto de reducción de escalada de daño BETA \(mejores prácticas en la evaluación y tratamiento de la agitación\) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de Emergencia](#). Western Journal of Emergency Medicine 2012; 13(1): 17-25.

Cuando el peligro hacia uno mismo o hacia los demás persiste a pesar de los esfuerzos por reducir la escalada de daño, utilice los servicios de crisis psiquiátricas si es aplicable, o bien transfiera al paciente a la sala de emergencia.⁴⁸

Para hacer esto, sus servicios de salud del comportamiento (contratados o no contratados) deben realizar una evaluación, luego una conferencia con el médico para determinar el plan de atención apropiado. Si el paciente trabaja con un programa de salud del comportamiento, inclúyalo en la coordinación del plan de atención. Algunos de los efectos secundarios y síntomas más comunes de la abstinencia de estimulantes incluyen:

- Fatiga y necesidad cada vez mayor de dormir
- Aumento del apetito
- Anhedonia



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

- Reacciones y movimientos lentos
- Dolores y molestias
- Labilidad emocional
- Depresión
- Pensamientos suicidas

Al igual que con la abstinencia de los opioides, si sospecha que un residente está sufriendo abstinencia de estimulantes, comuníquese con el médico del residente u otros proveedores para determinar los pasos siguientes y si el residente debe o cuándo debe pasar a un nivel de atención más alto.

Señales de sobreestimulación con estimulantes y qué hacer si sospecha sobredosis de estimulantes⁴⁹

La sobreestimulación ("overamping" en inglés) es un término que se usa para describir una sobredosis de estimulantes, como cocaína, anfetaminas y metanfetaminas. La sobredosis de estimulantes puede ocurrir sin importar la cantidad utilizada ni el tiempo de consumo. La sobredosis de estimulantes puede ocurrir cuando el cuerpo se siente agotado, la persona no ha dormido, o los estimulantes se han tomado con otras drogas.

Las señales y síntomas de la sobredosis de estimulantes⁵⁰ incluyen:

- Paranoia, ansiedad, pánico
- Alucinaciones
- Psicosis
- Aumento de la frecuencia cardíaca/dolor en el pecho
- Aumento de la conciencia sensorial
- Hipertermia
- Pupilas dilatadas
- Apretar la mandíbula o movimientos espasmódicos

Si sospecha que una persona está sufriendo sobredosis de estimulantes:

- Evalúe la situación.
- Evalúe a la persona.
- Llame al 911.
- Intente reducir el daño o peligro de la persona, si corresponde.
- Quédese con la persona hasta que llegue la ayuda.
- Si la persona queda inconsciente realice reanimación cardiopulmonar hasta que llegue la ayuda.

Estudio de caso: Trastorno por consumo de estimulantes

Es necesario implementar un plan de tratamiento personalizado para ofrecer atención centrada en cada persona.



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

A continuación presentamos un ejemplo de caso de una situación, seguido de un conjunto de preguntas a abordar.

Estudio de caso: Trastorno por consumo de estimulantes⁵¹

Paciente mujer de 43 años de edad se presenta a atención urgente quejándose de que durante tres a cuatro semanas ha sufrido falta de aire, fatiga, agitación en la noche, y "presión" en el pecho que no ha parado durante las pasadas 12 horas.

Se admitió en atención urgente y se remitió a la unidad de atención cardiovascular para evaluación.

Día 1: Las enzimas cardíacas estuvieron en ciclo, y se descartó un síndrome coronario agudo. Se realizó un ecocardiograma (EKG).

Día 2: tuvo diuresis con infusión de furosemida y fue asintomática. Se iniciaron terapias betabloqueadora e inhibidora de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) utilizando lisinopril y carvedilol.

Día 3: Paciente clínicamente optivolémica. Paciente evaluada en el programa de manejo de insuficiencia cardíaca (HF). La terapia con antagonista de la aldosterona comenzó con espironolactona. Se inició educación sobre HF y se incluyó conversación sobre el uso de la metanfetamina como causa de su miocardiopatía. Dietista registrado suministró asesoría nutricional para manejo de HF.

El departamento de atención psiquiátrica y adicciones también evaluó a la paciente. La paciente se negó a recibir tratamiento para tanto hospitalario como ambulatorio para la adicción.

Día 4: se dio de alta para irse a su casa bajo el cuidado de su hijo. Para dar seguimiento en cuatro días en la clínica de insuficiencia cardíaca (HFC, por sus siglas en inglés).

Seguimiento subsecuente de la HFC

- A la paciente se le vio semanalmente durante las siguientes seis semanas.
- Carvedilol ajustado a 25 mg dos veces al día.
- Furosemida reducida a 40 mg diariamente tiempo extra.
- Permaneció abstinentes de metanfetamina (UDS negativa) pero comenzó a fumar nuevamente después de ocho semanas.
- Tres meses después de que iniciara la terapia de la HFC, se repitió el EKG: la función sistólica del ventrículo izquierdo NORMAL. Fracción de eyección 72%.
- Dos meses después del ecocardiograma, la paciente incumplió el seguimiento con la HFC.
- Regresó por una visita en la que admitió que consumió metanfetamina una vez en la semana previa después de la muerte de su abuela. De nuevo se negó al tratamiento o terapia sobre adicciones.
- No ha regresado a la HFC desde esa visita.
- Se han hecho múltiples intentos de localizar y contactar a la paciente por teléfono y correo electrónico. Se mudó y ninguno de los contactos de emergencia que proporcionó sabe dónde se encuentra.

Debate

- Considerar el uso de metanfetamina (y cocaína) cuando una persona se presenta con un nuevo ataque de insuficiencia cardíaca asociada con presión alta significativa.
- El rechazo a participar en la recuperación clínica de adicciones y en los programas de terapia es común en personas con SUD.



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

Estudio de caso: Trastorno por consumo de estimulantes⁵¹

- Varios estudios han documentado efectos adversos de betabloqueo en pacientes que están consumiendo cocaína o anfetaminas. El peligro yace en el potencial para arritmias ventriculares mortales con betabloqueo sin oposición de forma concurrente con los agentes de la anfetamina. A pesar de que no existen estudios aleatorizados de amplia escala, se percibe ampliamente que utilizar los agentes alfa y betabloqueadores (como carvedilol) reduce el potencial de esta población para eventos cardíacos adversos.
- La miocardiopatía inducida por metanfetaminas se puede tratar satisfactoriamente con mejora significativa en la función sistólica con una combinación de abstinencia de la droga y un régimen de medicamentos betabloqueadores e inhibidores de ECA, y antagonistas de la aldosterona.
- La enfermedad de la adicción no se puede ignorar. Existe un gran potencial de recaída. Según muestra la investigación sobre adicción, las personas con SUD están en riesgo de recaídas e interrupciones de los tratamientos terapéuticos con medicamentos.

Trastorno por consumo de opioides y estimulantes

Receta de opioides y estimulantes

Los médicos recetan opioides por cortos periodos de tiempo para tratar el dolor agudo, por lo general después de una cirugía o de una lesión.⁵² La receta de opioides aumenta la actividad de dopamina en el cerebro.⁵³ Las personas utilizan erróneamente los opioides tomando más de los que se les recetan, usando la receta de otra persona, o tomando los medicamentos para drogarse.⁵⁴ También pueden tomar los medicamentos aplastando una píldora para fumarla, inhalarla, o inyectársela para sentir efectos inmediatos.⁵⁵ Tenga especial precaución cuando a una persona se le recete un opioide y una benzodiazepina juntos. Tomar un opioide y una benzodiazepina puede ser inseguro, porque ambos medicamentos tienen propiedades sedantes que suprimen la respiración e impactan las funciones cognitivas.⁵⁶ También pueden conducir a la dependencia, causar SUD y otros problemas de salud, entre estos hipoxia y efectos neurológicos.

A los pacientes que se les diagnostica con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y con narcolepsia por lo general se les recetan medicamentos estimulantes. Los estimulantes de prescripción aumentan la actividad de la dopamina y norepinefrina en el cerebro al igual que el estado de alerta, la atención y la energía.

Las personas utilizan erróneamente los medicamentos estimulantes tomando más de los que se les recetan, usando la receta de otra persona, o tomando los medicamentos para drogarse. También pueden tomar los medicamentos aplastando una píldora para fumarla, inhalarla, o inyectársela para sentir efectos inmediatos. Los estimulantes aumentan la capacidad de estar alerta, enfocarse mejor y pueden mejorar el desempeño mental. Su uso es prevalente en adolescentes y estudiantes universitarios para mejorar la concentración y productividad, los adultos pueden usarlos para mejorar la memoria o perder peso. Se puede desarrollar dependencia, trastorno por consumo de sustancias (SUD), y otros problemas de salud como psicosis y problemas del corazón.

A algunos residentes que desarrollan trastorno por consumo de opioides (OUD) y/o trastorno por consumo de estimulantes (StUD) inicialmente se les prescribió estos medicamentos por necesidades médicas como dolor, TDAH, y narcolepsia. Equilibrar la estrategia para abordar la necesidad médica y manejar la adicción al mismo tiempo puede ser difícil. Identificar métodos de tratamiento alternativo (por ejemplo, acupuntura o medicamentos no opioides) para asistir a los residentes debe formar parte del plan de atención.



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

Hablar con los residentes sobre los trastornos del consumo de estimulantes y opioides

Revisar los siguientes videos del Grayken Center for Addiction (Centro Grayken para tratar adicciones) del Boston Medical Center⁵⁷:

- [Conversaciones difíciles con pacientes](#)
- [Intersección del dolor y la adicción](#)

Considere también utilizar frases como:

- "Los problemas para controlar el uso de opioides los vuelven inseguros. El riesgo a largo plazo, con el tiempo, es grande".
- "La medicina que le recetaron para [el dolor, TDAH, o narcolepsia] se convirtieron en un problema. Le desarrollaron una complicación de terapia que no debemos ignorar".
- "Continuar con los medicamentos actuales no es una opción segura debido a los riesgos, pero existen opciones para tratar lo que nosotros llamamos OUD".
- "A veces las personas pasan a sentirse demasiado cómodas con los medicamentos y empiezan a tomarlos por otras razones que no son dolor".
- "Tu cumples con los criterios de tener trastorno por consumo de opioides, también conocido como OUD. Es útil ponerle un nombre porque esto abre una variedad de enfoques para ayudar con sus circunstancias específicas".
- "Has desarrollado lo que nosotros llamamos OUD y/o StUD. Tenemos tratamientos para estas enfermedades que se pueden integrar a sus demás necesidades de atención de salud".
- "Los estimulantes pueden ayudarle a muchas personas, pero también pueden causarle daño a algunas personas".

Estrategias específicas para ayudar a los residentes a entender su diagnóstico

Estrategias de comunicación, aborde a los residentes con compasión, utilice frases como:

- "A veces los medicamentos que utilizamos para tratar una enfermedad pueden causar otros tipos de problemas. Es difícil anticipar quién va a desarrollar un trastorno por uso de sustancias (SUD), pero le puede suceder a cualquiera".
- "El SUD es común, y la recuperación a largo plazo es posible para todas las personas".
- "El SUD se puede desarrollar por una variedad de razones: diferencias genéticas, factores ambientales, y diferencias en la química del cerebro". Estos trastornos no son fracasos morales, son enfermedades médicas crónicas que se pueden tratar. Nosotros le podemos ayudar".
- "Usted no está solo/a. Todas las personas de cualquier tipo pueden tener problemas con estimulantes".

Las aptitudes para construir una relación incluyen escuchar a conciencia y de forma reflexiva y decir frases empáticas para desestigmatizar el diagnóstico de OUD y StUD. Utilice frases como:

- "Yo entiendo que has estado sufriendo y sé que hablar sobre el cambio puede ser angustiante".
- "Nuestra meta es asociarnos contigo para que te conviertas en la persona más saludable, como te ves en el largo plazo".
- "Obtener ayuda para esto es como obtener ayuda para cualquier otra condición médica".
- "Lo que yo quiero es que tengas la mejor atención posible, y esta conversación difícil pero productiva es un primer paso".



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

Explique los métodos de tratamiento. Utilice frases como:

- "Existe una cantidad de opciones de tratamiento. Analicémoslas juntos".
- "Trabajaremos juntos para encontrar un plan de tratamiento que funcione de la mejor manera para ti".

Estrategias para manejar las reacciones difíciles

La siguiente tabla da ejemplos de estrategias específicas para manejar las reacciones difíciles de los residentes con OUD o con OUD y StUD ocurriendo simultáneamente. También revise la [Recomendación 3](#) sobre el enfoque de atención basado en información sobre el trauma.

Reacciones	Estrategia de manejo
La persona (residente) está ansiosa, agitada o entra en pánico.	• Diríjase a esta persona de forma calmada y segura. • Reduzca el número de personas que la atienden. • Explíquelo cuidadosamente cualquier intervención y qué es lo que está sucediendo. • Minimice el riesgo de daño a sí misma.
La persona está confundida o desorientada.	• Asegúrese de que a esta persona se le supervise frecuentemente. • Explíquelo dónde se encuentra y qué está sucediendo.
La persona está teniendo alucinaciones.	• Cree un espacio seguro y desestime el entorno (por ejemplo, reduzca la intensidad de luz y el ruido). • Proteja a la persona de que se haga daño a sí misma o evite que haga daño a los demás.
La persona demuestra enojo o comportamiento agresivo o agitado.	• Asegúrese de que el personal y otros residentes estén protegidos y a salvo. • Cuando interactúe con la persona conserve la calma y actúe de forma positiva y tranquilizadora. • Escuche a la persona. • Utilice el nombre de la persona para personalizar la interacción. • Utilice preguntas abiertas y calmadas. • Utilice un tono de voz consistente y suave incluso aunque la persona sea hostil y grite. • Reconozca los sentimientos de la persona. • No la desafíe. • Retire la razón del enojo si le es posible.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2009) Lineamientos clínicos para manejar la abstinencia y tratar la dependencia de drogas en contextos cerrados. [Tabla 2](#)

Abordar el estigma

El concepto erróneo de que la adicción es una elección representa dificultades para implementar atención efectiva. Un estudio investigativo de la Universidad de Johns Hopkins sugiere que las personas tienen más probabilidad de adoptar actitudes negativas hacia las personas con adicción a las drogas que hacia las personas con enfermedades mentales.⁵⁸ Es importante estar consciente sobre cómo el estigma influye en el tratamiento de los residentes de su área. El Proyecto Antiestigma caracteriza éste como una influencia "generalizada y dañina para la calidad de servicios, los resultados de tratamiento, y las relaciones personales, terapéuticas, y profesionales".⁵⁹



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

A nivel organizativo, reconocer el estigma y disipar los conceptos erróneos de las personas con OUD y StUD es un primer paso importante para crear un entorno de ayuda efectiva. Ejemplos de reducir el estigma incluyen cambiar el lenguaje que se utiliza en el centro de atención, lanzando una campaña para crear conciencia sobre el efecto del daño que causa el lenguaje estigmatizador, y sugerir lenguaje alternativo. La siguiente tabla muestra ejemplos del lenguaje apropiado para reducir el estigma.

No utilice lenguaje estigmatizador

El lenguaje que elegimos determina la forma como tratamos a nuestros pacientes.	
En vez de:	Puede decir...
"Abuso de drogas"	Trastorno por consumo de sustancias
"Adicto" o "drogadicto"	Persona con un trastorno por consumo de sustancias
"Alcohólico"	Persona con un trastorno por consumo de alcohol
"Prueba de orina sucia"	Resultado de la prueba de orina anormal, positivo, o inesperado
"Prueba de orina limpia"	Resultado de la prueba de orina normal o negativo
"Limpio o limpia" (refiriéndose a una persona)	Abstinentes, en remisión, o en recuperación
"Sucio o sucia" (refiriéndose a una persona)	En periodo de agravamiento de la enfermedad o en recaída
"Chute"	Inyección
"Chutador o chutadora"	Persona que inyecta drogas
"Drogo, drogadicta o cocainómano/a"	Persona bajo la influencia de metanfetaminas
"Agresivo/a"	Persona adoptando comportamientos defensivos
"Está delirando"	Está viviendo una percepción alterada de la realidad

Fuente: adaptado de [Reducing Stigma \(Reduciendo los estigmas\)](#), Grayken Center for Addiction del Boston Medical Center.

Los recursos para ayudar a reducir el estigma entre proveedores de servicios médicos, personal, residentes, familias y representantes de los residentes incluyen:

- Videos sobre el impacto de los estigmas:
 - Vea [La Historia de Stephanie](#) para entender el impacto que los estigmas causan en los tratamientos (1 minuto)⁶⁰
 - Revisar "[Las percepciones erróneas y el mal uso del lenguaje sobre adicción: Las palabras importan](#)" (1 hora)⁶¹
- Una guía para reducir los estigmas relacionados con la adicción – [Conjunto de herramientas contra los estigmas](#)⁶²
- Cuestiona los mitos asociados con los MOUD. [Videos y diagramas infográficos](#) (Figura 3)⁶³

Las muchas falsas suposiciones que existen sobre los MOUD también ponen en riesgo a los residentes con OUD. Ejemplos incluyen: los antagonistas de metadona y opioides son una especie de muleta, los MOUD cambian una adicción por otra, y, los medicamentos se deben discontinuar inmediatamente (Figura 3).



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

No obstante, los MOUD crean un puente entre los componentes de la adicción biológicos y de comportamiento, y la investigación ha demostrado que las personas que toman MOUD durante por lo menos de uno a dos años presentan tasas más altas de éxito a largo plazo.⁶⁴ Es importante reconocer que "la adicción es una enfermedad crónica similar a otras enfermedades crónicas, como la diabetes tipo II, el cáncer, y las enfermedades cardiovasculares".⁶⁵ Información adaptada del Consejo Nacional. La Figura 3 ilustra los desafíos comunes en relación con los mitos sobre los MOUD (anteriormente conocidos como Tratamiento Asistido por Medicamentos, MAT, por sus siglas en inglés).

Figura 3: Cuestionamiento de los mitos asociados con el Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT)

El MAT cambia una adicción por otra.

El MAT crea un puente entre los componentes de adicción biológicos y del comportamiento. La investigación indica que una combinación de medicamentos y terapias del comportamiento pueden tratar con éxito los trastornos por consumo de sustancias (SUD) y ayudar a mantener la recuperación.

El MAT es solo a corto plazo.

La investigación muestra que los pacientes que reciben MAT durante por lo menos de uno a dos años presentan las tasas más altas de éxito a largo plazo. Actualmente no existe evidencia que sustente beneficios de dejar de recibir MAT.

La enfermedad de mi paciente no es lo suficientemente grave para necesitar MAT.

El MAT utiliza una multitud de diferentes opciones de medicamentos (agonistas, agonistas parciales, y antagonistas) que pueden personalizarse para adaptarse a las necesidades únicas de cada paciente.

El MAT aumenta el riesgo de sobredosis en los pacientes.

El MAT ayuda a prevenir que ocurran sobredosis. Incluso una sola ocasión de consumo de opioides después de la desintoxicación puede resultar en una amenaza de por vida o sobredosis letal. Después de la desintoxicación, la tolerancia de la euforia que da el consumo de opioides sigue siendo más alta que la tolerancia de la depresión respiratoria.

Ofrecer MAT altera y dificulta el proceso de recuperación.

Se ha demostrado que el MAT asiste a los pacientes en recuperación mejorando su calidad de vida, nivel de funcionamiento y habilidad para manejar el estrés. Lo más importante de todo es que el MAT ayuda a reducir la mortalidad mientras que los pacientes empiezan a recuperarse.

No existe ninguna prueba de que el MAT sea mejor que la abstinencia.

El MAT se basa en evidencia y es el curso de tratamiento que se recomienda para la adicción a los opioides. La Academia Estadounidense para la Psiquiatría de la Adicción, la Asociación Médica Estadounidense, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), y otras agencias destacan el MAT como tratamiento de primera línea.

Reducción del daño

"La reducción del daño es un conjunto de ideas y estrategias prácticas dirigidas a reducir las consecuencias negativas asociadas con el consumo de drogas. La reducción del daño también es un movimiento de justicia social creado bajo el principio del respeto por los derechos de las personas que consumen drogas".⁶⁶



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

Los siguientes ejemplos se han adaptado de los principios de la Coalición para la reducción del daño, esenciales para la práctica de la reducción del daño. Las organizaciones pueden implementar la reducción del daño específico de cada persona, suplir las necesidades de los centros LTCF y las comunidades de manera personalizada según las necesidades lingüísticas y culturales de los residentes.

Ejemplo: Principios de la reducción del daño

Este centro...		
Acepta que el mal uso de las drogas es parte de nuestro mundo y elige trabajar para minimizar sus efectos dañinos en vez de simplemente ignorarlos o condenarlos.	Entiende que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifacético que integra una serie continua de comportamientos.	Establece la calidad de la vida y el bienestar de las personas y la comunidad para lograr el éxito de las políticas e intervenciones.
Asegura que los residentes tengan una voz real en la creación de las políticas y programas diseñados para servirles.	Empodera a las personas que consumen sustancias para que puedan compartir información y apoyarse mutuamente en las estrategias que aplican a sus condiciones actuales de consumo.	No intenta minimizar o ignorar el daño real y trágico ni el peligro asociado con el mal uso de las drogas.

Fuente: Coalición para la reducción del daño (2019). Información extraída de [Los principios de la reducción del daño](#)

Educación y recursos

- GE Foundation y RIZE Foundation de Massachusetts: [Informe: Oportunidades entre profesionales de la salud para aumentar los chequeos y tratamiento del trastorno por consumo de opioides \(OUD\)](#)⁶⁷
- Coalición para la reducción del daño: [Principios de la reducción del daño](#)⁶⁸
- Boston Medical Center: [Compromiso de Words Matter \("Las palabras importan"\)](#)⁶⁹
- Organización Mundial de la Salud: [Lineamientos clínicos para el manejo de la abstinencia](#)⁷⁰
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría: [Trastorno por consumo de opioides](#)⁷¹
- Asociación Estadounidense de Hospitales y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: [Hoja informativa](#)⁷²
- Academia Estadounidense de Médicos de Familia: [Adicción a los opioides](#)⁷³
- Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales. Alianza contra los estigmas: [Recursos](#)⁷⁴
- Boston Medical Center: [OBAT T/TA Calendario de capacitación](#)⁷⁵
- SAMHSA, Tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes: [Manifestaciones de la abstinencia/retiro de los estimulantes](#)⁷⁶
- Coalición para la reducción del daño: [Puntos básicos sobre la sobredosis con estimulantes](#)⁷⁷
- Here to Help ("Estamos aquí para ayudar"): [Estigma y discriminación](#)⁷⁸
- [Apéndice 13: Recursos adicionales](#)



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

Implementación: puntos esenciales

Recomendación 1: Entender qué son los trastornos por consumo de opioides y de estimulantes	
Políticas	1. Integrar los principios de la reducción del daño en toda su organización y en las políticas existentes. 2. Incorporar una sección sobre OUD y StUD en su política de discriminación interna para reducir el estigma y promover una cultura positiva que asegure que el personal vea la adicción como una condición médica. 3. Integrar la escala clínica de abstinencia de opiáceos (COWS) para identificar los síntomas de abstinencia de opioides y orientar la atención de los residentes. 4. Desarrollar políticas sobre la administración de naloxona.
Intervenciones	Tema y posible personal
<i>Abordar el estigma</i>	☐ Persona administradora o directora de Enfermería ▪ Diseñar una evaluación de las percepciones del personal sobre OUD, MOUD, y StUD. ▪ Publicar afiches y carteles antiestigma para que el personal, los residentes y las familias los vean. ☐ Todo el personal ▪ Mostrar La historia de Stephanie. ▪ Revisar "Las percepciones erróneas y el mal uso del lenguaje sobre adicción: Words Matter ("Las palabras importan")" (1 hora) ▪ Revisar los mitos asociados con OUD, MOUD, y StUD.
<i>Principios de la reducción del daño</i>	☐ Persona directora de Enfermería, administradora, u orientadora y mediadora ▪ Desarrollar e incorporar los principios de la reducción del daño que son relevantes para su organización. Visite la Coalición nacional para la reducción del daño para buscar ayuda. ☐ Todo el personal ▪ Revisar los posibles escenarios con el personal, ver página 14 y página 17 para más información.
<i>Entendimiento de cómo se presenta el OUD y el StUD y los chequeos respectivos</i>	☐ Todo el personal: ▪ Revisar los Criterios de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. ▪ Revisar los Criterios de la SAMHSA sobre el tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes (StUD) ▪ Revisar el ejemplo de caso de los CDC ▪ Revisar los videos de Boston Medical Center (BMC) para aprender cómo hablar con los residentes sobre el OUD
<i>Reconocer los síntomas de la abstinencia</i>	☐ Persona enfermera clínica o directora de Enfermería ▪ Utilizar la puntuación de la escala COWS para determinar el estado o la gravedad ▪ Evaluar la gravedad del consumo de estimulantes y la abstinencia ▪ Seguir los protocolos de la organización y alertar al hospital ▪ Comunicarse con el programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) o con la clínica de tratamiento ambulatorio de la adicción/el consumo de opioides (OBOT/OBAT)

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

Recomendación 1: Entender qué son los trastornos por consumo de opioides y de estimulantes	
Manejo de las reacciones difíciles	☐ Enfermero(a), asistente de enfermería certificado(a), o persona a cargo de coordinar las actividades Revisar las Lineamientos clínicos de la Organización Mundial de la Salud
¿Qué hacer cuando se sospecha una sobredosis?	☐ Todo el personal - Revisar información sobre cómo identificar una sobredosis relacionada con opioides - Revisar la respuesta de emergencia frente al trastorno por consumo de opioides (OUD) y frente al trastorno por consumo de estimulantes (StUD) - Responder ante una sobredosis de estimulantes ☐ Directora de Enfermería o capacitadora - Implementar capacitación de todo el personal sobre naloxona
Consideraciones regulatorias	Los residentes no pueden atravesar la abstinencia grave en los centros LTCF. A los pacientes se les debe transferir al hospital después de que se les administre naloxona. Ver página 10 y página 15 más información.



Recomendación 2: Crear un entorno terapéutico

Descripción

En la actualidad, los centros de servicios de salud están diseñados para ofrecer atención de calidad mediante medicamentos y seguridad, y aceptar completamente a cada residente, su familia, y sus cuidadores en un entorno terapéutico de apoyo. El entorno de los centros LTCF influye en los resultados de los residentes, en su seguridad y satisfacción sobre la eficiencia del personal, y en la satisfacción del personal y la organización en general. Además del entorno físico, las instalaciones de los centros deben ofrecer un clima social y ayuda lingüística y de aspectos culturales. Es importante implementar una cultura que acepte a todos los residentes, que el personal de los LTCF aplique enfoques personalizados a nivel individual centrados en la atención de cada residente.⁷⁹ Ver este corto video sobre el [Enfoque holístico para el cambio transformador](#) (5 minutos).⁸⁰

Metas

Esta sección busca identificar las varias intervenciones que el personal de los LTCF puede implementar para promover un entorno terapéutico que cumpla con las necesidades tanto lingüísticas como culturales de los residentes.

Objetivos

Al final de esta sección los participantes podrán:

- Definir e interpretar un entorno terapéutico
- Desarrollar los pasos de acción para trabajar hacia implementar un entorno terapéutico que sea apropiado a nivel lingüístico y cultural para todos los residentes, entre ellos los residentes con OUD o StUD.
- Identificar las estrategias no farmacológicas que ayudan a los residentes que sufren OUD y StUD.

Políticas

- Incorporar el desarrollo de un entorno terapéutico en sus políticas de orientación actuales que incluya el cumplimiento de las necesidades lingüísticas y culturales de los residentes.
- Desarrollar una política sobre crear e implementar un consejo de Asesoría que incluya a los pacientes y a las familias.

Proceso

Crear un entorno terapéutico

Muchos centros LTCF ya han implementado un entorno terapéutico en la atención de residentes con demencia. Los contextos terapéuticos reconocen y acogen a todos los residentes como individuos, sin importar su diagnóstico. También reconocen que los residentes con demencia son particularmente vulnerables a la influencia de los entornos caóticos, por consiguiente estos entornos denotan los esfuerzos por minimizar los factores estresantes del entorno, como el ruido innecesario, el desorden y el caos.

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

Este mismo principio aplica para cualquier persona que acuda a su centro, esto incluye a las personas con SUD. Si usted se centra en diseños flexibles y personalizados según cada individuo para apoyar diferenciando los niveles y enfoques funcionales de atención, podrá ofrecer una filosofía de atención cuyo enfoque será las necesidades e intereses de los residentes. El marco de trabajo organizativo, los valores y las metas de atención determinan el entorno. Las filosofías de atención ocupan un espectro; desde menos ayuda e intervención hasta intervención más técnica.⁸¹ Crear límites entre el personal y los residentes es parte del entorno terapéutico.

Ejemplos de establecer límites incluyen: asegurarse de que el personal limite la información personal que comparte con los residentes; evitar reacciones emocionales hacia los residentes; evitar utilizar términos afectuosos o sobrenombres con los residentes; manejar los tonos de voz; y abstenerse del favoritismo hacia los residentes.⁸² Ver [Recomendación 3](#) para obtener detalles sobre cómo crear su marco de trabajo para ayudar a los residentes con OUD y StUD; por ejemplo crear declaraciones de visión y misión, capacitación del personal, y entendimiento del impacto de los traumas.

Crear un entorno que promueva el bienestar de los residentes con OUD y StUD incluye la participación de la familia (de elección, de adopción, y biológica), los amigos, y otras personas cuidadoras; reducir factores estresantes del entorno; implementar una orientación de bienestar; eliminar los estigmas; y disipar los mitos asociados con OUD, StUD, y el tratamiento de la adicción.

Involucrar a la familia y a otras personas cuidadoras de los pacientes.

- Los proveedores de servicios de salud deben tener cuidado sobre la información que revelan a las familias o a otras personas cuidadoras de los pacientes. El Código de Regulaciones Federales (CFR), Título 42, Parte 2, limita la información sobre el SUD que los proveedores de servicios de salud pueden decirles a las familias o a las personas cuidadoras. Sin un consentimiento expreso firmado, es ilegal dar información sobre la relación que un(a) residente tenga con un OTP o una OBOT/OBAT a sus familiares o a personas cuidadoras, sin importar qué relación tengan con el/la paciente. Aunque tenga un documento oficial firmado para hablar con algún familiar, no es legal compartir esta información si el documento no incluye instrucciones explícitas relacionadas con la atención del SUD.
- Las familias y personas cuidadoras juegan un papel vital en la recuperación y apoyo de las personas con OUD y StUD. Organice grupos de enfoque familiar y un Consejo de Asesoría con las Familias y los Pacientes (PFAC, por sus siglas en inglés) de manera que formen una parte activa del proceso. Utilizar un PFAC le permitirá entender las necesidades específicas de los residentes, la población y la comunidad en general.
- Diseñe planes para asegurarse de que las familias y personas protectoras contribuyan a los esfuerzos generales de mejora y a la creación de material educativo y procesos.
- Los siguientes recursos incluyen información útil para crear un PFAC.
 - Asociación Médica Estadounidense – [Creación de un Consejo de Asesoría con la Familia y los Pacientes](#)⁸³
 - Institute for Patient and Family-Centered Care ("Instituto de Atención Centrada en el Paciente y la Familia") – [Creación de Consejos Paciente/Familia](#)⁸⁴
 - Agency for Healthcare Research and Quality ("Agencia de Investigación y Calidad de los Servicios de Salud") – [Guía de implementación del PFAC](#)⁸⁵



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

Mantener a las familias y personas protectoras de los pacientes informadas y participando

- Comparta la información de contacto del OTP de la comunidad, organizaciones OBOT/OBAT, y grupos de apoyo de recuperación basada en la comunidad con las familias, siempre y cuando haya recibido un documento legal firmado del paciente específico para el tratamiento del OUD (ver [Recomendación 5](#) para consultar los recursos de la comunidad). Las familias y personas protectoras del paciente pueden beneficiarse de una cálida remisión al grupo de apoyo local o de participar en el mismo.
- Comparta una lista de puntos prohibidos (por ejemplo, drogas, contrabando de drogas) con los residentes, familias, personas protectoras y personal para implementar seguridad. Notifíqueles sobre las medidas que su centro toma si encuentran artículos prohibidos; por ejemplo confiscar, remitir a pruebas de drogas, y si es necesario contactar a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley..
- Es regulación federal y estatal traducir la información que se les brinda a los residentes a su idioma preferido. Para más detalles, visite [Health and Human Services Office of Civil Rights \("Departamento de Salud y Derechos Humanos, Oficina de Derechos Civiles"\)](#)⁸⁶ y [el Departamento de Salud Pública \(DPH\) de Massachusetts, Office of Health Equity \("Oficina de Equidad en Salud"\)](#).⁸⁷

Reducir o eliminar los factores estresantes del entorno

- Promueva la inclusión organizando espacios para que cada residente pueda ver a otras personas e interactuar con ellas (por ejemplo, sillas que no estén instaladas de forma fija o permanente, mesas redondas, etc.) Estos espacios facilitan los comportamientos sociales positivos y el desarrollo de grupos sociales interactivos.
- Trabaje con los residentes para identificar los factores estresantes del entorno específicos para ellos. Una vez que los identifiquen, trabajen para cambiar la situación ayudándole al/la residente a evitar el factor estresante, a alterarlo, a adaptarse a este, o a aceptarlo (ruido innecesario, alarmas, desorden, etc.)
- Incorpore distracciones positivas como cuadros coloridos de la naturaleza, o música.
- Asegúrese de trabajar en que no hayan olores desagradables. Los olores desagradables o que se sienten como olores médicos pueden crear estrés.
- Los cuartos desordenados pueden causar estrés. Trabaje con los residentes para reducir las pertenencias que ocupan demasiado espacio y contribuyen al desorden.
- Suavice el ruido y reduzca la apariencia de caos.

Orientación sobre bienestar

Por naturaleza, un entorno terapéutico es un entorno que promueve el bienestar. La Organización Mundial de la Salud (WHO) define el bienestar como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedades o debilidad". Para los residentes con OUD y StUD enfocarse en el bienestar puede mejorar su calidad de vida. Las creencias culturales y espirituales impactan la percepción que uno tiene del bienestar y no son las mismas para todo el mundo. No obstante, asegurar sueño adecuado, oportunidades para personalizar los programas diarios, acceso a comida nutritiva, y oportunidades de actividades que cautiven la atención y que tengan un propósito son formas en las que los LTCF pueden generar un sentido de bienestar. La iniciativa de bienestar de SAMHSA apoya el enfoque de las ocho dimensiones de bienestar para lograr una calidad de vida mejorada.⁸⁸

Figura 4: Ocho dimensiones de bienestar



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

Las ocho dimensiones del bienestar⁸⁹ (Figura 4) son: emocional, financiera, social, espiritual, ocupacional, física, intelectual, y ambiental.

Los proveedores de servicios de salud pueden trabajar con los residentes para asegurarse de que su bienestar continúe siendo una prioridad y que sus necesidades lingüísticas y culturales se cumplan. Esto no solamente significa el estado físico sino también el mental y el espiritual.

- Un estilo de vida saludable va de la mano con una dieta saludable, esto significa comer una variedad de alimentos en las proporciones correctas y consumir la cantidad correcta de comidas y bebidas para lograr y mantener un peso corporal saludable. **Trabaje con los residentes y sus nutricionistas para identificar las metas que pueden apoyar una dieta saludable, por ejemplo la reducción de comidas procesadas, el consumo de azúcar y carbohidratos refinados.**
- Investigue si su centro promueve un entorno de dormir positivo. ¿Tienen iluminación suave? ¿Están las luces apagadas, incluyendo las del corredor? ¿Su centro es un lugar sin alarmas? Ofrecer un entorno positivo para dormir se vincula con resultados de salud mejorados como reducción de caídas, sistema inmune mejorado y mejor curación de las heridas. El cuerpo se cura durante la tercera fase del sueño, por consiguiente las personas que duermen bien están más renovadas.⁹⁰
- Ofrecer programas basados en evidencia y actividades diarias significativas La transición a los LTCF puede ser traumática, especialmente para las personas que permanecen recibiendo atención de largo plazo. Trabaje con sus residentes y los consejos de Asesoría PFAC para identificar las actividades enfocándose en cada persona y para tratar de cautivar a la persona en sus intereses personales.

Estrategias de participación positiva (asegúrese de que estas estrategias sean apropiadas a nivel cultural y según la edad)

- La atención centrada en la persona como individuo único es especialmente relevante para los residentes con OUD y StUD, ya que los conceptos que se integran en ese tipo de atención también son impulsores claves para la recuperación.⁹¹
- Crear un programa de tareas diarias, actividades individuales y grupales para ayudar a los residentes a tener un sentido de propósito y a formar buenos hábitos.
 - "La primera vez que vine aquí, no quería ir a ningún grupo. Descubrí bastante rápido que el aburrimiento es un desencadenante emocional para mí; entonces, trato de estar activo(a) todo el día. Eso es importante para mí ahora".⁹² Esta cita se capturó de una persona que asistía una sesión grupal de recuperación.
- Ofrezca trabajos y responsabilidades ligeros como entregar el correo, enseñar una clase, asistir a una reunión de apoyo entre pares, trabajar en el jardín, ayudar a preparar el comedor, rastrillar y amontonar las hojas de los árboles, o preparar el lugar de la fogata.
- Utilice los talentos y habilidades de los residentes. Invítelos a que contribuyan a la comunidad con sus talentos y dotes.
- Brinde información a todos los residentes, especialmente a las personas con OUD y StUD, para que tengan el poder de asociarse en la atención y cuidado de estas personas. Las técnicas de comunicación incluyen hacer preguntas abiertas, no interrumpir al/la paciente y escuchar profundamente.
- Ejemplos de cómo los centros pueden crear un entorno positivo:
 - Vistas de la naturaleza o imágenes de la naturaleza en las habitaciones de los residentes, el corredor, la sala de espera, y otras áreas de gran estrés, acceso a la naturaleza, a jardines o a senderos curativos, etc.



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

- Capilla, sala de meditación, y jardines de meditación
- Trabajos artísticos sobre temas de la naturaleza, esto incluye fotografías de la naturaleza a contraluz
- Música (música en vivo en áreas públicas, música grabada en las habitaciones de los residentes cuando se programa específicamente para crear un entorno curativo, listas de temas musicales personales con audífonos)
- Ejercicio físico (pistas, corredores, espacios públicos y jardines que inviten a caminar cuando sea apropiado)
- Tiempo con mascotas y otras actividades o elementos que den un sentido de estímulo que contribuya a la sensación de positividad en el bienestar de los residentes.
- Privacidad y control (por ejemplo, propiedad para usar el radio, la televisión, la luz de lectura, la luz nocturna)

Educación y recursos

- Institute for Health and Recovery ("Instituto para la Salud y la Recuperación"): [Publicaciones](#)⁹³
- Institute for Patient- and Family-Centered Care ("Instituto de Atención Centrada en el Paciente y la Familia"): [Asociaciones para abordar la crisis por consumo de opioides](#)⁹⁴
- Tribal Law and Policy Institute ("Instituto de Políticas y Leyes Tribales"): [Serie de tribunales de sanación para el bienestar tribal](#)⁹⁵
- SAMHSA: [Recursos para familias superando trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales](#)⁹⁶
- SAMHSA: [Creando una vida más saludable: una guía paso por paso hacia el bienestar](#)⁹⁷
- SAMHSA: [Recuperación y recursos de apoyo para la recuperación](#)⁹⁸
- New England Region of Narcotics Anonymous ("Nueva Inglaterra Región de Narcóticos Anónimos"): [Narcóticos Anónimos sitio web](#)⁹⁹
- Grupos de familias de Nar-Anon: [Programa de 12 pasos de Nar-Anon](#)¹⁰⁰
- SMART Recovery®: [Reuniones gratuitas de apoyo mutuo](#)¹⁰¹
- The Phoenix: [Ubicaciones en Massachusetts](#)¹⁰²
- [Apéndice 13: Recursos adicionales](#)



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

Implementación: Puntos esenciales

Recomendación 2: Crear un entorno terapéutico	
Políticas	1. Incorporar el desarrollo de un entorno terapéutico en sus políticas de orientación actuales que incluya el cumplimiento de las necesidades lingüísticas y culturales de los residentes. 2. Desarrollar una política sobre crear e implementar un consejo de Asesoría que incluya a los pacientes y a las familias.
Intervenciones	Tema y posible personal
<i>Involucrar a las familias y a las personas que protegen y dan apoyo a los pacientes</i>	☐ Apoyo de liderazgo y designación de persona que guíe las intermediaciones ▪ Crear un Consejo de Asesoría con las familias y los pacientes (PFAC): ○ Identificar oportunidades para el PFAC ○ Preparar las directivas y el personal para que trabajen con los asesores ○ Incorporar posibles miembros ○ Implementar y coordinar reuniones para involucrar a los miembros del PFAC ▪ Revisar la Guía de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para ver la implementación del PFAC ☐ Liderazgo ▪ Ofrezca un folleto de información a los miembros de las familias sobre los recursos de la comunidad y sobre lo que no se debe traer a las instalaciones. ☐ Manejo de caso, Trabajo social, Liderazgo ▪ Asóciese con el programa OTP y las clínicas OBOT/OBAT para crear un folleto de información. ▪ Difunda los recursos de apoyo relacionados con la adicción: ○ Centros de apoyo para la recuperación entre compañeros ○ Línea telefónica de Massachusetts para ayuda relacionada con consumo de sustancias ○ Servicio de Consulta de Massachusetts para el Tratamiento de la Adicción y el Dolor (MCSTAP, por sus siglas en inglés)
<i>Reducir o eliminar los factores estresantes del entorno</i>	☐ Liderazgo u orientación ▪ Organice los espacios para facilitar los comportamientos sociales y desarrollar grupos sociales. ▪ Identifique los posibles factores estresantes del entorno. ☐ Limpieza y organización ▪ Reduzca los olores desagradables u olores de hospital o de medicamentos; elimine el desorden. ☐ Todo el personal ▪ Elimine el ruido donde sea posible.
<i>Orientación sobre bienestar</i>	☐ Personal experto en nutrición o personal apropiado ▪ Implemente dietas saludables e identifique metas trabajando en conjunto con el/la residente. ☐ Apoye y promueva ▪ Promueva un entorno positivo para dormir ☐ Personal de actividades ▪ Espacios creativos para hacer ejercicio y actividades físicas



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

Recomendación 2: Crear un entorno terapéutico	
<i>Estrategias de interacción positiva</i>	☐ Personal de actividades ▪ Ofrezca capacitación basada en evidencia y actividades diarias significativas ▪ Cree o sugiera trabajos livianos e invite a los residentes a contribuir a la comunidad. ▪ Provea espacios con naturaleza, jardines de sanación, si tiene la disponibilidad espacial para hacerlo. ▪ Cree espacios para una capilla o para meditación, etc.
Consideraciones regulatorias	Las regulaciones federales ya exigen que haya un consejo de residentes y, si la familia lo solicita, un consejo familiar debe proveer el espacio. Los espacios autorizados los regulan las regulaciones del estado (por ejemplo, comedores, espacios de actividades). Asegúrese de cumplir estas regulaciones.

Recomendación 3: Enfoques organizativos y del personal para brindar atención centrada en cada persona

Descripción

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) definen la atención centrada en la persona como la necesidad de "enfocarse en el/la residente como el epicentro de control y apoyarle a que haga sus propias elecciones y tenga control sobre su vida diaria".¹⁰³ Esto puede representar un cambio mayor en la forma como se organizan los procesos, rutinas, y prioridades y puede ser una divergencia del enfoque típico de muchos médicos y personal de los sistemas de servicios de salud y atención a largo plazo.¹⁰⁴ Aborde el OUD y el StUD igual que aborda cualquier otra enfermedad crónica o problema de salud. Una vez que los trastornos OUD y StUD se reconocen y se tratan, las personas se pueden estabilizar; sus síntomas pueden entrar en periodos de mejora y las personas pueden gradualmente avanzar pasos grandes hacia la recuperación.¹⁰⁵ La atención centrada en la persona es especialmente relevante para los residentes con OUD y StUD, ya que los conceptos que se integran en ese tipo de atención también son impulsores claves para la recuperación.¹⁰⁶ La atención centrada en la persona significa tratar de identificar y entender las metas de recuperación de la persona e identificar las intervenciones apropiadas, teniendo en cuenta esas metas, para asegurar la máxima calidad de vida y seguridad.

Para desarrollar una cultura de atención centrada en la persona, el personal debe revisar sus declaraciones de visión y misión, la competencia cultural de la organización, y las estrategias para capacitar el personal. A medida que va estableciendo un enfoque de atención centrado en la persona, específicamente los residentes con OUD y StUD, es importante que vaya examinando sus declaraciones de visión y misión. Considere revisar estas declaraciones con el fin de que reflejen una orientación basada en la persona. Asegúrese de que encajan con las necesidades de sus residentes tanto a nivel cultural como lingüístico. La visión es una imagen mental del estado ideal que una organización desea lograr tanto en términos inspiradores como en términos de sus aspiraciones. La misión es una explicación concisa de la razón de la existencia de una organización que describe el propósito y la intención en general.¹⁰⁷

[Las recomendaciones sobre las declaraciones de Visión y Misión](#)¹⁰⁸ son un recurso útil para asistir en el diseño o revisión de sus declaraciones de visión y misión.



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

Tomar medidas para asegurar que toda la organización adopte prácticas de atención basada en información sobre el trauma es crucial para integrar completamente la atención centrada en la persona. [La recomendación 2](#) habla sobre la importancia de un enfoque terapéutico utilizando los Consejos de Asesoría con las Familias y los Pacientes (PFAC) y desarrollando más actividades de bienestar; esta recomendación busca un enfoque ampliamente organizativo. Estos son algunos sitios web útiles para consultar más información sobre la atención centrada en la persona:

- [Action Pact](#)¹⁰⁹
- [Desarrollo de organizaciones informadas sobre el trauma](#)¹¹⁰
- [Instituto de atención centrada en la persona](#)¹¹¹
- [Pioneer Network \("Red Pionera"\)](#)¹¹²
- [Planetree](#)¹¹³
- [The Green House Project](#)¹¹⁴

Objetivo

Esta sección busca ayudar al personal del LTCF a establecer un enfoque interdisciplinario de varios niveles centrado en la persona para ayudar a los residentes con OUD y StUD. Este enfoque debe cumplir con las necesidades culturales y lingüísticas de los residentes.

Objetivos

Al final de esta sección los participantes podrán:

- Asegúrese de que las declaraciones de visión y misión reflejen un enfoque centrado en la persona que esté integrado en sus políticas y prácticas.
- Reconozca los componentes clave de la atención basada en información sobre el trauma, los efectos de un trauma en la vida de una persona, y cómo personalizar la atención a través de una perspectiva centrada en información sobre el trauma.
- Entienda cómo reflejar e incorporar los conceptos de los servicios apropiados a nivel cultural y lingüístico (CLAS, por sus siglas en inglés) en las políticas, el lenguaje y las prácticas en general.

Políticas

- Revise e incorpore un enfoque centrado en la persona a las políticas y procedimientos actuales.
- Desarrolle una política de capacitación del personal en atención basada en información sobre el trauma.
- Integre los CLAS en las políticas y procedimientos.

Enfoque centrado en la persona - Cambiando su cultura

Involucre al/la residente

Es importante establecer una relación positiva con los residentes de su centro. Descubrir sus hábitos, creencias, pasiones, preferencias, y metas de salud le ayudará a cultivar relaciones de asociación. Algunas ideas:

- Piense sobre cómo son sus habitaciones, como fue su primer día, o sus primeros encuentros con los demás.
- ¿Qué puede usted hacer para impactar positivamente el tiempo que ellos pasan con usted?



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

- ¿Cuáles son sus botanas o refrigerios preferidos? ¿Cuál es ese objeto o razón sin la que ellos no pueden vivir? ¿Prefieren el café o el té?
- ¿Quiénes son sus personas de apoyo?
- ¿Qué necesitan tener cerca de su cama para sentirse cómodos?

Involucre al personal

Considerar a fondo lo que significa la atención centrada en la persona y plantearle ese concepto a su personal da oportunidades para participar en esa parte crucial que es la cultura organizativa. La participación del personal que desempeña las funciones más importantes es poderosa, bríndeles las oportunidades esenciales para que analicen cómo la atención centrada en la persona ayuda a los residentes con OUD y StUD. Asimismo, respaldar la participación del personal ayuda a reducir el reemplazo de personal, aportando consistencia y continuidad para los residentes y otros muchos efectos positivos.¹¹⁵ Algunas ideas:

- Solicite los aportes del personal de todos los niveles sobre las conversaciones acerca de las declaraciones de visión y misión.
- Ilustre cómo cambiar la cultura y la atención de los residentes de su centro para inculcarlo en todo el personal de trabajo.
- Designe a una persona que le sirva de intermediaria y que le asista en crear el cambio de mentalidad y cultura.

Contratación de personal

Cuando contrate y entreviste al personal, introduzca dentro del proceso las preguntas sobre atención centrada en la persona, esto le permitirá establecer las expectativas de los valores y cultura que se requieren. Esto también le ayudará a incorporar estratégicamente a las personas que ya poseen la orientación centrada en la persona que se requiere.

Los esfuerzos dedicados a la contratación pueden priorizar la creación de una fuerza laboral diversa o reflejar a la comunidad, especialmente en lo que se refiere a las consideraciones sobre los servicios apropiados a nivel cultural y lingüístico (CLAS).

Vea la muestra de las preguntas sobre atención centrada en la persona para hacer durante la entrevista de contratación. Estas preguntas se basan en el comportamiento, enfocándose en el trabajo en equipo, la atención de los pacientes, la adaptabilidad, el manejo del tiempo, el estilo de comunicación, la motivación y los valores esenciales. Es positivo ver a los postulantes compartir ejemplos sobre los conflictos difíciles con colegas en el pasado, y enfocándose en lo que aprendieron de estas experiencias. Los postulantes también deben estar preparados para compartir lo que los motiva y las situaciones en las que ellos tomaron la iniciativa para iniciar o completar un proyecto.¹¹⁶

- [Preguntas de muestra para la entrevista \(Apéndice 3\)](#)



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

Capacitación del personal

Es beneficioso enfocarnos en las áreas cruciales que apoyan el enfoque de atención centrado en la persona y las áreas específicamente relevantes a la atención de los residentes con OUD y StUD. La siguiente lista ofrece herramientas de capacitación y recursos para ayudar al personal y a los residentes.

La capacitación debe incluir educación sobre OUD, MOUD, StUD y las herramientas y conciencia que se requieren para apoyar de la mejor manera a los residentes (ve a las competencias del personal en la [Recomendación 4](#)). También es importante que incluya educación sobre la ocurrencia simultánea del OUD y el StUD, y que enseñe las herramientas necesarias para apoyar a los residentes. Asimismo, la capacitación será útil para establecer las revisiones de casos actuales o para compartir conocimientos entre el personal para abordar posible estrés, aislamiento, o sentimientos negativos.

- [Enfoque y eficiencia del tratamiento asistido con MOUD](#)¹¹⁷
- [Técnicas de empatía \(Apéndice 2\)](#)
- [Cambiano la conversación: La importancia del lenguaje](#)¹¹⁸
- [Providers Clinical Support System \(PCSS\) \["Sistema de Proveedores de Apoyo Clínico"\]](#)¹¹⁹
- [Socios en reducir cooperativa y calmadamente la escalada del daño](#)¹²⁰
- Revise cómo abordar los estigmas en la [Recomendación 1](#)

Atención basada en información sobre el trauma

Las personas y los residentes con OUD y StUD se benefician de la atención basada en información sobre el trauma. El impacto del trauma en cada persona, en las familias y en las comunidades puede ser grave y afectar la salud física y psíquica. Establecer y promover la atención basada en información sobre el trauma como parte de la cultura organizativa, concuerda con un enfoque centrado en la persona.

La investigación muestra un vínculo entre OUD, StUD, y otros comportamientos de salud riesgosos y experiencias traumáticas¹²¹. Las charlas sobre la atención basada en información sobre el trauma pueden complementar la revisión sobre las declaraciones de visión y misión. Los principios esenciales de la atención basada en información sobre el trauma incluyen seguridad, confianza, elección, colaboración, y empoderamiento.¹²² Las siguientes herramientas y videos cortos son recursos útiles:

- [¿Qué es la atención basada en información sobre el trauma?](#)¹²³ (3 minutos)
- [¿Qué es el trauma?](#)¹²⁴ (2 minutos)
- [Relaciones entre el trauma y la adicción](#)¹²⁵ (11 minutos)
- [Desarrollo de organizaciones informadas sobre el trauma](#)¹²⁶

El siguiente paquete de cambios brinda recursos y orientación sobre la atención basada en información sobre el trauma y se enfoca en la atención centrada en la persona. La Fase 2 detalla cómo educar al personal sobre los principios fundamentales de la atención basada en información sobre el trauma.

- [Atención basada en información sobre el trauma: Paquete de cambios para centros de enfermería](#)¹²⁷

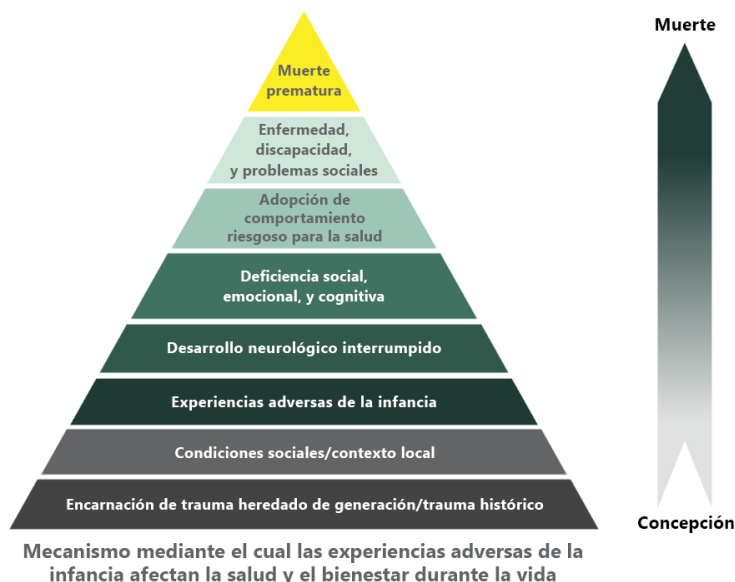


Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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

Las experiencias adversas de la infancia (ACEs, por sus siglas en inglés) se han relacionado con comportamientos específicos riesgosos para la salud (tales como OUD¹²⁸), enfermedades crónicas, y muerte prematura.¹²⁹ (Figura 5).

(Figura 5)



Fuente: Estudio de CDC-Kaiser sobre experiencias adversas de la infancia (ACE, por sus siglas en inglés)
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/cestudy/>

Muchas personas con trastornos por consumo de sustancias (SUD) experimentaron eventos traumáticos que contribuyeron al desarrollo de un SUD y están asociados con muchos resultados negativos de salud, entre estos enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, adicción, cáncer, y muerte prematura. Es importante implementar las precauciones universales sobre el trauma, ya que por lo general el trauma precede a la adicción. Una vez que una persona desarrolla un SUD, también se aumenta el riesgo de un nuevo trauma. Es importante capacitar al personal para reconocer las ACE como parte del enfoque de atención centrado en la persona. Los siguientes recursos pueden ayudar con esto:

- [Presente el examen sobre ACE — Y aprenda lo que esto significa y lo que no significa](#)¹³⁰
- [Descubra su calificación del examen sobre ACE](#)¹³¹

Participación de la familia y las personas protectoras del/la residente

Como se mencionó en la [Recomendación 2](#), la participación de la familia, las personas protectoras o los amigos del/la residente es un paso importante. Si es posible, provea información sobre los recursos de apoyo de la familia y las personas cercanas/protectoras que están disponibles dentro de la comunidad. Aprovechar los recursos de apoyo por lo general le ayuda a la familia y a las personas protectoras a establecer límites saludables con el/la residente, lo cual respalda su recuperación a través del refuerzo de los comportamientos aceptables y las interacciones.

Como resultado del estudio sobre las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), aprendimos que muchos residentes vienen de hogares caóticos y traumatizantes. Estos hogares tienen una historia de inestabilidad o trauma; por consiguiente, es importante reconocer que la familia no siempre es una fuente de apoyo para los

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

residentes. Los límites saludables también pueden proteger la salud mental y emocional de la familia o los protectores de los residentes.¹³² El personal debe obtener un documento oficial firmado por el/la residente que trate explícitamente sobre la atención de SUD, antes de que el personal pueda compartir información con la familia u otras personas protectoras.

Existen una variedad de grupos disponibles para dar apoyo a la familia y a los protectores o amigos del/la paciente. Notablemente la red de apoyo: Learn to Cope ("Aprende a Superar")¹³³ que opera en todo Massachusetts, con reuniones semanales, apoyo en línea, educación, y capacitación. Familiarícese con estos recursos y ofrézcaselos a las familias u oriéntelas hacia estos.

- [Learn to Cope](#): 508-738-5148¹³⁴
- [Allies in Recovery \(AIR\) \["Aliados en la Recuperación"\]](#)¹³⁵
- [Centro para la Motivación y el Cambio](#)¹³⁶
- [Línea telefónica de ayuda de Massachusetts](#): 800-327-5050¹³⁷

Enfoques no farmacológicos

A pesar de que los medicamentos ayudan con los síntomas físicos, incluyendo el deseo del consumo de la sustancia y la abstinencia, muchos residentes con OUD y StUD pueden tener otras necesidades a nivel psicológico, conductual, y social que el personal debe abordar. Actualmente no existen medicamentos basados en la evidencia para contrarrestar los síntomas físicos de los residentes con StUD que estén aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). No obstante, los residentes con OUD y StUD deberían tener acceso las veces necesarias a los servicios de salud del comportamiento, atención médica, y terapia sobre adicción. También deberían tener acceso a los servicios de apoyo de recuperación para complementar los medicamentos.¹³⁸ Como se mencionó previamente, la atención de los residentes con OUD y StUD es similar a la atención de los residentes con otras enfermedades crónicas.

Un amplio rango de proveedores: trabajadores sociales, terapeutas, especialistas en el apoyo de la recuperación entre compañeros, trabajadores al servicio de la comunidad, médicos, enfermeras, y profesionales de prácticas avanzadas pueden dar terapia no farmacológica. Algunos de estos proveedores requieren conexión a los recursos externos, mientras que otros dan terapia en el sitio a través del personal del centro o mediante un modelo de atención integrado o colaborativo. Los proveedores locales y las organizaciones basadas en la comunidad son socios esenciales. Ver [Recomendación 5](#) para detalles adicionales.

- [Careers of Substance](#)¹³⁹ ofrece recursos para capacitación de personal, un calendario de eventos, y un calendario de capacitación.

Con la meta de respaldar el tratamiento de los residentes con OUD mediante el método centrado en la persona, es importante revisar los enfoques además de los MOUD y entender cómo y cuándo utilizarlos. Otros enfoques incluyen terapia, psiquiatría, y apoyo entre compañeros. Los MOUD en combinación con estos otros enfoques de terapia, proveen un "enfoque de la persona en su totalidad" para el tratamiento de OUD. El personal puede combinar los siguientes enfoques terapéuticos con MOUD para tratamiento holístico:

- La orientación/terapia (individual, grupal) se debe incluir en el plan de atención de los residentes, el cual se desarrolla en asociación con el programa OTP o la clínica OBOT/OBAT.
- Psiquiatría, si corresponde
- El apoyo y la recuperación entre compañeros son buenos recursos para mantener en contacto con el/la residente después de se le dé de alta.



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

- Programas grupales de ayuda mutua
- Manejo de la contingencia

Existen muchas terapias farmacológicas basadas en la evidencia par el tratamiento del StUD. No obstante, el personal puede emplear el manejo de la contingencia en todos los géneros, edades, razas y etnias en contextos grupales e individuales.¹⁴⁰

Otros enfoques terapéuticos para el tratamiento del StUD incluyen las entrevistas motivacionales, la recuperación apoyada con el ejercicio, la atención basada en información sobre el trauma con enfoque en la seguridad, la estrategia de respaldo de la comunidad, y la terapia conductual cognitiva. Cada residente tiene necesidades diferentes. Es importante alejarse del punto de vista de que "una estrategia aplica para todas las magnitudes". Considere las preferencias de cada residente sobre cómo quieren recibir la ayuda y el tratamiento. Mientras que algunos residentes se pueden beneficiar de la terapia individual, a otros residentes les puede funcionar mejor una estrategia de terapia grupal. La estrategia grupal incorpora los comentarios de retroalimentación entre compañeros y una oportunidad para implementar la escucha profunda y reflexiva.

Como parte del plan de atención del residente, cada residente y equipo debe hablar sobre la estrategia más apropiada y efectiva para el proceso de recuperación. [Recomendación 5](#) ofrece detalles adicionales y una charla sobre las opciones de telesalud u opciones en línea.

La relación que se crea entre los residentes y el personal puede ser una herramienta poderosa para el cambio y la recuperación. La entrevista motivacional (MI, por sus en inglés) es una técnica efectiva para ayudar a construir una relación sólida. La MI es un estilo de terapia y una forma de interactuar con los residentes durante su proceso de recuperación. La MI es de colaboración, está orientada hacia una meta y activa la capacidad inherente de los residentes de hacer cambios positivos en aceptar la actitud que incluye compasión.¹⁴¹

Estos son algunos recursos para la entrevista motivacional (MI):

- El Departamento de servicios de adicción a sustancias (BSAS, por sus siglas en inglés): [solicitud de información Massachusetts, breve intervención, y remisión a asistencia técnica y de capacitación sobre tratamiento \(MASBIRT TTA, por sus siglas en inglés\)](#) ofrece capacitación sobre la MI para 15-20 personas.
- Entrevista motivacional
 - [Cheat Sheet \("Hoja de ayuda para el examen"\)](#)¹⁴²
 - [Hoja rápida de referencias](#)¹⁴³
 - [Guía de recursos](#)¹⁴⁴
 - [Red de capacitadores](#)¹⁴⁵

Servicios apropiados a nivel cultural y lingüístico (CLAS)

Los estándares nacionales sobre CLAS en los servicios de salud mental establecen los principios de que las organizaciones pueden "proveer atención y servicios de calidad efectivos, igualitarios, comprensibles y responsivos ante las diversas creencias y prácticas culturales de salud, idiomas preferidos, conocimientos, y otras necesidades de comunicación".¹⁴⁶ La identidad cultural incluye raza, etnia, idioma, educación, conocimientos sobre salud, género, religión, orientación sexual, condición de discapacidad, y acceso a servicios de atención. La principal competencia cultural básica es ofrecer atención centrada en cada persona.¹⁴⁷



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

La Oficina de Equidad en Salud del Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH) creó una guía para proveer CLAS. [Haciendo los CLAS una realidad: las seis áreas de acción](#) dividen los estándares en seis capítulos:¹⁴⁸

- Promover la competencia cultural
- Crear alianzas comunitarias
- Recopilar y compartir datos de diversidad
- Punto de referencia: planear y evaluar
- Reflejar y respetar la diversidad
- Asegurar acceso de servicio lingüístico

Educación y recursos

- SAMHSA: [Manual sobre competencia cultural dirigido a profesionales clínicos](#)¹⁴⁹
- SAMHSA: [KAP KEY \("Clave del programa de aplicación de conocimiento \[KAP, por sus siglas en inglés\]\) del Manual para profesionales clínicos](#)¹⁵⁰
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS): [Think Cultural Health](#)¹⁵¹
- HHS: [Oficina de Salud de las Minorías](#)¹⁵²
- [Apéndice 13: Recursos adicionales](#)

Implementación: Puntos esenciales

Recomendación 3: Enfoques organizativos y del personal para brindar atención centrada en cada persona	
Políticas	1. Revise e incorpore un enfoque centrado en la persona a las políticas y procedimientos actuales. 2. Desarrolle una política de capacitación del personal en atención basada en información sobre el trauma. 3. Integre los CLAS en las políticas y procedimientos.
Intervenciones	Tema y posible personal
<i>Elaboración de las declaraciones de Misión y Visión</i>	☐ Corporativo o de liderazgo ▪ Revise las recomendaciones para las declaraciones de Visión y Misión. Incorpore un enfoque centrado en la persona ☐ Todo el personal, residentes, familias y personas protectoras ▪ Involucre al personal en la creación de la Misión y la Visión. Identifique a una persona que guíe las intermediaciones para asistir en el proceso.
<i>Contratación y capacitación del personal</i>	☐ Liderazgo ▪ Como parte de la contratación del personal, revise las preguntas de muestra para la entrevista (Apéndice 3). ▪ Asegúrese de incluir lo siguiente como parte de la capacitación del personal: ○ El conjunto de herramientas del Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) ○ Recomendación 1: revisar información sobre los estigmas, descripción general del OUD y el StUD, manejo de los comportamientos difíciles, y qué hacer en caso de sobredosis o abstinencia.



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

Recomendación 3:	Enfoques organizativos y del personal para brindar atención centrada en cada persona
	○ Técnicas de empatía (Apéndice 2) ○ La importancia del lenguaje ○ Reducción de la escalada del daño: Socios en reducir cooperativa y calmadamente la escalada del daño ▪ Personal de capacitación sobre la atención basada en información sobre el trauma
<i>Atención basada en información sobre el trauma</i>	□ Todo el personal ▪ Vea los videos: ¿Qué es trauma? y ¿Qué es la atención basada en información sobre el trauma? ▪ Revise el paquete de cambios de la atención basada en información sobre el trauma y siga los pasos. ▪ Revise: Instituto de Salud y Recuperación. ▪ Presente el examen sobre Experiencias Adversas en la Infancia (ACE). □ Manejo de caso, Trabajo social, Liderazgo ▪ Incorpore los enfoques de tratamiento sin medicamentos, entre estos la recuperación basada en el ejercicio y la terapia conductual cognitiva. ▪ Incorpore los siguientes recursos al plan de atención de los residentes, trabajando en conjunto con el programa OTP o clínica OBOT/OBAT y utilizando los recursos de la comunidad: ▪ Asesoría ▪ Recuperación/apoyo entre compañeros ▪ Programas grupales de ayuda mutua ▪ Prepare al personal para que sepan hacer las entrevistas motivacionales y crear relaciones sólidas con los residentes
<i>CLAS (servicios apropiados a nivel cultural y lingüístico)</i>	□ Liderazgo ▪ Haga una evaluación sobre las necesidades de los estándares de CLAS. ▪ Implemente las capacitaciones anuales obligatorias sobre competencia cultural. □ Todo el personal ▪ Desarrolle la competencia cultural llevando a cabo las capacitaciones anuales sobre competencia cultural.
Consideraciones regulatorias	Revise los requisitos federales de los centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) sobre la atención basada en información sobre el trauma en la Fase 3.

Recomendación 4: Competencias demostradas

Descripción

Una competencia es la habilidad de aplicar conocimiento, herramientas o aptitudes (KSA) de forma eficiente o exitosa para desempeñar funciones de trabajo esenciales. Necesitamos practicar una competencia para utilizarla efectivamente en varias situaciones y momentos apropiados. Cuando trabajamos con residentes con OUD y StUD, existen cuatro KSA que su personal debe poseer para atender a los residentes de forma segura.

Este conjunto de herramientas se basa en una serie de competencias esenciales en tratamiento, OUD y StUD. Como resultado, muchos de los conceptos que se presentaron en la Recomendación 4 también aparecen en todo el conjunto de herramientas. La Recomendación 4 está diseñada para consolidar la lista de competencias esenciales bajo una recomendación.

Metas

La meta de esta sección es ayudar al personal de los centros de atención a largo plazo (LTCF) a identificar las competencias esenciales que deben demostrar y a entender a cuidar mejor a los residentes con OUD y StUD.

Objetivos

Al final de esta sección los participantes podrán:

- Aprender a ayudar de forma efectiva a las personas con OUD y StUD que residen en los centros de atención a largo plazo.
- Entender las consideraciones especiales en todo el espectro de edades para con los residentes de los LTCF que sufren de OUD y StUD.

Políticas

- Incorpore las siguientes competencias en las políticas de capacitación del personal.
 - Comprender OUD y StUD
 - Cómo atender a las personas con OUD y StUD
 - Prevención de sobredosis por consumo de estimulantes y opioides
 - Qué hacer en caso de sobredosis

Proceso

Conocimiento de los trastornos por consumo de opioides y estimulantes

Los profesionales clínicos y el personal de los centros de atención a largo plazo (LTCF) deben desarrollar conocimiento, habilidades y aptitudes sobre el trastorno por consumo de opioides (OUD) y el trastorno por consumo de estimulantes (StUD) para atender efectivamente a las personas con esta condición médica, que presenta recaídas.

Las directrices técnicas y legales para la atención y cuidado de las personas con trastornos por consumo de opioides y estimulantes^{153, 154, 155}

Entendimiento del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés):¹⁵⁶ la Regulación federal de confidencialidad sobre alcohol y drogas [Federal Drug and Alcohol Confidentiality] (parte 2 del Título 42 del CFR) protege la confidencialidad sobre el consumo de alcohol y SUD de los residentes. Esta

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

ley protege las identidades, diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento escritos en documentos de expedientes que se guardan en relación con los programas o actividades federales asistidos sobre educación, prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación, o investigación sobre el abuso de sustancias. Esto asegura que a los pacientes que reciben tratamiento de SUD no se les deje en situaciones más vulnerables en comparación con los pacientes con SUD que no buscan tratamiento.

- Esto aplica a los programas asistidos a nivel federal para tratar el abuso de drogas y alcohol. Obtenga el consentimiento del paciente antes de compartir información de un programa regulado bajo la parte 2 del Título 42 del CFR. Después de la revelación de la información, no revele más información sin el consentimiento expreso del paciente o a menos que se le permita de otra forma.
- Excepciones limitadas para la revelación de información sin consentimiento:
 - Emergencias médicas
 - Investigación científica
 - Auditorías y evaluaciones
 - Denuncia de abuso infantil
 - Delitos en las instalaciones del programa o contra el personal
 - Mandatos judiciales
 - Comunicación con una organización de servicios calificados (QSO) de información necesaria para que la organización preste servicios al programa.

Estigma: disipación de conceptos erróneos

- Según la Organización Mundial de la Salud (WHO), los estigmas son una causa principal de discriminación y exclusión, y contribuyen al incumplimiento de los derechos humanos. Cuando las personas son víctimas de estigmas se les ve como inferiores debido a sus estado o características de salud reales o percibidas. Los residentes con OUD y StUD no son diferentes a los demás residentes con enfermedades de salud crónicas.^{157,158,159,160} (Ver [Recomendación 1.](#))

Prejuicios y tendencias implícitas

- Los prejuicios y tendencias implícitas son actitudes y estereotipos de los que las personas no se percatan o no tienen control sobre estos. Estas actitudes inconscientes crean suposiciones y asociaciones rápidas sobre personas con ciertas características y ciertos comportamientos o evaluaciones. Por ejemplo: cuando nos imaginamos un científico y lo vemos como un hombre en vez de una mujer. Todas las personas llevan consigo este tipo de suposiciones implícitas, pero es importante que usted esté consciente de las suposiciones o conjeturas que hace y cómo estas pueden influir en su atención de los residentes.
- Puede presentar la [Prueba de asociación implícita](#).¹⁶¹
- Complete el módulo: [Combatiendo prejuicios y tendencias](#).¹⁶²

Distinción entre consumo, dependencia y trastorno por consumo

- Identifique y aborde el tema de los estigmas y los conceptos erróneos de OUD y StUD.^{163,164,165} También identifique y entienda la distinción entre consumo, dependencia, y trastorno de consumo. (Ver [Recomendación 1](#) para más información sobre los estigmas)
- La dependencia de sustancias no es un sinónimo del tratamiento por consumo, sino más bien un estado físico en el que el cuerpo se adapta al uso continuo de una sustancia.



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

- Cuando la gente utiliza la palabra dependencia, típicamente se refieren a la dependencia física de una sustancia. La dependencia incluye síntomas de tolerancia y abstinencia. Una persona puede tener dependencia de opioides sin tener un trastorno por consumo de opioides (OUD).¹⁶⁶
- Definiciones
 - "El abuso y la dependencia de sustancias los causan muchos factores, entre estos la vulnerabilidad genética, los factores estresantes del entorno, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad, y los problemas psiquiátricos".¹⁶⁷
 - "El SUD es un trastorno mental que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, esto conduce a la incapacidad de la persona para controlar su consumo de sustancias como drogas legales o ilegales, alcohol, o medicamentos".¹⁶⁸
 - "El OUD es una condición médica que se define por no poder abstenerse de consumir opioides y comportamientos centrados alrededor de consumir opioides que interfieren con la vida diaria. No obstante, las personas pueden utilizar mal los opioides y no tener dependencia física. Cuando una persona tiene dependencia física, puede ser particularmente difícil que deje de tomar opioides y esa dependencia puede interferir en las rutinas diarias, entre estas las relaciones personales o el manejo de las finanzas".¹⁶⁹

Atención basada en información sobre el trauma

- "La atención basada en información sobre el trauma entiende y considera la naturaleza dominante del trauma y promueve entornos de sanación y recuperación en vez de prácticas y servicios que pueden retraumatizar inadvertidamente".¹⁷⁰ ([Consulte la Recomendación 3](#) para ver la información sobre los efectos del trauma)
- Examinación y evaluación de los riesgos de suicidio: el Cuestionario sobre la salud del/la paciente - 9 (PHQ-9) es una herramienta de los centros de salud a largo plazo (LTCF) que utilizan los trabajadores sociales para medir la gravedad de la depresión de los residentes. Ver [Información sobre la examinación del riesgo universal de suicidios](#)¹⁷¹

Reconozca y controle la intoxicación, la abstinencia o la sobredosis.^{172,173}

- administración del tratamiento agudo (desintoxicación): el Centro de atención a largo plazo (LTCF) no puede aceptar para desintoxicación a residentes cuyo diagnóstico principal es trastorno por uso de sustancias (SUD). En su lugar, un centro de atención ambulatoria, aguda o de rehabilitación debe tratar a los residentes por desintoxicación antes de su admisión al LTCF. (Consulte 150.003 Admisiones, transferencias y altas D (5)).
- Comuníquese con el Programa de tratamiento por consumo de opioides (OTP) o los proveedores de Tratamiento por consumo de opioides en consultorio (OBOT)/Tratamiento de adicción en consultorio (OBAT) acerca de la suspensión súbita de opioides luego del uso intenso a largo plazo, la cual puede producir síntomas de abstinencia.¹⁷⁴ ([Consulte Consejo 1](#) para ver los síntomas de abstinencia). El método más efectivo para tratar a un residente que tiene síntomas de abstinencia es recetar un opioide oral de acción prolongada (usualmente metadona o buprenorfina) para aliviar los síntomas y luego reducir gradualmente la dosis para permitirle al residente ajustarse a la ausencia de un opioide. La abstinencia con supervisión médica puede involucrar también el uso de medicamentos que no sean opioides que puedan ayudar a controlar los síntomas; esto solo debe hacerse bajo la supervisión de los médicos clínicos de los residentes en su OTP u OBOT/OBAT.⁶



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

Consideraciones especiales a través del rango de edades para residentes a largo plazo con trastornos por uso de opioides y de estimulantes.¹⁷⁵

- Tradicionalmente, se piensa en los residentes de LTCF como una población mayor y con complejidad médica. Sin embargo, los LTCF también tienen una población de adultos jóvenes que son admitidos para rehabilitación a corto plazo, tienen riesgo médico y necesitan el nivel de atención proporcionado en un LTCF. Todos los residentes, sin importar la edad, requieren de consideraciones de seguridad al administrar Trastorno por uso de opioides (OUD) y Trastorno por uso de estimulantes (StUD).¹⁷⁶
- Cuando los residentes del LTCF reciben Medicamentos para trastorno por uso de opioides (MOUD) mediante un OTP u OBOT/OBAT, o reciben tratamiento por StUD, los médicos clínicos gestionan el tratamiento considerando lo siguiente:
 - Comorbilidades médicas
 - Comorbilidades psiquiátricas
 - Manejo de dolor agudo y crónico y de OUD¹⁷⁷
 - Tratamiento efectivo
 - Interacciones de polifarmacia y drogas
- Vea los lineamientos del Departamento de servicios para adicción a sustancias (BSAS) para la [práctica con adultos mayores](#)¹⁷⁸ y el [enfoque de familia](#)¹⁷⁹ al tratamiento.
- Si tiene dudas acerca de las complejas necesidades de los pacientes con dolor crónico, SUD o ambos, llame al Servicio de consulta de Massachusetts para el tratamiento de adicción y dolor (MCSTAP) para una consulta gratis a 833-PAIN-SUD (833-724-6783).

Ambiente social de los residentes de Centros de atención a largo plazo¹⁸⁰

- Las reglas y las expectativas en LTCF para residentes con OUD y/o StUD:
 - Los LTCF tienen reglas que aplican a todos los residentes, incluyendo a aquellos con OUD y StUD.
 - Establecer límites adecuados para los residentes, el personal y los visitantes, en colaboración con los residentes para proporcionar un ambiente seguro y de apoyo.
 - Prepare al personal para manejar las reacciones de los residentes asociadas con OUD y StUD. ([Consulte Consejo 1.](#))
 - El personal debe estar consciente de los recursos y las estrategias para optimizar la seguridad de los residentes y del personal.

Proporcionar atención a las personas que reciben tratamiento con Medicamentos para uso a largo plazo de opioides en Centros de atención a largo plazo

Las personas con OUD pueden tratarse con MOUD mientras residen en un LTCF, aunque estos centros no están designados como OTP u OBOT/OBAT.¹⁸¹

- Objetivos de MOUD (consulte la [introducción](#) y [cuadro de comparación de MOUD](#))
- Las modalidades de tratamiento incluyen:
 - Metadona, buprenorfina, buprenorfina, naloxona o naltrexona ([Cuadro de comparación de MOUD](#))
 - Asesoría
 - Apoyo de recuperación/Apoyo de pares y capacitación
- Evaluaciones efectivas y planes de atención centrados en la persona (consulte [Consejo 3](#))



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

- Comunicación con los programas de tratamiento ([consulte Consejo 5](#) y [Consejo 6](#) para obtener más información acerca de los programas de tratamiento y la comunicación)
- Protocolos para los cambios y las necesidades de medicamentos
- Organizar transporte ([consulte Consejo 6](#))
- Planificación del alta, incluyendo continuidad de atención y recursos ([consulte Consejo 6](#))
- Prevención de sobredosis ([consulte Consejo 1](#))
- Competencia con naloxona para revertir una sobredosis por opioides ([consulte Consejo 1](#)) y [Cinco pasos para personal de respuesta de emergencia](#)¹⁸²
- Estrategias para reducir el daño ([consulte Consejo 1](#))
- Almacenar, administrar y transportar medicamentos para MOUD ([consulte Consejo 6](#))
- Mantenimiento de registros, consulte sus políticas internas
- Requisitos de reporte para LTCF de eventos de sobredosis, [usualmente Departamento de salud pública \(DPH\)](#)¹⁸³

Atención para los cuidadores (consulte [Consejo 2](#) y [Consejo 3](#) respecto a los recursos para las familias y los cuidadores)

- Establecer límites personales y profesionales
- Recuperación de eventos traumáticos (por ejemplo, evento de sobredosis o muerte inesperada de residente)
- Sesión informativa posterior a una crisis
- Reconocer y prevenir el agotamiento del cuidador

Educación y recursos

- American Addiction Centers National Rehabs Directory: [Check Your Blind Spot: Understanding Implicit Bias](#)¹⁸⁴
- SAMHSA Recover Month: Road to Recovery [Guía de discusión](#)¹⁸⁵
- [Apéndice 13: recursos adicionales](#)



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

Implementación: puntos clave

Consejo 4:	Competencias demostradas
Políticas	1. Incorporar competencias a la capacitación del personal: comprender OUD y StUD, cómo cuidar a personas con OUD y StUD, prevenir sobredosis y qué hacer en caso de una sobredosis.
Lista de verificación de competencias	Competencias: conocimiento, habilidad o actitud
<i>Comprender OUD y StUD</i>	☐ Conocimiento y/o actitud - Sesgos implícitos: tome las pruebas de asociación implícita. - Descartar el estigma y las ideas erróneas acerca de OUD y StUD. - Enfoque informado sobre la situación traumática. - Reconozca y controle la intoxicación, la abstinencia o la sobredosis. - Lineamientos éticos y legales. ☐ Conocimiento y habilidad - Distinción entre uso, dependencia y trastorno.
<i>Consideraciones especiales a través del rango de edades</i>	☐ Conocimiento - Comorbilidades médicas - Comorbilidades psiquiátricas - Dolor agudo/crónico y OUD en conjunto con StUD - Tratamiento efectivo según se determina por el OTP o el OBOT/OBAT - Interacciones de polifarmacia y drogas
<i>Ambiente social de los residentes</i>	☐ Conocimiento y habilidad Expectativas para residentes con OUD y StUD: recursos y estrategias para la seguridad de los residentes y del personal
<i>Atender a personas con OUD tratado con MOUD</i>	☐ Conocimiento - Objetivos de MOUD - Modalidades de tratamiento - Protocolos para los cambios y las necesidades de medicamentos - Organizar transporte - Reducción de daño - Mantenimiento de registros ☐ Habilidad - Planes efectivos de evaluación y atención - Comunicación con los programas de comunicación - Planeación de alta - Competencia con naloxona ☐ Conocimiento y habilidad - Prevención de sobredosis - Almacenar, administrar y transportar MOUD
<i>Atención para los cuidadores</i>	☐ Conocimiento y/o habilidad - Establecer límites personales y profesionales - Recuperación de eventos traumáticos - Sesión informativa posterior a una crisis - Reconocer y prevenir el agotamiento
Consideraciones regulatorias	Regulaciones federales sobre los Derechos de los pacientes relacionados con visitas, registros de habitaciones, etc. 150.003 Admisiones, transferencias y altas



Consejo 5: recursos y asociaciones para toda la comunidad

Descripción

De acuerdo con la Administración de servicios para el abuso de sustancias y la salud mental (SAMHSA), los pacientes que presentan OUD y StUD deben “tener acceso a servicios de salud mental según sea necesario, atención médica y Asesoría para adicciones, al igual que servicios de apoyo para la recuperación, para complementar el tratamiento con medicamentos”.¹⁸⁶ Los LTCF pueden tener algunos recursos disponibles de forma interna. Muchos recursos vendrán de asociaciones con centros locales, como los OTP y los OBOT/OBAT, o grupos de la comunidad que proporcionan asistencia a aquellos con OUD o StUD. El personal dentro de su centro debe estar consciente de forma general de los tipos de recursos disponibles—cuáles son, qué hacen y cómo encontrarlos.

Objetivo

El objetivo de esta sección es ayudarle a los LTCF a familiarizarse con y a aprender cómo conectar con los socios de tratamiento y los recursos de la comunidad para proporcionar una mejor atención a los residentes con OUD y StUD.

Objetivos

Al final de esta sección, los participantes serán capaces de:

- Definir las funciones de los OTP y los OBOT/OBAT.
- Reconocer los usos potenciales de telesalud.
- Identificar los recursos habituales de la comunidad.

Políticas

- Incorporar una estrategia de comunicación dentro de las políticas y desarrollar un plan acerca de cómo usará los recursos para toda la comunidad en la atención a los residentes con OUD y StUD.
- Desarrollar un Acuerdo de organización de servicio calificada (QSOA) con un OTP u OBOT/OBAT.
([Consulte Consejo 6](#): Transiciones de atención para más detalles.)

Proceso

- Revise la sección de educación a continuación y los recursos relacionados.
- Integre el uso de los recursos de la comunidad y de las asociaciones en su centro.

Programas de tratamiento por consumo de opioides y Programas de Tratamiento por consumo de opioides en consultorio o de Tratamiento de adicción en consultorio

Los OTP y los OBOT/OBAT son los proveedores principales de MOUD. SAMHSA regula a los OTP y la solicitud de proveedores en los OBOT/OBAT para la exención de la Ley de tratamiento de adicción a drogas del 2000 (DATA) de la Agencia Federal Antinarcoóticos (DEA). El BSAS también regula a los OTP y los OBOT/OBAT, pero cada uno tiene su propia serie de reglas gobernantes. Debido a que los requerimientos de servicio de cada proveedor de tratamiento varían, es importante establecer un entendimiento claro de la relación del LTCF con el OTP u OBOT/OBAT tras la admisión de un residente con OUD. (Consulte [el Consejo 6](#): Transiciones de atención para más detalles.)

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

Programa de tratamiento por consumo de opioides

Un OTP es un programa ambulatorio que proporciona servicios para tratar y administrar OUD en un ambiente clínico. Solo los OTP certificados de forma federal y los que tienen licencia pueden administrar metadona para el tratamiento de OUD. Los OTP también pueden administrar o aplicar otros medicamentos, incluyendo buprenorfina, buprenorfina/naloxona o naltrexona en sus instalaciones (consulte el [Cuadro de comparación de MOUD](#)). Los OTP generalmente proporcionan medicamentos en sus instalaciones pero pueden proporcionar medicamentos para tomarse en casa (dosis preparadas previamente) en función de cada caso.

En respuesta a la COVID-19, BSAS recibió una excepción general de SAMHSA a nombre de los OTP para dosis para tomar en casa de MOUD en junio de 2021.¹⁸⁷ SAMHSA permitió lo siguiente: hasta 28 días de medicamentos para tomarse en casa para todos los pacientes y hasta 14 días de medicamentos para tomarse en casa para aquellos pacientes que son inestables, pero el OTP cree que pueden administrar de forma segura este nivel de medicamentos para tomarse en casa.¹⁸⁸ También se requiere que los OTP proporcionen servicios integrados de salud emocional, social y de comportamiento, incluyendo Asesoría, tratamiento y educación acerca de control de desviación.¹⁸⁹ SAMHSA regula a los OTP y mantiene un [directorio](#) de clínicas por estado.¹⁹⁰

Programas de tratamiento por consumo de opioides y Programas de Tratamiento por consumo de opioides en consultorio o de Tratamiento de adicción en consultorio

Un proveedor OBOT/OBAT es otro programa de tratamiento ambulatorio en el cual los profesionales de atención primaria específica o de atención médica general tienen permitido administrar o prescribir ciertos medicamentos para tratar OUD después de obtener una exención.¹⁹¹

La exención DATA le permite a los profesionales, que cumplen con ciertos requisitos, tratar la adicción a opioides con medicamentos narcóticos de Anexo III, IV y V específicamente aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para tal indicación. Los profesionales calificados incluyen médicos, enfermeros profesionales, enfermeros especialistas asistentes clínicos de médicos, enfermeros registrados certificados, anestesiólogos y enfermeros parteros certificados.

Los lineamientos de las prácticas actuales permiten a los profesionales calificados tratar hasta 30 pacientes sin la capacitación de Exención DATA si cumplen con los siguientes criterios:

- Debe ser un proveedor con licencia con registro de la DEA
- Debe registrar una carta de intención con el registro de SAMHSA y DEA
- Debe estar exento para recetar buprenorfina

MDPH y el BSAS alientan a los proveedores a tomar la capacitación de Exención DATA; las opciones de capacitación incluyen:

- [Boston Medical Center: OBAT Training and Technical Assistance + \(OBAT TTA+\)](#)
- [Proveedores Sistema de apoyo clínico Capacitación para médicos](#)

Los OBOT/OBAT pueden recetar buprenorfina, buprenorfina o naloxona como prescripciones para tomar en casa y administrar naltrexona en sus instalaciones (consulte el [cuadro de comparación MOUD](#)). Se requiere que los OBOT/OBAT proporcionen servicios de salud emocional, social y de comportamiento integrados si tienen una licencia de BSAS. Si no tienen una licencia de BSAS, se les anima a referir a los pacientes a los recursos pertinentes o a las subespecialidades médicas, según sea necesario.¹⁹²



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

SAMHSA administra las exenciones DATA¹⁹³ y mantiene una base de datos pública de datos conjuntos de exención,¹⁹⁴ una herramienta en línea de verificación para farmacéuticos¹⁹⁵ y un [mapa](#) donde puede encontrar un "médico de buprenorfina".¹⁹⁶

Puede conectar con los OTP y los OBOT/OBAT locales a través de la Línea de ayuda de uso de sustancias de Massachusetts, 1-800-327-5050,¹⁹⁷ o la Línea de ayuda nacional de SAMHSA, 1-800-662-HELP (4357).¹⁹⁸

A simple vista: Programas de tratamiento por consumo de opioides versus Programas de Tratamiento por consumo de opioides en consultorio o de Tratamiento de adicción en consultorio

	OTP	OBOT/OBAT
Se les permite ofrecer...		
Tratamiento en sus instalaciones	Sí	Sí
Tratamiento para usar en casa	Sí (con base a la decisión del proveedor del OTP por paciente individual, según lo requieren las regulaciones federales)	Sí
Metadona	Sí	No
Buprenorfina	Sí	Sí
Buprenorfina/naloxona	Sí	Sí
Inyección de liberación extendida de buprenorfina	Sí (solo en las instalaciones), si el paciente es elegible	Sí
Naltrexona	Sí	Sí (solo en las instalaciones)
Se les requiere proporcionar...		
Asesoría	Sí	Sí, si tienen licencia de BSAS (se alienta la recomendación)
Tratamiento		
Planeación y control de desviación		
Puedo encontrarles...		
En una base de datos en línea https://helplinema.org/	Sí	Sí (SAMHSA, pero los médicos pueden solicitar ser excluidos)
Llamando a una línea directa 1-800-327-5050	Sí	Sí

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

Telesalud

Telesalud es “el uso de comunicación electrónica y de tecnologías de la información para proporcionar o apoyar la atención clínica a distancia. La impartición de servicios por medio de telesalud involucra el uso de sistemas de telecomunicaciones seguras de audio y video que permiten comunicación de dos vías en tiempo real entre un paciente/residente y un proveedor”.¹⁹⁹ Los servicios de telesalud pueden volverse más populares porque son accesibles, convenientes y económicos.²⁰⁰

La ley federal requiere una evaluación física completa antes de la admisión a un OTP, limitando la opción de telesalud para admitir a un nuevo paciente con OUD a un OTP. Sin embargo, respecto a nuevos pacientes que reciben tratamiento con buprenorfina, SAMHSA decidió ejercer su autoridad para exentar a los OTP del requisito de llevar a cabo una evaluación física en persona para cualquier paciente que será tratado con buprenorfina por el OTP. Un médico, médico de atención primaria del programa o profesional de atención médica autorizado bajo la supervisión de un médico del programa puede determinar si puede lograr una evaluación correcta del paciente por medio de telesalud.

Esta exención continuará durante el periodo de la emergencia nacional declarada en respuesta a la pandemia de la COVID-19 y aplica exclusivamente a los pacientes de OTP que reciben tratamiento con buprenorfina.²⁰¹ El profesional debe tener un registro válido de la DEA para recetar o administrar medicamentos en el Anexo de sustancias controladas. Los LTCF pueden utilizar los servicios de telesalud para residentes con OUD cuando el transporte sea un obstáculo. Los proveedores pueden usar telesalud en lugar de una visita en persona para recetar ciertos medicamentos para OUD²⁰² o como método de distribución para servicios de salud del comportamiento.²⁰³

A la fecha, las políticas de reembolso han sido una barrera para la difusión del uso de telesalud.²⁰⁴ Sin embargo, en respuesta a la COVID-19, nuevas reglas están expandiendo el reembolso para los servicios de telesalud durante la pandemia. Tele-Behavioral Health services (TeleBH). MassHealth (Programa de Medicaid de Massachusetts) actualizó recientemente su política^{205,206} para reembolsar TeleBH “a las mismas tasas que las visitas en persona”.²⁰⁷

Estas nuevas políticas excluyen el reembolso de los dispositivos físicos y la infraestructura (tabletas, Internet de alta velocidad, mantenimiento de la tecnología), que pueden ser una carga para el centro. Si un OTP está tratando a un residente, es responsabilidad del OTP proporcionar servicios de Asesoría para un residente diagnosticado con OUD. Por lo tanto, telesalud puede ser un método potencial para proporcionarlo. Asegúrese de incluir una nota en su QSOA si el OTP proporcionará el Asesoría mediante telesalud. (Consulte [el Consejo 6: Transiciones de atención para más detalles.](#))

Otra forma de usar telesalud para proporcionar atención a los residentes es por medio del apoyo de proveedor y de servicios de consulta. Los proveedores pueden participar en una [clínica teleECHO](#)²⁰⁸ o el [Programa de asesoría clínica del Sistema de apoyo clínico de proveedores \(PCSS\)](#)²⁰⁹ de forma gratuita.

Para una consulta en vivo por teléfono acerca de recetar de forma segura y de administrar la atención para adultos con dolor crónico, SUD o ambos, llame al Servicio de consulta de Massachusetts para el tratamiento de adicción y dolor (MCTSAP), un servicio gratuito para los proveedores de Massachusetts, al 1-833-PAIN-SUD (1-833-724-6783), de lunes a viernes, 9 a. m. – 5 p. m.

- Telemedicina y recetar buprenorfina para el tratamiento de OUD, [declaración](#).
- Uso de telemedicina mientras proporciona tratamiento asistido por medicamento (MAT), [resumen de 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

Apoyos comunitarios

Los LTCF puede coordinarse con los apoyos comunitarios locales para personas con OUD y StUD. Algunas formas de apoyo que estos grupos incluyen ayudar a los pacientes a detener el uso de opioides y estimulantes, manejar el uso recurrente y ayudar con los cambios de estilo de vida necesarios. Igual que los OTP y los OBOT/OBAT, puede conectarse a estos servicios locales a través de la Línea de ayuda de uso de sustancias de Massachusetts, 1-800-327-5050,²¹⁰ o la Línea de ayuda nacional de SAMHSA, 1-800-662-HELP (4357).²¹¹

Tipos adicionales de apoyo

Programas grupales de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua apoyan a las personas (o a las familias y a los amigos de las personas) que buscan obtener o mantener la sobriedad mediante conexiones con sus pares. Los grupos ofrecen apoyo social y emocional, herramientas y técnicas estructuradas, motivación y rendición de cuentas mediante experiencias compartidas.

- “Ir a reuniones me ha mantenido limpio cuando nada más pudo, hablar con otros adictos, el trabajo de servicio y rodearme a mí mismo con este programa ha sido invaluable”.²¹²

En Massachusetts, algunos grupos para personas con OUD y StUD incluyen:

- [Narcotics Anonymous \(NA\)](#)²¹³
- [Nar-Anon](#)²¹⁴
- [SMART Recovery®](#)²¹⁵
- [Dual Recovery Anonymous](#)²¹⁶
- [Massachusetts Organization for Addiction Recovery \(MOAR\)](#)²¹⁷
- [Carpeta de recuperación](#)²¹⁸
- [The Phoenix](#)²¹⁹

Centros de recuperación

Los centros de recuperación le ofrecen a las personas educación sobre la recuperación y apoyo de pares para ayudar a prevenir la reincidencia y promover una recuperación sostenida del alcohol y otras drogas. Los centros de recuperación también llevan a cabo divulgación comunitaria. También vinculan a las familias a apoyo y Asesoría para la prevención de reincidencias, eventos sociales libres de alcohol y de otras drogas, capacitación en habilidades para la vida y educación, y exploración de carrera. Ofrecen asistencia con vivienda, empleo, asistencia pública, ayuda de emergencia, beneficios y derechos, servicios legales, aplicaciones educativas y de trabajo, ayuda económica, rehabilitación y capacitación vocacional, relaciones sociales de recuperación, y defensa y empoderamiento de personas en recuperación.

Instructores de recuperación entre compañeros

Un instructor de recuperación entre compañeros es parte del equipo interdisciplinario de atención. Combinan la experiencia vivida de la recuperación con capacitación y supervisión para ayudar a otros a iniciar y mantener su recuperación mediante superación personal, participación en la comunidad y cívica, y bienestar general.

Los instructores de recuperación entre compañeros les ayudan a las personas a crear planes y trayectorias de recuperación, incluyendo apoyo emocional, información (recursos de soporte de salud y bienestar), apoyo concreto (vivienda y empleo) y conexiones (apoyos de comunidad de recuperación, actividades y eventos). De



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

ser adecuado, contacte al OTP u OBOT/OBAT de su comunidad para conectar a los residentes con un instructor de recuperación. MassHealth cubre servicios de instructor de recuperación. La investigación actual muestra que las personas que reciben apoyo de recuperación entre compañeros experimentan una reducción en el uso de sustancias o mejoras en los resultados de la recuperación, en una escala de pequeña a moderada.²²⁰

- “El apoyo de mis compañeros me ayudó a ver que tenía esperanza. Me devolvió mi voz, impulsando mi autoestima”.²⁰¹

Asesor de pacientes

Un asesor de pacientes es una persona que trabaja en conjunto con los sistemas de atención médica locales. Un asesor de pacientes ayuda a guiar a un paciente o residente a través del sistema de atención médica y los servicios de apoyo. Estos servicios pueden ser recursos valiosos una vez que un paciente es dado de alta a su hogar. Los asesores de pacientes pueden ayudar a identificar las necesidades del paciente y a dirigir a los pacientes para recibir apoyo emocional, económico, administrativo, legal, social o cultural. Los asesores de pacientes mejoran el acceso a la atención mediante la defensoría y la coordinación de la atención. También trabajan para reducir las disparidades y las barreras nacidas de las diferencias de idioma y culturales.²²¹ El seguro usualmente no cubre a los asesores. Un asesor de pacientes trabaja con:

- La persona y la familia u otros cuidadores para ayudarles a orientarse a sí mismos
- Miembros del equipo de atención médica para facilitar la atención médica del paciente
- Proveedores de recursos de comunidad (incluyendo compañías de seguros, empleadores, administradores de caso, abogados y servicios sociales) que pueden tener un efecto en las necesidades de atención médica de una persona.²²²

Algunas áreas tienen asesores de pacientes que se especializan en OUD y StUD. Por ejemplo, en el condado Guilford, Carolina del Norte, un programa proporciona un asesor para visitar a las personas que experimentaron una sobredosis, dentro de las 72 horas posteriores a ser reanimadas por un Servicio médico de emergencia (EMS). El asesor “evalúa los riesgos de repetir una sobredosis, evalúa el SUD actual, discute las opciones de tratamiento, proporciona educación acerca de la reducción de daño y distribuye capacitación sobre el uso de naloxona”.²²³ Uno de sus asesores comentó:

- “Nos reunimos con las personas donde están y construimos relaciones. Luego se dan cuenta de que no somos un peligro. Estamos ahí para propagar el afecto, no para herirles”.²²⁴

Mientras que los trabajadores de salud de la comunidad (CHW) usualmente no están asociados con los LTCF, pueden ser valiosos para los residentes al ser dados de alta. Los CHW a menudo ayudan a las personas a comunicarse con los proveedores de atención médica y a conectarles con los recursos comunitarios, incluyendo agencias de servicio social. Los CHW son agentes de cambio de primera línea, ayudando a reducir las disparidades de salud en comunidades desatendidas”.²²⁵ Los CHW proporcionan educación y apoyo, incluyendo programas de ayuda mutua, Asesoría en casos de crisis, recomendaciones y planes para la prevención de reincidencia.²²⁶ De forma más específica, los CHW proporcionan servicios de interpretación y traducción, educación e información de salud culturalmente adecuada, asistencia para acceder a los servicios y los recursos de atención médica, Asesoría informal acerca de comportamientos de salud, defensoría para una persona y necesidades de salud de la comunidad, y algunos servicios preventivos (como revisión de presión arterial).²²⁷

- “Aprendí cómo ayudar a los miembros a volverse autosuficientes con su atención médica. Hacen y mantienen sus citas, tienen transporte efectivo y la habilidad de superar las barreras sociales conforme las encuentran. Los miembros ansían ver mi rostro amigable y sonríen cuando tienen citas clínicas”.²²⁸



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

Educación y recursos

- La línea de ayuda de uso de sustancias de Massachusetts: 1-800-327-5050, sitio web en [Inglés](#),²²⁹ sitio web en [Español](#)²³⁰
- SAMHSA: [Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs](#)²³¹
- SAMHSA: [Directorio de programas de tratamiento de opiáceos](#).²³²
- Comisión de Política Sanitaria de Massachusetts: [Integrating Telemedicine for Behavioral Health: Practical Lessons from the Field](#)²³³
- RIZE Massachusetts Foundation: [Health Resources in Action](#)²³⁴
- S.A.F.E. Proyecto: [Manual de la Comunidad](#)²³⁵
- S.A.F.E. Proyecto NA y personas que reciben tratamiento asistido con medicamentos: [Folleto para los profesionales](#)²³⁶
- Línea de ayuda nacional de Narcotics Anonymous National: 1-800-662-4357 o [sitio web](#)²³⁷
- Gavin Foundation: [Devine Recovery Center](#)²³⁸
- [Apéndice 13: recursos adicionales](#)



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

Implementación: puntos clave

Consejo 5:	Recursos y asociaciones para toda la comunidad	
Políticas	1. Incorporar en las políticas un plan acerca de como usará los recursos para toda la comunidad en la atención a los residentes con OUD y StUD. 2. Desarrollar un QSOA con el OTP u el OBOT/OBAT.	
Conciencia	Recurso para toda la comunidad	Información
<i>OTP</i>	☐ Tratamiento en las instalaciones y tratamiento para usar en casa ☐ Actualmente ofrece metadona ☐ Planes futuros para ofrecer: buprenorfina, naloxona y naltrexona ☐ Asesoría requerida, tratamiento, planeación y control de desviación	• Directorio de tratamiento OTP • Línea de ayuda de uso de sustancias de Massachusetts: 1-800-327-5050 • Línea nacional de ayuda SAMHSA: 1-800-662-HELP (4357)
<i>OBOT/OBAT</i>	☐ Tratamiento en las instalaciones y tratamiento para usar en casa ☐ Buprenorfina, naloxona y naltrexona ☐ Recomendación de asesoría, tratamiento, planeación y desviación	• Mapa de tratamiento • Línea de ayuda de uso de sustancias de Massachusetts: 1-800-327-5050 • Línea nacional de ayuda SAMHSA: 1-800-662-HELP (4357)
<i>Telesalud</i>	☐ Servicios de asesoría: las instalaciones pueden recibir un reembolso de MassHealth y Medicare ☐ Incluye un QSOA ☐ Consultas con MCSTAP disponibles de forma gratuita	
<i>Programas grupales de ayuda mutua</i>	☐ NA: programa de recuperación de 12 pasos ☐ Nar-Anon: programa de recuperación de 12 pasos para familia y amigos ☐ SMART Recovery: programa de recuperación para comportamientos adictivos con enfoque en autorregulación ☐ Dual Recovery Anonymous: recuperación de 12 pasos y de enfermedad emocional o psiquiátrica	• Región de Nueva Inglaterra: NA • Nar-Anon: encontrar una reunión • SMART Recovery • Dual Recovery
<i>Recuperación entre compañeros</i>	☐ Póngase en contacto con el centro de apoyo de recuperación entre compañeros o con la línea de ayuda	• Centros de apoyo de recuperación entre compañeros • Contacte a OTP/OBOT para recibir los servicios • Contacte MassHealth para opciones de cobertura
<i>Asesor de pacientes</i>	☐ Trabaja en conjunto con los sistemas de atención médica locales y ayuda a guiar al paciente a través del sistema de atención médica y los servicios de apoyo de paciente.	• Actualmente puede no estar cubierto por el seguro
Consideraciones regulatorias	Ninguna	



Consejo 6: Transiciones de atención

Descripción

Las transiciones de atención se refieren a cuando un paciente o residente se transfiere de un proveedor o situación de atención médica a otro.^{239,240} Para tener una transición de atención segura y exitosa, los proveedores deben tener comunicación buena y oportuna de la información clínica para que los médicos clínicos más adelante puedan tomar responsabilidad de la atención del residente. Al fomentar un ambiente de comunicación clara entre los proveedores o las situaciones de atención médica, puede verse mejora en los resultados de los residentes, la satisfacción de los residentes y una reducción en los costos.²⁴¹ Esta comunicación puede ser crucial para aquellos residentes con OUD y StUD. La atención coordinada para condiciones crónicas ha mostrado repetidamente una influencia positiva en el progreso de la enfermedad; el tratamiento de OUD no es la excepción.²⁴² Esta sección discutirá los pasos necesarios para facilitar una transición exitosa de atención para un residente con OUD y StUD mientras resalta la documentación clave necesaria entre proveedores y condiciones de atención médica.

Objetivo

Esta sección tiene como objetivo ayudar a los LTCF a establecer transiciones prudentes y seguras del hospital al LTCF mientras se mantiene la comunicación con el médico u otros proveedores de atención médica, OTP u OBOT/OBAT del residente, además de transiciones seguras desde el LTCF después del alta.

Los programas de postratamiento y los grupos de apoyo comunitarios son cruciales para ayudar a aquellos con SUD a controlar sus adicciones mientras se esfuerzan por hacer cambios esenciales de vida. Por lo tanto, otra meta de esta sección es asegurar que los LTCF estén facilitando las conexiones con los recursos de la comunidad para aquellos que necesitan terapia del comportamiento.

Objetivos

Al final de esta sección, los participantes serán capaces de:

- Identificar los pasos clave para dar de alta a las personas en terapia de MOUD o comportamiento para StUD del hospital a un LTCF.
- Identificar los pasos clave para dar de alta a estos residentes desde un LTCF.
- Establecer procesos para comunicarse con los socios clave al dar atención a los residentes que reciben MOUD, incluyendo los OTP, los OBOT/OBAT, los hospitales y los servicios para toda la comunidad.
- Proporcionar ejemplos de formatos y plantillas que su LTCF puede usar durante el proceso de transición.

Políticas

- Incorporar transiciones de atención seguras del hospital al LTCF, con conexión a OTP u OBOT/OBAT a sus políticas.
- Incorporar transiciones de atención seguras del LTCF a un centro o comunidad, con conexión a OTP u OBOT/OBAT a sus políticas.
- Incorporar transiciones de atención seguras para residentes con StUD de LTCF con conexiones a recursos comunitarios para terapia de salud del comportamiento a sus políticas.

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

Proceso

Proceso para transiciones de atención del hospital al LTCF para residentes tratados con medicamento para trastorno por consumo de opioides

Los siguientes enlaces le llevan a los diagramas de flujo para cada uno de los siguientes tratamientos.

- Apéndice 4 [El residente está recibiendo mantenimiento de metadona](#) (solo para residentes en mantenimiento de metadona)
- Apéndice 5 [El residente acaba de incorporarse al tratamiento con metadona](#) (solo para residentes que acaban de incorporarse al tratamiento con metadona)
 - Nota: los residentes que acaban de incorporarse al tratamiento con metadona requerirán de esfuerzos más coordinados entre los LTCF y el OTP. Asegúrese de contactar al OTP de su comunidad respecto a su proceso de admisión. Debe transportar a los pacientes al OTP la mañana después de que sean dados de alta del hospital.
- Apéndice 6 [El residente está usando buprenorfina](#) (solo para residentes que usan buprenorfina o Vivitrol, que acaban de incorporarse o están en mantenimiento)

Pasos clave en el proceso para transiciones para residentes tratados con medicamento para trastorno por consumo de opioides

Desarrollar un Acuerdo de organización de servicio calificada

Un QSOA es un acuerdo de dos vías entre un programa SUD (OTP u OBOT/OBAT) y una entidad que proporciona servicios al residente (LTCF). Autoriza la comunicación entre las partes y restringe la información que pueden revelar o volver a revelar. El QSOA se usa solo por programas SUD que están sujetos a la Regulación federal CFR parte 2.²⁴³

- Los QSOA deben completarse antes de la admisión al LTCF.
- Los QSOA deben incluir los tipos de servicio que el QSO proporciona (servicios de Asesoría, cobertura de llamada en sitio, plan de tratamiento, etc.).
- Las discusiones con los administradores de LTCF y OTP/OBOT deben ocurrir antes de admitir a los residentes para MOUD.

Obtener una liberación de información

- Obtenga una liberación de información (ROI) antes de dar de alta del hospital.
- Los formatos deben incluir las firmas de los residentes autorizando a las entidades de tratamiento de salud para liberar la información de salud protegida (PHI) a otras entidades de salud. Estos formatos ayudan a designar qué información puede liberarse. Puede ser útil incluirlos como parte del QSOA con el hospital, así que los formatos están disponibles.
- El hospital presenta el ROI tanto para el LTCF como para OTP u OBOT/OBAT para firmar; LTCF confirma la recepción del ROI con OTP u OBOT/OBAT.
- Comunicación: el administrador del caso o el trabajador social en el hospital conecta con el contacto/trabajador social en LTCF y OTP u OBOT/OBAT.

Acuerdo de trastorno por consumo de opioides, de ser aplicable al Centro de atención a largo plazo

- Obtenga el acuerdo de OUD durante el alta del hospital o durante la admisión al LTCF.



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

- Obtenga el consentimiento escrito del residente para compartir los registros protegidos con la familia u otros cuidadores. 42 CFR Parte 2 requiere el consentimiento escrito antes de revelar registros protegidos. Siempre obtenga el consentimiento escrito e incluya información específica acerca del receptor de los registros y exactamente qué compartir.
- Comunicación: el administrador del caso o el trabajador social en el hospital conecta con el contacto del LTCF.

Preparar el transporte de la persona al Programa de tratamiento por consumo de opioides.

Lo siguiente aplica solo a aquellos residentes que utilizan metadona y para quienes no hay exención establecida para usar en casa.

- Si solicita una Receta para servicios de transporte (PT-1):
 - Tenga en cuenta que los servicios PT-1 solo están disponibles para beneficiarios de MassHealth.
 - [El formato de necesidad médica de MassHealth](#) necesita completarse. De ser posible, comience durante la admisión antes del alta del hospital (2-4 días para obtener la aprobación). El hospital puede solicitar transporte si hay un área en el formato para una dirección alternativa.
 - El médico/médico clínico debe solicitar transporte PT-1 antes del alta del hospital, de ser posible (necesita confirmar la aprobación para permitir al proveedor solicitar una ubicación si no es la misma que la suya).
 - Notas: el tiempo de proceso para la aprobación PT-1 es de 2-4 días; debe transportarse dentro de un radio de 25 millas; de lo contrario, necesita tener una justificación; el cliente/cliente puede estar en el automóvil con otras personas. Por lo tanto, puede no ser un viaje redondo rápido; el LTCF debe ser un proveedor inscrito de Medicaid y tener una identificación (ID) de proveedor.
- Coordine con el OTP para buscar el mejor momento para la llegada de los residentes al OTP (busque sincronizar a múltiples residentes si necesitan ir al OTP).
- Otras opciones posibles de transporte
 - Transporte público
 - Algunos usan UberHealth como medida temporal mientras MassHealth aprueba el PT-1 del residente
 - Transporte propio del LTCF (por ejemplo, camioneta)
- Comunicación: el OTP/LTCF debe comunicar el mejor momento para recoger el medicamento; el enfermero registrado (RN) del LTCF/el Enfermero practicante (LPN), el RN del OTP/LPN y el residente necesitan firmar el formato de cadena de custodia.

Preparar el transporte de la metadona al Centro de atención a largo plazo

Lo siguiente aplica solo a aquellos residentes que utilizan metadona y para quienes no hay exención establecida para usar en casa.

- Solicitud de exención de tratamiento por consumo de opioides: los residentes elegibles pueden recibir medicamentos para usar en casa del OTP, deben solicitar esto al ser dados de alta del hospital.
- El proceso debe comenzar al momento de la admisión.
- RN/LPN con entrenamiento de desviación recoge la metadona con un(os) contenedor(es) cerrado(s).
- Coordine con el OTP para elegir el mejor momento, usualmente al final de la administración en el OTP, después de la primera recolección; el LPN/RN devuelve los contenedores vacíos (busque sincronizar los tiempos de recolección si múltiples residentes tienen recolecciones).



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

- Una vez que el enfermero del LTCF llegue al OTP, el enfermero del OTP verificará los contenidos con el LTCF antes de bloquear y confirmar en el formato de cadena de custodia.
- Una vez que el enfermero del LTCF regrese al centro, documente y confirme con el residente que los medicamentos están en la caja.
- El formato de cadena de custodia debe quedarse con los medicamentos y tener las iniciales para indicar que LTCF/OTP confirmó las cantidades de los medicamentos en la caja; la cadena de custodia también debe volver con cajas vacías.
- El OTP/LTCF debe comunicar el mejor momento para recolectar los medicamentos; el formato de cadena de custodia debe firmarlo el RN del LTCF/LPN, el RN del OTP/LPN y el residente.
- Notas:
 - LTCF debe proporcionar capacitación de protocolo para RN/LPN de desvío como parte del proceso completo.
 - Solo para residentes que pueden autoadministrar, conforme el OTP (residentes con exención de medicamento para usar en casa).
 - Como parte de la excepción, solicite la destrucción de metadona sin utilizar de acuerdo con la política de destrucción. Cuando el residente sale en contra del consejo médico (AMA) o de LTCF, trabaje con OTP para controlar desvíos, investigar y compartir información.
 - Cierre la caja para cada residente, ya sea la de seguridad del residente o una proporcionada por LTCF.

Administración de metadona preparada previamente

- LTCF debe crear un área para administrar la metadona dentro de un área con doble seguridad, potencialmente en un almacén de medicamentos cerrado; un gabinete dentro del almacén de medicamentos cerrado; caja de seguridad del residente adentro. La administración de la metadona preparada previamente en el LTCF necesita cumplir con los criterios de la DEA respecto a que debe almacenarse bajo doble seguridad (por ejemplo, puerta y caja fuerte) y separada de todos los demás medicamentos (en un estante separado).
- Establezca un horario para que el personal entregue los medicamentos; caja de seguridad retirada del almacén de medicamentos y traída a la habitación del residente; el residente abre la caja y se administra, luego vuelve a cerrar la caja; el enfermero debe llevar la caja de seguridad de vuelta al almacén y volver a cerrar el gabinete de medicina.
- Comunicación entre el enfermero y el residente; el residente firma la declaración jurada de administración de MOUD.
- Notas:
 - LTCF puede querer comprar una caja de seguridad y capacitar al personal acerca de lo que hay que buscar respecto a la desviación.
 - Nuestra recomendación: dos enfermeros cada turno tendrían que tener la autoridad para abrir la caja de seguridad.
 - Siga las recomendaciones del centro acerca de incluir un registro de narcóticos.
 - Si el residente se va de AMA, alerte al OTP y destruya los medicamentos como lo estipulan las regulaciones federales.
 - Naloxona: los LTCF deben tener un suministro de naxalona disponible; conocer las señales de una sobredosis y cómo administrarlo. (Consulte [el Consejo 1](#) para instrucciones).



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

Autoadministración

- Debe completarse durante la admisión al LTCF y según la política (trimestralmente o por cada cambio de estado).
- LTCF necesita el formato/la evaluación de autoadministración del hospital antes de admitirse; el contacto o el administrador de caso del LTCF puede hacer esto en el hospital.
- LTCF hace una evaluación de autoadministración durante la admisión y trimestralmente según los lineamientos/cambios de estado.
- Para residentes que están recibiendo MOUD al final de la vida, el médico especialista en dolor puede tomar control de la atención y recetar medicamentos. El médico especialista en dolor necesita escribir una orden de comodidad. La metadona vendrá de la farmacia para el dolor.
- Comuníquese con el hospital durante el proceso de alta.
- Notas: eduque al personal acerca de la autoadministración.

Planeación del alta

- Continúe con el proceso normal de alta.
- Alerta a OTP u OBOT/OBAT del alta planeada y de la ubicación.
- Para buprenorfina: cita programada en OBOT/OBAT el día después del alta o haga un plan para tener la información del paciente lista hasta la siguiente cita.
- Para metadona: alerte al OTP con la carta de la última dosis.
- Conecte al residente con los servicios adicionales de terapia del comportamiento según se necesario, Asesoría, servicios de apoyo, etc.



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

Pasos clave en el Proceso de transición para residentes tratados mediante programas de salud del comportamiento para Trastorno por consumo de estimulantes.

Organizar conexiones a los Programas de salud del comportamiento

- Determine qué nivel de atención es más adecuado para el residente.
- Los programas de tratamiento ambulatorio intensivo (IOP) son programas de tratamiento para adicciones que no necesitan de desintoxicación o supervisión 24/7.
 - Los IOP generalmente ofrecen 10 horas de terapia grupal e individual de forma semanal durante aproximadamente 3 meses.
 - Conecte al residente con un IOP antes del alta, y con aportación del residente, asegure una cita ambulatoria en una fecha y hora a la que el paciente pueda asistir.
 - [Centros de tratamiento IOP en Massachusetts](#)
- Conecte a los residentes con apoyo para tratamiento por consumo de sustancias y recuperación antes de darles de alta. Proporcione recursos y opciones disponibles para tratamiento en su comunidad.
 - [Línea telefónica de Massachusetts para ayuda relacionada con consumo de sustancias](#)²⁴⁴
 - [Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales](#)²⁴⁵
 - [Massachusetts Behavioral Health Access \(MABHA\)](#)²⁴⁶
 - [Región de Nueva Inglaterra de Narcóticos Anónimos](#)²⁴⁷
 - [SMART Recovery Nueva Inglaterra](#)²⁴⁸
 - [Centros de apoyo de recuperación entre compañeros](#)²⁴⁹

Educación y recursos

- Institute for Healthcare Improvement: [Situation-Background-Assessment-Recommendation \(SBAR\)](#)²⁵⁰
- Healthcentric Advisors: [Best Practices for Safe Transitions](#)²⁵¹
- Healthcentric Advisors: [Project RED Video](#)²⁵² y [After Care Plan](#)²⁵³
- DEA Office of Diversion Control: Drug Disposal Act LTCF [Fact Sheet](#)²⁵⁴
- [Apéndice 13: recursos adicionales](#)



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

Implementación: puntos clave

Consejo 6:	Transiciones de atención
Políticas	- Incorpore lo siguiente a sus políticas: - Asegurar transiciones de atención seguras del hospital al LTCF, con conexión a OTP u OBOT/OBAT. - Asegurar transiciones de atención seguras del LTCF a la comunidad con tratamiento continuo. - Asegurar transacciones de atención seguras del hospital al LTCF con conexiones a los programas de salud del comportamiento para residentes con StUD. - Asegurar transiciones de atención seguras del LTCF a la comunidad con tratamiento continuo.
Intervenciones	Tema y posible personal
QSOA	☐ Administradores o directores - Complete el QSOA antes de la admisión al LTCF e incluya los tipos de servicio que el QSO proporciona y los servicios médicos (por ejemplo, servicios de Asesoría, cobertura de llamada en sitio y plan de tratamiento). - Las discusiones entre los administradores de LTCF u OTP/OBOT deben ocurrir antes de admitir a los residentes para MOUD. - Las discusiones entre LTCF y los programas de salud del comportamiento deben ocurrir para los residentes que reciben o necesitan tratamiento para StUD. - Vea el ejemplo de QSOA: Apéndice 7.
Obtener ROI	☐ Administración de caso o trabajador social de hospital - El ROI debe obtenerse antes de dar de alta del hospital. - El hospital presenta el ROI para LTCF, OTP u OBOT/OBAT para residentes con OUD, y programa de salud del comportamiento para residentes con StUD para firmarse; LTCF contacta a OTP u OBOT/OBAT y al programa de salud del comportamiento para confirmar la recepción de ROI. - El administrador de caso o el trabajador social del hospital conecta con el contacto del LTCF o el trabajador social de OTP, OBOT/OBAT o programa de salud del comportamiento para residentes con OUD o StUD. - Vea el ejemplo de ROI Apéndice 8.
Preparar el transporte de la persona al OTP	☐ Médico clínico (si lo solicita PT-1), administración de caso o trabajo social - Lo siguiente aplica solo a residentes que utilizan metadona y para quienes no hay exención establecida para usar en casa: - Determine el tipo de transporte: PT1, UberHealth, camioneta de LTCF, etc. - El OTP/LTCF debe comunicar el mejor horario para recolectar el medicamento. El formato de cadena de custodia debe firmarlo el LTCF y el enfermero o enfermero practicante del OTP, al igual que el residente. - Vea el formato de solicitud PT-1. - Vea el formato de necesidad médica para residentes no ambulatorios (Apéndice 9).

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

Consejo 6:	Transiciones de atención
<i>Preparar transporte de metadona a LTCF</i>	☐ Enfermero capacitado en desviación o enfermero practicante en el LTCF y el OTP - Lo siguiente aplica solo a aquellos residentes que utilizan metadona y con permiso para usar en casa - Coordine con el OTP para encontrar el mejor horario (en cualquiera de los extremos de la distribución del OTP). El enfermero trae de vuelta los contenedores vacíos. Coordine los tiempos de recolección con múltiples residentes. - Una vez que el enfermero del LTCF llegue al OTP, el enfermero del OTP verificará con el enfermero del LTCF antes de cerrar y confirmar en el formato de cadena de custodia. - Una vez que el enfermero del LTCF regrese al centro, documente y confirme con los residentes qué medicamentos están en la caja. - El formato de cadena de custodia se mantiene con la medicina y tiene las iniciales que indican que el LTCF/OTP confirmó la cantidad de medicamentos de la caja. La cadena de custodia regresa con las cajas vacías. - El OTP/LTCF debe comunicar el mejor momento para recolectar el medicamento. El formato de cadena de custodia deben firmarlo el LTCF y el enfermero o enfermero practicante de OTP, al igual que el residente. - Vea el formato de cadena de custodia (Apéndice 10) y el Registro de cadena de custodia (Apéndice 11).
<i>Administración de metadona preparada previamente</i>	☐ Enfermero de medicamentos y residente - El LTCF debe crear un área para administrar la metadona dentro de un área con doble seguridad. - Establezca un horario para que el personal entregue los medicamentos; caja de seguridad retirada del almacén de medicamentos y traída a la habitación del residente; el residente abre la caja y se administra, luego vuelve a cerrar la caja; el enfermero debe llevar la caja de seguridad de vuelta al almacén y volver a cerrar el gabinete de medicina. - El residente firma la declaración jurada de administración de MOUD. - Naloxona: los LTCF deben tener un suministro de naloxona disponible. - Vea Declaración jurada de administración de MOUD.
<i>Autoadministración de metadona</i>	☐ Contacto o administración de caso - Debe completarse durante la admisión al LTCF y según la política (trimestralmente o por cada cambio de estado). ☐ Médico clínico durante al admisión - LTCF necesita el formato/la evaluación de autoadministración del hospital antes de admitirse; el contacto o el administrador de caso del LTCF puede hacer esto en el hospital. - LTCF hace una evaluación de autoadministración durante la admisión y trimestralmente según los lineamientos/cambios de estado. - Comuníquese con el hospital durante el proceso de alta. - Vea la Evaluación de autoadministración del centro (Apéndice 12).

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

Consejo 6:	Transiciones de atención
<i>Planeación del alta</i>	☐ Administración de caso, trabajo social o programador de altas ▪ Continúe con el proceso normal de alta. ▪ Alerta a OTP u OBOT/OBAT del alta planeada y de la ubicación. ▪ Para buprenorfina: cita programada en OBOT/OBAT el día después del alta o haga un plan para tener la información del paciente lista hasta la siguiente cita. ▪ Para metadona: alerte al OTP que se necesita una carta de última dosis. • Conecte al residente con los servicios adicionales de terapia del comportamiento/ IOP, según se necesario, Asesoría, servicios de apoyo, etc.
Información regulatoria	Las regulaciones federales y estatales requieren que las instalaciones evalúen para la autoadministración de MOUD. Las regulaciones federales y estatales requieren doble seguridad. Regulaciones federales en 42 CFR 8.12: Federal opioid treatment standards²⁵⁵ Uso sin supervisión o en casa, que identifica el siguiente criterio de ocho puntos: 1. Ausencia de abuso reciente de drogas (opioides o no narcóticos), incluyendo alcohol 2. Regularidad de asistencia clínica 3. Ausencia de problemas serios de comportamiento en la clínica 4. Ausencia de actividad criminal reciente conocida, por ejemplo, venta de drogas 5. Estabilidad del ambiente del hogar del paciente y de sus relaciones sociales 6. Duración de tratamiento de mantenimiento completo 7. Garantía de que el medicamento para usarse en casa puede almacenarse de forma segura dentro del hogar del paciente 8. Si el beneficio de rehabilitación del paciente derivado de reducir la frecuencia de las visitas a la clínica supera el potencial de desviación

Apéndices

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

Cuadro de comparación: Medicamentos para Trastorno por consumo de opioides			
Riesgo e desviación de metadona: sí			
Mecanismo de acción	Usos	Efectos secundarios	
Agonista completo Reduce la abstinencia de opioides y la ansiedad; reduce o bloquea los efectos eufóricos de los opioides ilícitos autoadministrados mediante la tolerancia cruzada y la ocupación de los receptores de opioides.	Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia.	Estreñimiento, hiperhidrosis, depresión respiratoria, sedación, prolongación de QT, disfunción sexual, hipotensión grave, incluyendo hipotensión ortostática y síncope, potencial de uso indebido.	
Formatos	Restricciones	Pacientes aptos	Dosificación
Tableta oral o líquido.	Anexo II; solo disponible en los OTP con certificación federal y en ámbitos de intervención hospitalaria para tratamiento de OUD.	Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica y que cumplen con los criterios federales para la admisión a OTP.	Dosificación según sea recetada por OTP. Dosificación diaria en un programa de tratamiento con metadona (programa de tratamiento por uso de narcóticos): - Tomado de forma oral - Dosis inicial habitual de 20-30 mg - Incremento de titulación de 1-3 mg. Cada cierto número de días - Los datos muestran una necesidad usual de al menos 60 mg; ajustar para controlar sin sedación Dosis promedio de mantenimiento: - 60-90 mg, pero el rango puede ser amplio - Dosis máxima en 4 horas



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

Buprenorfina (por ejemplo, Subutex, Belbuca, Probuphine, Sublocade) Riesgo de desvío: sí

Mecanismo de acción	Usos	Efectos secundarios	
Agonista parcial Reduce la abstinencia de opioides y la ansiedad; reduce o bloquea los efectos eufóricos de los opioides ilícitos autoadministrados mediante la tolerancia cruzada y la ocupación de los receptores de opioides.	Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia.	Estreñimiento, náuseas, abstinencia acelerada de opioides, sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema periférico, depresión respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepina u otros depresores CNS), potencial de uso indebido. - Implante: daño a nervios durante la inserción/remoción, sobredosis accidental, uso indebido si se extrae, migración local o protuberancia. - Subcutáneo: comezón o dolor en el punto de inyección, muerte por inyección intravenosa.	
Formatos	Restricciones	Pacientes aptos	Dosificación por día
Tableta oral, lámina bucal, implante de liberación extendida o inyección subcutánea.	Anexo III; requiere que el permiso emita la receta fuera de los OTP. Recetado en cualquier contexto con el permiso correcto. Los OTP no necesitan un permiso pero pueden recetar y administrar. - Implante: quien receta debe estar certificado en el Programa de estrategia de evaluación y reducción de riesgo de Probuphine (REMS). Los proveedores que deseen insertar/remover implantes deben tener capacitación y certificación especiales en el Programa REMS. - Subcutáneo: los contextos de atención médica y las farmacias deben certificarse en el Programa REMS de Sublocade y solo administrar el medicamento directamente a un proveedor para su administración.	Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica.	El rango normal de dosis es de 16-24 mg/día. Los pacientes dependientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si lo hacen, es una euforia muy ligera y usualmente se resuelve en unos cuantos días. La dosis máxima recomendada es de 32 mg/día. La dosis recomendada de Sublocade es de 300 mg SC una vez por mes durante los primeros dos meses, seguida de una dosis de mantenimiento de 100 mg/mes. Los pacientes necesitan estabilizarse con buprenorfina o buprenorfina/naxalona sublingual durante al menos siete días antes del tratamiento con Sublocade.



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

Buprenorfina/naloxona (por ejemplo, Suboxone, Zubsolv, Bunavail) Riesgo de desviación: sí			
Mecanismo de acción	Usos	Efectos secundarios	
Combinación de Agonista parcial/antagonista	Usado en abstinencia con supervisión médica y para la fase de mantenimiento; reduce los síntomas de abstinencia; previene la reincidencia.	Estreñimiento, náuseas, abstinencia acelerada de opioides, sudoración excesiva, insomnio, dolor, edema periférico, depresión respiratoria (particularmente combinada con benzodiazepina u otros depresores CNS), potencial de uso indebido.	
Formatos	Restricciones	Pacientes aptos	Dosificación por día
Tableta oral o lámina bucal	Anexo III; requiere que el permiso emita la receta fuera de los OTP. Recetado en cualquier contexto con el permiso correcto. Los OTP no necesitan un permiso pero pueden recetar y administrar.	Usualmente pacientes con OUD que son dependientes de opioides de forma fisiológica.	Dosificación por día según la receta OTP/OBAT. El rango normal de dosis es de 16-24 mg/día; los pacientes dependientes de opioides usualmente no experimentan euforia a este nivel de dosis. Si lo hacen, es una euforia muy ligera y usualmente se resuelve en unos cuantos días. La dosis máxima recomendada es de 32 mg/día.
Naltrexona (por ejemplo, ReVia, Vivitrol) Riesgo de desviación: no			
Mecanismo de acción	Usos	Efectos secundarios	
Antagonista Bloquea los efectos 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, somnolencia o sedación, anorexia, apetito reducido u otros trastornos alimenticios. - Intramuscular: dolor, inflamación, induración (incluyendo algunos casos que requieren intervención quirúrgica).	
Formatos	Restricciones	Pacientes aptos	Dosificación por día
Tableta oral o inyectable de liberación prolongada.	Cualquier médico puede recetar, no se necesita/requiere de permiso	Usualmente para pacientes con OUD que se han abstenido de opioides de acción corta por al menos 7-70 días y de opioides de acción larga por al menos 10-14 días.	Administre el inyectable de liberación prolongada cada 4 semanas o una vez al mes como inyección intramuscular (IM) en el glúteo de 380 mg.



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

Naloxona Riesgo de desviación: no		
Mecanismo de acción	Usos	Efectos secundarios
Antagonista de opioide Se adhiere a los receptores de opioides y revierte y bloquea los efectos de otros opioides. Se usa para revertir de forma total o parcial la sobredosis de opioides, incluyendo depresión respiratoria.	Para revertir la sobredosis de opioides.	Los efectos secundarios de la naloxona son poco comunes, pero las personas pueden tener reacciones alérgicas al medicamento. En general, la naloxona es un medicamento seguro. Sin embargo, solo revierte una sobredosis en personas con opioides en sus sistemas y no revertirá sobredosis de otras drogas como cocaína o metanfetaminas. Es importante tener en cuenta que los pacientes despertarán con abstinencia; pueden ser agresivos. Los pacientes deben monitorearse después del tratamiento, ya que el opioide puede tener una vida media más larga que la naloxona.
Restricciones	Pacientes aptos	Formatos
Amplia disponibilidad a través de farmacias, EMT y otras agencias.	Personas que tienen sobredosis por opioides.	- Inyección IM, IV o SC. - Autoinyector (Evzio). - Aerosol nasal (naloxona).
Dosificación		
Dosis inicial: 0.4 mg a 2 mg IV; de forma alternativa, puede darse IM o subcutánea. - De no obtenerse la respuesta deseada, las dosis deben repetirse en intervalos de 2-3 minutos. - De no observarse una respuesta con una dosis total de 10 mg, debe cuestionarse el diagnóstico de toxicidad inducida o parcialmente inducida por opioides. Autoinyector: para uso de emergencia en el hogar u otro ambiente no médico. - Administre 0.4 mg (1 disparo) de forma IM o subcutánea en la parte anterolateral del muslo (a través de la ropa de ser necesario). - Si no se logra 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. Aerosol nasal: - Administre una dosis de aerosol (intranasal) en 1 fosa nasal. - Si no se logra la respuesta deseada después de 2 o 3 minutos, proporcione una segunda dosis (intranasal) en la fosa nasal alternativa; pueden administrarse dosis adicionales cada 2 a 3 minutos en fosas nasales alternadas hasta que el equipo de ayuda médica de emergencia llegue.		



Apéndice 2: Técnicas de empatía

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

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

¹ Juergens, J. (14 de julio de 2016). How Empathy in Addiction Treatment Helps You Heal. Tomado de Addiction Center: <https://www.addictioncenter.com/community/empathy-in-addiction-treatment/>

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

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

- 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>



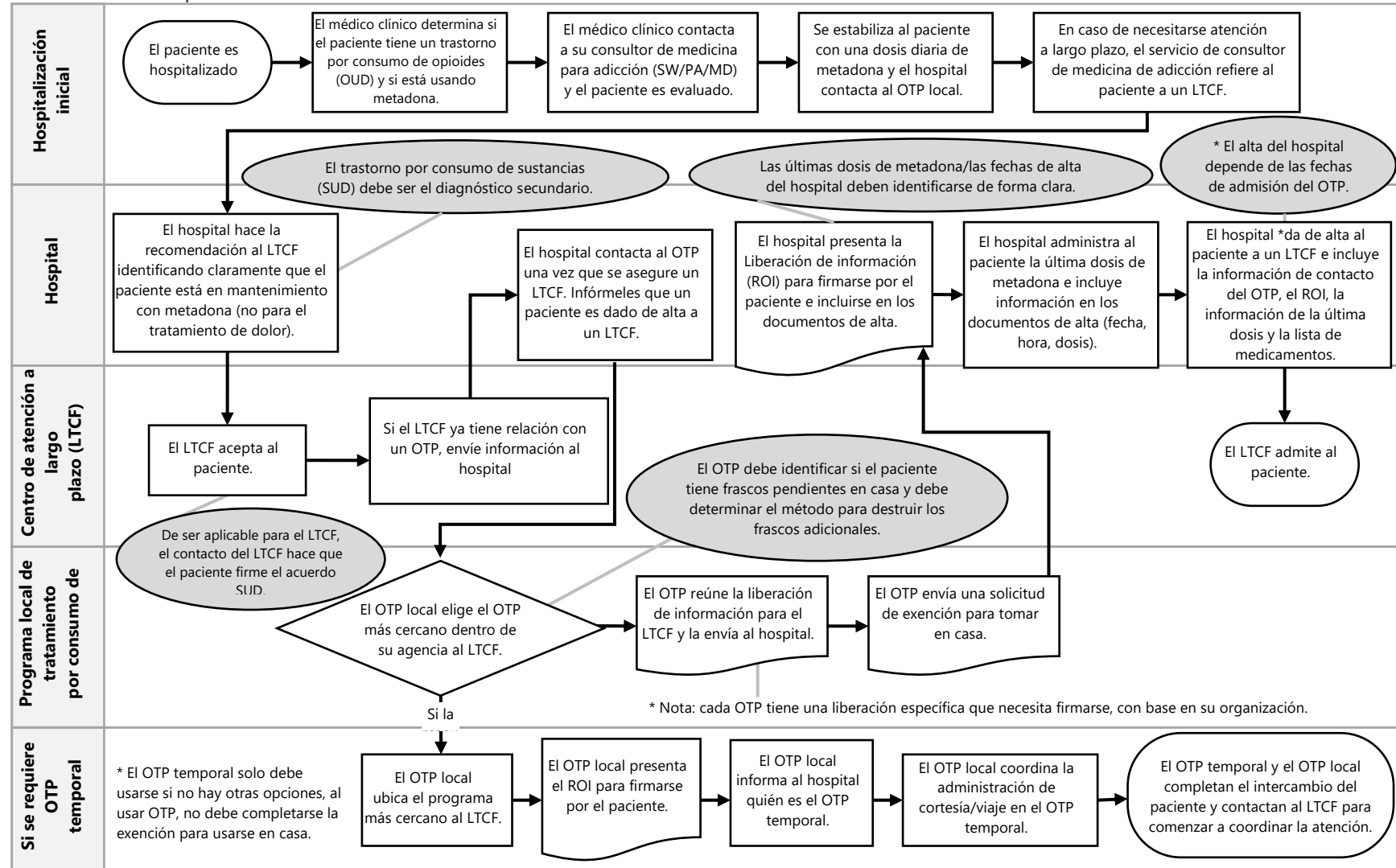
Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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

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

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

Proceso de alta del hospital

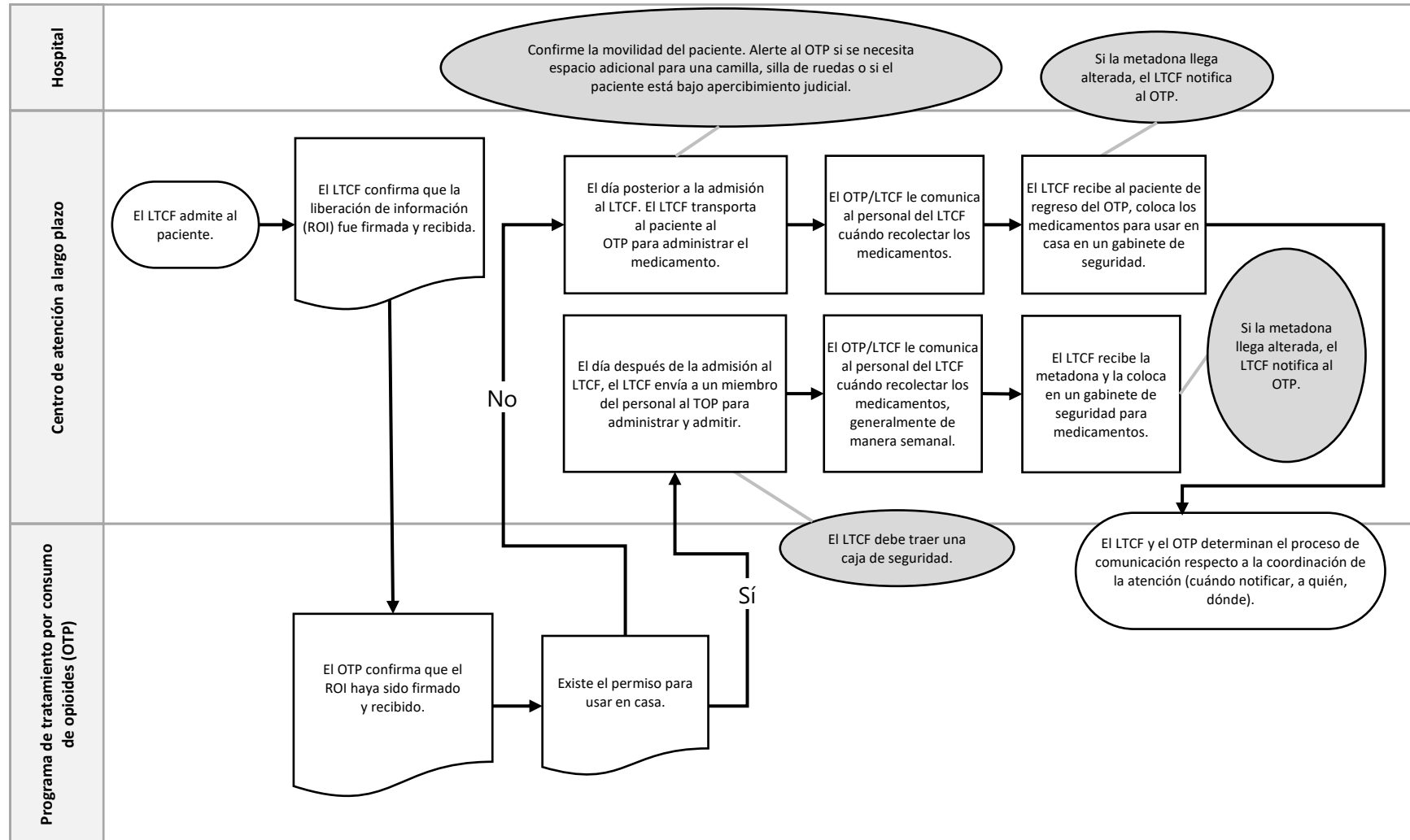


Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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)



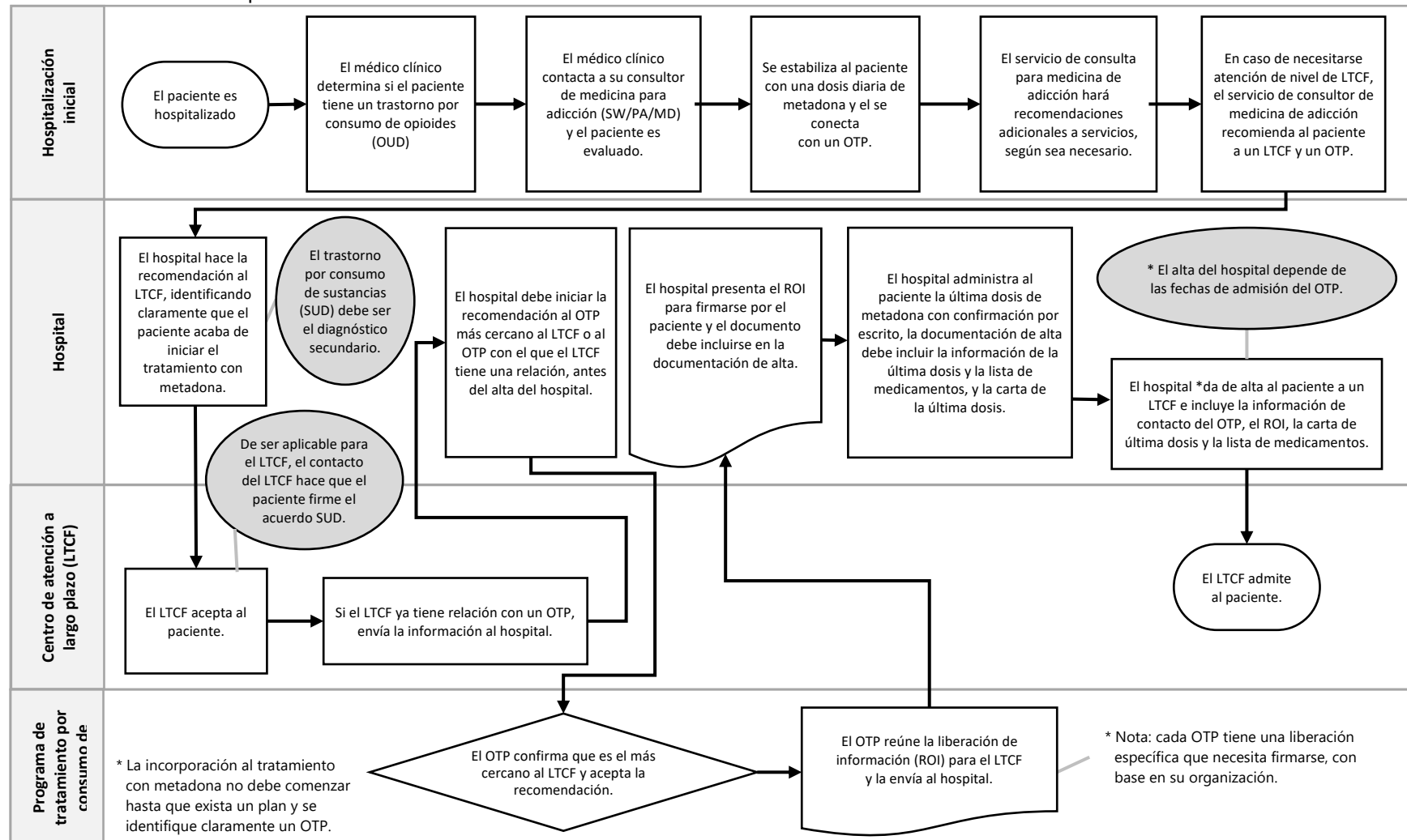
Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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

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

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

Proceso de alta del hospital

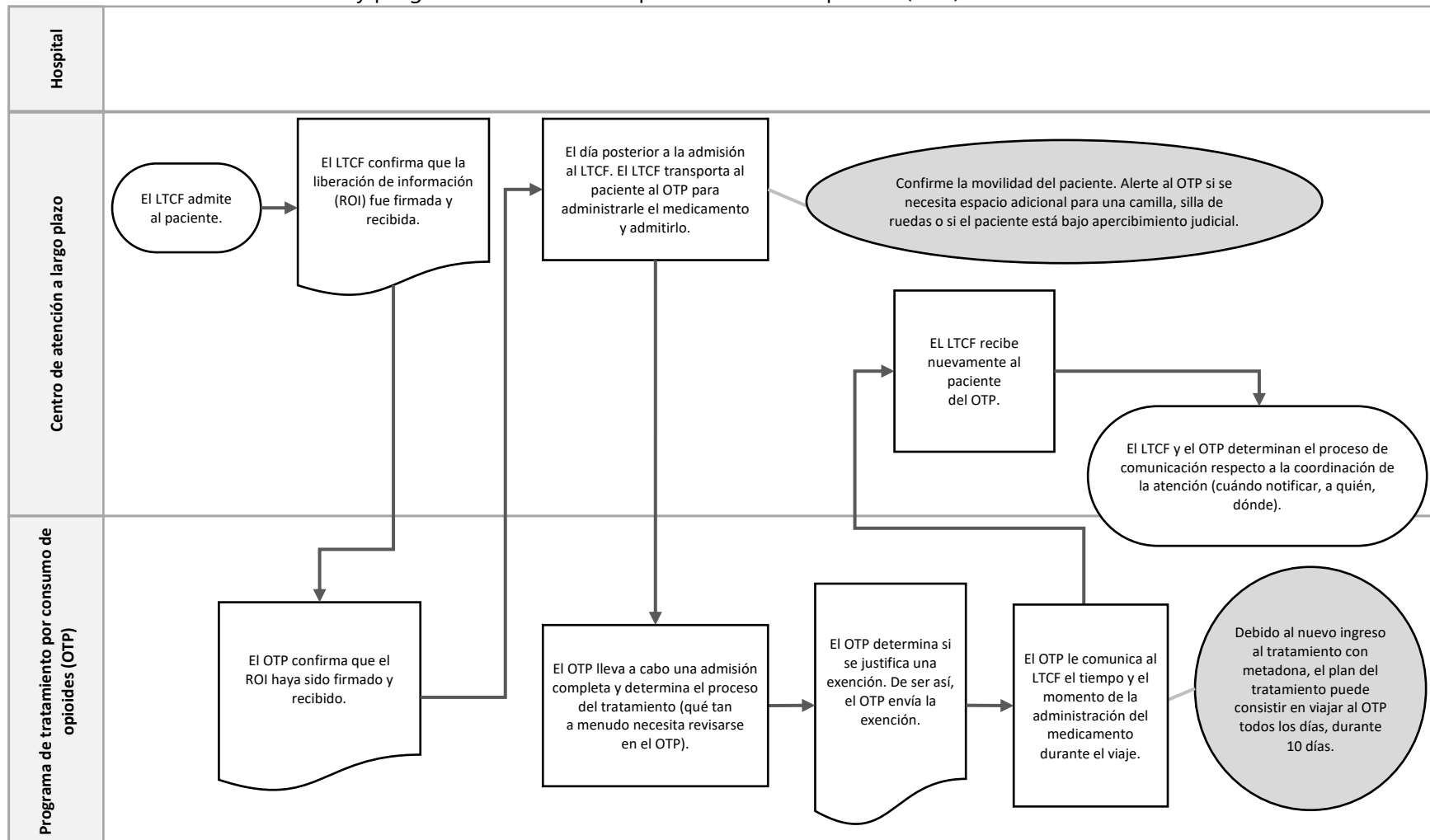


Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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)



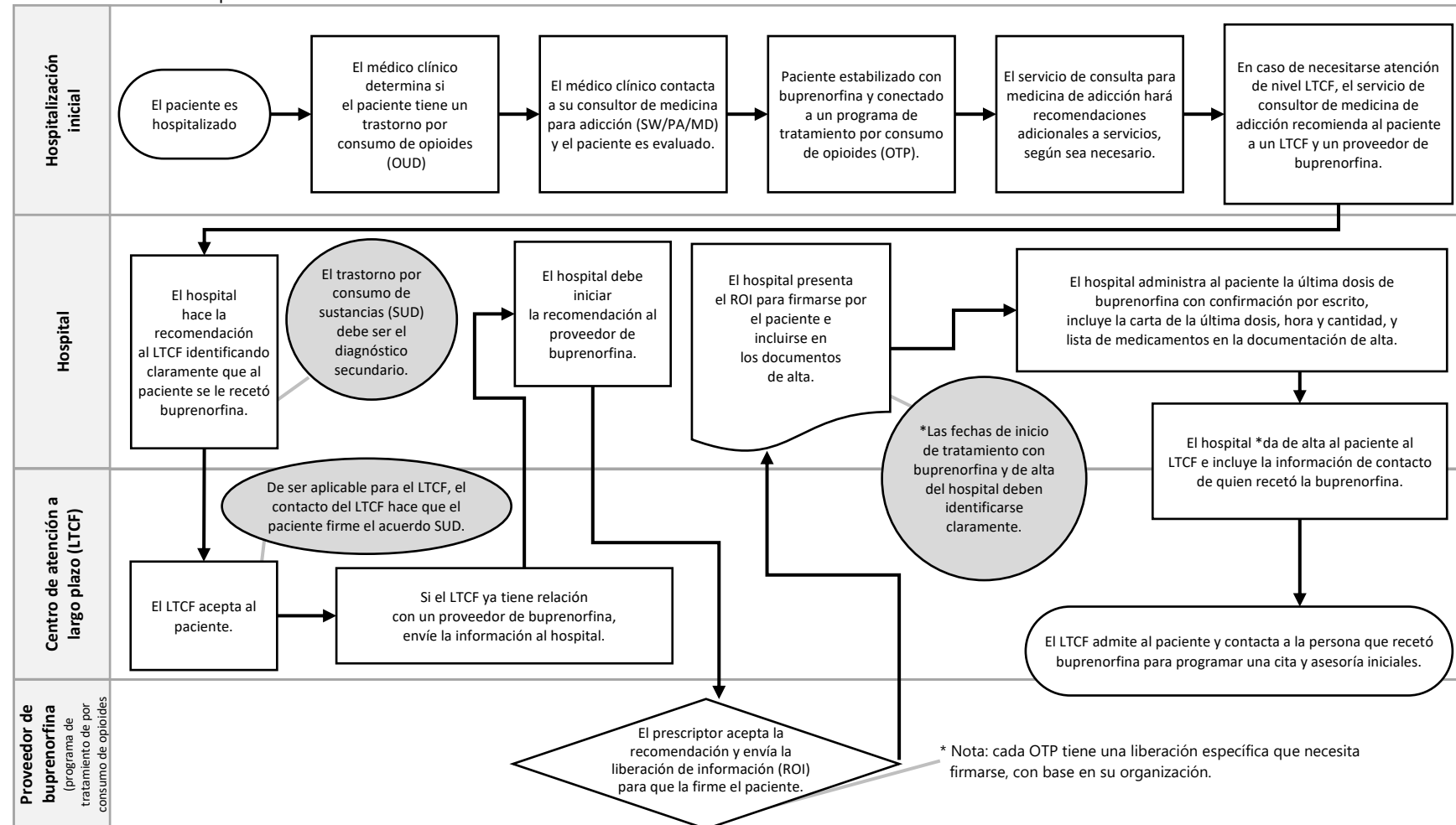
Atención de residentes con trastornos por consumo de opioides y estimulantes en contextos de atención a largo plazo

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

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

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

Proceso de alta del hospital



* 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

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

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

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

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

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

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

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

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Toda la información mantenida por; o | ☐ Organizar transporte; |
| ☐ Información mantenida: Desde: ____/____/____ | ☐ Coordinar medicamentos o recetas; |
| Hasta: ____/____/____ | ☐ A mi solicitud; |
| Especifique el propósito de la(s) revelación(es): | ☐ Medicación perdida consecutiva/Clima inclemente |
| ☐ Coordinar tratamiento; | ☐ Inscripción doble |
| ☐ Cumplir con una orden judicial; | ☐ Contacto de emergencia |
| ☐ Proporcionarse al agente de libertad condicional; | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Recomendación; | (Describa el propósito de la revelación; sea tan específico como sea posible) |
| ☐ Mantener al empleador involucrado/informado; | |

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

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

Nombre del paciente o del representante personal en letra de molde

Firma del paciente (o de su representante personal)

Fecha

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

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

DECLARACIONES RELACIONADAS CON LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

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

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

"La confidencialidad de este registro se requiere bajo los estatutos del 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 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

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

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)

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



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

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

Dirección física: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

5. Información del proveedor de transporte

Nombre: _____

NPI o PIDSL _____ Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____

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

- ☐ El miembro reside en un ambiente institucionalizado y usa una silla de ruedas
- ☐ El miembro reside en un ambiente institucionalizado y tiene un impedimento de movilidad grave que evita que el miembro use otro transporte
- ☐ El miembro reside en un ambiente institucionalizado y necesita ser transportado para subir o bajar escaleras (ya que el miembro no puede caminar por las escaleras sin la asistencia de dos personas)
- ☐ El miembro reside en la comunidad y necesita asistencia de movilidad del personal del proveedor de transporte para salir de su residencia o para moverse desde su residencia al vehículo
- ☐ El miembro es dado de alta de una hospitalización en un hospital psiquiátrico a un programa de salud del comportamiento basado en la comunidad y requiere supervisión durante el transporte. El transporte PT-1 no está disponible o no es adecuado.

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

- ☐ El miembro requiere oxígeno de forma continua.
- ☐ El miembro está continuamente confinado a la cama.
- ☐ El miembro está clasificado como un paciente Clase IV de la American Heart Association con una enfermedad cardíaca.
- ☐ El miembro recibe tratamiento intravenoso.
- ☐ El miembro requiere transporte después de un cateterismo cardíaco.
- ☐ El miembro tiene trastornos de convulsiones no controlados.
- ☐ El miembro tiene yeso en todo el cuerpo.
- ☐ El miembro tiene yesos pelvipédicos u otros yesos que evitan la flexión en la cadera.



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 miembro está en una cuna de procedimiento (incubadora).
- ☐ El miembro necesita restricciones porque el miembro es posiblemente dañino para sí mismo o para otros. (Esto incluye a personas transportadas bajo M.G.L. c. 123, § 12 para la hospitalización temporal por motivos de enfermedad mental).
- ☐ El miembro está muy sedado.
- ☐ El miembro está en estado de coma.
- ☐ El miembro tiene la siguiente afección médica, haciendo necesario al transporte en ambulancia.

7. Solicitar certificación del proveedor

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

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

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

NPI (si corresponde) _____ Núm. de teléfono _____
Núm. de fax _____

Tipo de proveedor:

- ☐ Dentista
- ☐ Representante de atención dirigida
- ☐ Enfermero partero
- ☐ Enfermero practicante
- ☐ Médico
- ☐ Asistente de médico



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

☐ Representante de médico (enfermero registrado)

☐ Psicólogo

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

Nombre: _____

NPI _____ Núm. de teléfono _____

Núm. de fax _____



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 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 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
custodia de Spectrum Health Systems

*Adaptado del formato de cadena de

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

Registro de administración de Cadena de custodia de metadona

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

Nombre del cliente: _____

Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____

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

La evaluación de enfermería será completada por el enfermero visitante o el enfermero del Centro de atención a largo plazo (LTCF) para administrar la metadona. Si se detecta cualquier anomalía, 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

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

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

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

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

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

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



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

[illegible]

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](#)
- 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.

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

- 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](#)

Citas

- ¹ Centro de Estadísticas y Calidad de Salud del Comportamiento (2020). *Encuesta nacional de 2019 sobre salud y uso de drogas: Resumen metodológico y definiciones*. Rockville, Maryland: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias Tomado de <https://www.samhsa.gov/data/>
- ² Ibidem
- ³ Departamento de salud pública de Massachusetts (mayo, 2021). Resumen de datos: Muertes por sobredosis de opioides entre residentes de Massachusetts. Tomado de <https://www.mass.gov/lists/current-opioid-statistics#updated-data-%E2%80%93-as-of-may-2021->.
- ⁴ Schieber LZ, Guy GP Jr, Seth P, Losby JL. Variación en la administración de recetas de opioides a pacientes externos adultos por edad y sexo: 2008 - 2018, Estados Unidos. Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR) 2020; 69: 298-302. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6911a5external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6911a5external_icon)
- ⁵ Ibidem
- ⁶ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias Encuesta nacional sobre los servicios de tratamiento de abuso de sustancias (N-SSATS): Datos sobre los centros de tratamiento de abuso de sustancias, 2017. Perfiles estatales de 2017. Rockville, Maryland: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2018.
- ⁷ Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (abril, 2021). El involucramiento conjunto de opioides en muertes por sobredosis de drogas que implican cocaína y psicoestimulantes. Tomado de <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db406.htm>.
- ⁸ O'Brien, P., Henke, RM, Schaefer, M. B., y otros (2020). Utilización del tratamiento por parte de las personas inscritas en Medicaid con trastornos por consumo de opioides ocurriendo simultáneamente con trastornos por consumo de sustancias. Dependencia de drogas y alcohol, 271. Tomado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871620304269>.



- ⁹ Siefried KJ, Acheson LS, Lintzeris N, Ezard N. Tratamiento farmacológico de la dependencia de metanfetaminas/anfetaminas: una revisión sistemática. *CNS Drugs*. Edición Núm. 5, 2020; 34(4): 337-365. DOI: 10.1007/s40263-020-00711-x. PMID de PubMed: 32185696; PMCID central de PubMed: PMC7125061.
- ¹⁰ Figura 2: Análisis de KFF para los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), (2021). Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Base de datos en línea de CDC WONDER sobre causas múltiples de muerte 1999 - 2019.
- ¹¹ Comunicado de prensa del Departamento de salud pública de Massachusetts (12 de mayo, 2021). Tomado de <https://www.mass.gov/news/opioid-related-overdose-deaths-rose-by-5-percent-in-2020>.
- ¹² O'Donnell J, Galdden M, Mattson C, Hunter C, Davis N. Signos vitales: características de las muertes por sobredosis de drogas que implican opioides y estimulantes – 24 Estados y el Distrito de Columbia, enero -junio de 2019. *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR)* 2020; 69: 1189-1197.
- ¹³ Connolly B, Doyle S, Baaklini V. Se necesita más tratamiento ambulatorio para el trastorno por uso de opioides. PEW. 30 de abril de 2020.
- ¹⁴ Departamento de seguridad y calidad de asistencia médica (15 de noviembre de 2016). Mass.gov. Información obtenida de la carta circular: DHCQ 16-11-662 - Admisión de residentes que reciben tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por consumo de opioides. Información obtenida de <https://www.mass.gov/circular-letter/circular-letter-dhcq-16-11-662-admission-of-residents-on-medication-assisted>
- ¹⁵ Departamento de Servicios Humanos y Salud de Estados Unidos (junio, 2019) Recomendación 63: Medicamentos para tratar el trastorno por consumo de opioides SAMHSA. Tomado de: <https://store.samhsa.gov/product/Consejo-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Documents-Including-Executive-Summary-and-Parts-1-5-/SMA19-5063FULLDOC>
- ¹⁶ Trastorno por consumo de opioides después de sobredosis de opioides no mortales y relación con la mortalidad. *Ann Intern Med*. 2018; 169(3): 137. doi: 10.7326/M17-3107
- ¹⁷ Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, y otros. Riesgo de mortalidad durante y después del tratamiento de sustitución de opioides: revisión sistemática y metaanálisis de estudios de cohortes. *BMJ*. 2017; 357. Doi: 10.1136/bmj.j1550
- ¹⁸ Larochelle MR, Berson D, Land T, y otros. Fármacos para tratar el trastorno por consumo de opioides después de sobredosis de opioides no mortales y relación con la mortalidad. *Ann Intern Med*. 2018; 169(3): 137. Doi: 10.7326/M17-3107.
- ¹⁹ Camden Coalition National Center for Complex Health & Social Needs (septiembre, 2019) Medicamentos para el tratamiento de la adicción. Ofrecer atención que implementa las mejores prácticas en las clínicas de atención primaria. Tomado de <https://camdenhealth.org/wp-content/uploads/2019/09/Medications-for-addiction-treatment-FINAL-9.20.19.pdf>
- ²⁰ Asociación para terminar la adicción [Video] (17 de junio de 2013). Descripción del tratamiento asistido con medicamentos: naltrexona, metadona y Suboxone. Tomado de <https://www.youtube.com/watch?v=tMusvDyolRI>
- ²¹ qtpie20121 [Video]. (15 de septiembre, 2008). Adicción: Video de HBO sobre el tratamiento asistido con medicamentos. Tomado de <https://www.youtube.com/watch?v=tMusvDyolRI>
- ²² Ronsley C, Nolan S, Knight R, Hayashi K, Klimas J, Walley A, y otros (2020) Tratamiento del trastorno por consumo de estimulantes: una revisión sistemática de revisiones. *PLOS ONE* 15(6): e0234809.
- ²³ MDPH (febrero de 2020). Tendencias de los resúmenes de datos de muertes relacionadas con sobredosis de estimulantes.

- ²⁴ SAMHSA (junio de 2020). Serie de guías de recursos basados en evidencia: Tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes Tomado de https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-06-01-001_508.pdf
- ²⁵ Ibidem
- ²⁶ Ibidem
- ²⁷ Ibidem
- ²⁸ Ibidem
- ²⁹ Cómo abordar el trastorno por consumo de opioides entre las poblaciones LGBTQ. Administración de servicios y recursos de salud (junio de 2018). Extracto de junio de 2021. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/06/OpioidUseAmongLGBTQPopulations.pdf>
- ³⁰ Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (2018). Drogas, cerebros, y comportamiento: La ciencia acerca de la adicción: La adicción y el mal uso de drogas. Extracto de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
- NIDA. "Información sobre los opioides de receta" Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, 1 de junio de 2021. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-opioids>. Acceso el 3 de agosto de 2021.
- ³² Strain, E. M. (2019). Actualizado. Tomado de, Trastorno por consumo de opioides: epidemiología, farmacología, manifestaciones clínicas, curso, chequeos, evaluación, y diagnóstico: <https://www.uptodate.com/contents/opioid-use-disorder-epidemiology-pharmacology-clinical-manifestations-course-screening-assessment-and-diagnosis>
- ³³ Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (junio de 2005). Abuso de drogas y adicción: uno de los problemas de salud pública más difíciles de los Estados Unidos. Información extraída de <https://archives.drugabuse.gov/publications/drug-abuse-addiction-one-americas-most-challenging-public-health-problems/addiction-chronic-disease>
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud (2009). Lineamientos clínicos para manejar la abstinencia y tratar la dependencia de drogas en contextos cerrados. Información obtenida del *Centro Nacional de Biotecnología: Lineamientos clínicos para manejar la abstinencia y tratar la dependencia de drogas en contextos cerrados*.
- ³⁵ SAMHSA (2019) Conjunto de herramientas de prevención de sobredosis de opioides Tomado de <https://store.samhsa.gov/system/files/sma18-4742.pdf>
- ³⁶ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2016). Lineamientos de los CDC sobre la prescripción de opioides para el dolor crónico — Estados Unidos, 2016. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos Información extraída de <https://www.cdc.gov/drugoverdose/training/oud/accessible/index.html>
- ³⁷ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA): Tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes Publicación de SAMHSA No. PEP20-06-01-001 Rockville, Maryland: Laboratorio Nacional de Políticas sobre Salud Mental y Uso de Sustancias Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias, 2020
- ³⁸ NIDA Información sobre la metanfetamina Sitio web sobre el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/methamphetamine>. 16 de junio de 2020 Se consultó el 28 de junio de 2020., NIDA. Información sobre la cocaína Sitio web del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cocaine>. 16 de junio de 2020 Se consultó el 28 de junio de 2020
- ³⁹ Ibidem
- ⁴⁰ Ibidem
- ⁴¹ Ibidem

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

- ⁴² Fundación sobre Drogas y Alcohol (ADF, por sus siglas en inglés) (2021). Estimulantes Información extraída en junio de 2021 <https://adf.org.au/drug-facts/stimulants/>
- ⁴³ Fundación sobre Drogas y Alcohol (ADF) (2021). Estimulantes Información extraída en junio de 2021 <https://adf.org.au/drug-facts/stimulants/> Integración de la atención de personas que consumen estimulantes a los servicios de tratamiento por consumo de sustancias. Bureau of Substance Addiction Services ("Departamento de servicios para tratar y prevenir la adicción a sustancias") 2021. Información extraída en junio de 2021 <https://www.mass.gov/doc/stimulant-use-disorder-treatment-guidance-pdf/download>
- ⁴⁴ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA): Tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes Publicación de SAMHSA No. PEP20-06-01-001 Rockville, Maryland: Laboratorio Nacional de Políticas sobre Salud Mental y Uso de Sustancias Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias, 2020
- ⁴⁵ Ibidem
- ⁴⁶ Ibidem
- ⁴⁷ Ibidem
- ⁴⁸ Integración de la atención de personas que consumen estimulantes a los servicios de tratamiento por consumo de sustancias. Bureau of Substance Addiction Services ("Departamento de servicios para tratar y prevenir la adicción a sustancias") 2021. Información extraída en junio de 2021 <https://www.mass.gov/doc/stimulant-use-disorder-treatment-guidance-pdf/download>
- ⁴⁹ Coalición nacional para la reducción del daño (2020) <https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/stimulant-overamping-basics/recognizing-stimulant-overamping/>
- ⁵⁰ Ibidem
- ⁵¹ Estudio de caso sobre metanfetaminas, y Ruth "Missy" Jensen, MSN, FNP, Asociación Estadounidense de Enfermeros de Insuficiencia Cardíaca, https://cdn.ymaws.com/www.aahfn.org/resource/resmgr/Docs/casestudies/Meth_Case_Study.pdf
- ⁵² ¿Qué son opioides de receta? Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIH) (junio 2021) Información extraída en junio de 2021. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-opioids>
- ⁵³ Ibidem
- ⁵⁴ Ibidem
- ⁵⁵ Ibidem
- ⁵⁶ <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/benzodiazepines-opioids>
- ⁵⁷ OBAT TTA (2020). Recursos: Tomado de los videos de nuestros expertos: <https://www.bmcobat.org/resources/?category=8>
- ⁵⁸ Morrow, S. D. (2014) Estudio de Johns Hopkins muestra que la adicción a las drogas se ve más negativamente que las enfermedades mentales. Johns Hopkins Magazine
- ⁵⁹ Stark County Mental Health & Addiction Recovery ["Salud Mental y Recuperación de la Adicción, Condado de Stark"] (2019). Ayuda con los opioides y la heroína Información de <https://starkmhar.org/help/stark-countys-heroin-epidemic/understanding-opiate-addiction/>
- ⁶⁰ Biblioteca especializada en consumo de opioides para tomadores de decisiones (CLOUD) (2021). Información extraída de las Historias sobre estigmas de CLOUD: La historia de Stephanie: <https://www.opioidlibrary.org/video/2241/>



- ⁶¹ Escuela Médica UMass (2017). Información extraída de la Red Nacional de Bibliotecas de Medicina, Región de Nueva Inglaterra: <https://escholarship.umassmed.edu/ner/48/>
- ⁶² Landry, M. (2012) Conjunto de herramientas contra los estigmas Información extraída de <https://attcnetwork.org/sites/default/files/2019-04/Anti-Stigma%20Toolkit.pdf>
- ⁶³ Consejo Nacional para la Salud del Comportamiento (2019) Tratamiento asistido con medicamentos Información extraída de <https://www.thenationalcouncil.org/mat/>
- ⁶⁴ Aaron M. Williams, M., Jordan Hansen, M. L., & Ashel Kruetzkamp, M. R. (junio, 2017). Identificación y levantamiento de barreras para la integración de MAT mediante 12 modalidades por pasos. *Información del Consejo Nacional de Salud del Comportamiento*: <https://www.thenationalcouncil.org/wp-content/uploads/2017/06/MAT-with-12-Steps-slide-deck.pdf>
- ⁶⁵ Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (junio de 2005). Abuso de drogas y adicción: uno de los problemas de salud pública más difíciles de los Estados Unidos. Información extraída de <https://archives.drugabuse.gov/publications/drug-abuse-addiction-one-americas-most-challenging-public-health-problems/addiction-chronic-disease>
- ⁶⁶ Coalición para la reducción del daño (2019). Información extraída de los Principios de la reducción del daño: <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- ⁶⁷ ShatterProof (2019) Información de In It Together ("Juntos en esto"): Oportunidades entre profesionales médicos de Massachusetts para aumentar los chequeos y tratamiento del trastorno por consumo de opioides: <https://rizema.org/wp-content/uploads/2019/07/GE-Rize-Shatterproof-White-Paper-Final.pdf>
- ⁶⁸ Coalición para la reducción del daño (2019). Información extraída de los Principios de la reducción del daño: <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- ⁶⁹ Grayken Center for Addiction y Boston Medical Center (2019). Información de I Pledge to stop stigma associated with addiction ("Me comprometo a detener los estigmas asociados con la adicción"): <https://development.bmc.org/wp-content/uploads/2018/09/Grayken-Center-for-Addiction-at-Boston-Medical-Center-Words-Matter-Pledge.pdf>
- ⁷⁰ Lineamientos clínicos para manejar la abstinencia y tratar la dependencia de drogas en contextos cerrados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 4, 2009, Manejo de la abstinencia. Información de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310652/>
- ⁷¹ Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2019) Información extraída de Adicción y trastorno por consumo de sustancias: <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/opioid-use-disorder/opioid-use-disorder>
- ⁷² Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2019). Información extraída de la Hoja informativa sobre opioides: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/AHA-Patient-Opioid-Factsheet-a.pdf>
- ⁷³ Familydoctor.org. (2019) Información extraída de Adicción a los opioides: <https://familydoctor.org/condition/opioid-addiction/>
- ⁷⁴ NAMI (2019). Campaña Stigmafree Información extraída de <https://www.nami.org/stigmafree>
- ⁷⁵ Clínica de tratamiento ambulatorio de la adicción, Capacitación y asistencia técnica, Boston Medical Center (sin fecha) <https://www.bmcobat.org/training/register/>
- ⁷⁶ SAMHSA <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64323/#A57812>
- ⁷⁷ Coalición nacional para la reducción del daño (2020) <https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/stimulant-overamping-basics/recognizing-stimulant-overamping/>
- ⁷⁸ HeretoHelp 2019, <https://www.heretohelp.bc.ca/stigma-and-discrimination>

- ⁷⁹ *Cómo mantener un entorno terapéutico* (sin fecha) Información extraída de ATrain Education: https://www.etraineu.com/course-module/3511837-200_adrd3-module-08 Ron Smith, A. A. (septiembre 22 de 2016) *Entornos terapéuticos*. Información extraída de Whole Building Design Guide: <https://www.wbdg.org/resources/therapeutic-environments>
- ⁸⁰ Healthcentric Advisors (2019) Enfoque holístico hacia los cambios transformacionales <https://www.youtube.com/watch?v=DtRnzz4ztbk>
- ⁸¹ *Cómo mantener un entorno terapéutico* (sin fecha) Información de ATrain Education: https://www.etraineu.com/course-module/3511837-200_adrd3-module-08 https://www.etraineu.com/course-module/3511837-200_adrd3-module-08
- ⁸² Tom Medlar, M. L. (sin fecha) Inter-Generations Información de: Role Boundaries in the Long-Term Care Setting ("Límites de los roles en contextos de atención a largo plazo"): <http://www.intergens.com/featurearticle-35.html>
- ⁸³ Martin J. Hatlie, JD; Knitasha Washington, credenciales DHA, MHA, FACHE, Creación de un Consejo de Asesoría con las Familias y los Pacientes (PFAC), 2016, <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702594>
- ⁸⁴ Institute for Patient- and Family-Centered Care ("Instituto de Atención Centrada en el Paciente y la Familia"), 2019 Información de https://www.ipfcc.org/resources/Advisory_Councils.pdf
- ⁸⁵ AHRQ (2018) Información de: Trabajando con pacientes y familias como consejeros: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy1/Strategy1_Implement_Hndbook_508_v2.pdf
- ⁸⁶ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS) Orientación para beneficiarios de asistencia financiera federal en relación con el Título VI y la prohibición de discriminación con base en el origen nacional que afecte a las personas cuya lengua nativa no sea el inglés o con manejo limitado del idioma inglés. Departamento de Salud y Servicios Humanos Oficina de Derechos Civiles <http://hhs.gov/ocr/civilrights/resources/specialtopics/lep>
- ⁸⁷ Torres, Brunilda 2001 Recomendaciones sobre las mejores prácticas para servicios de interpretación basados en los hospitales Departamento de salud pública de Massachusetts Departamento de salud pública de Massachusetts Office of Health Equity, <https://www.mass.gov/files/documents/2016/07/vq/chapter-6-ensure-language-access.doc>
- ⁸⁸ Swarbrick, M. (2006) Un enfoque de bienestar Psychiatric Rehabilitation Journal ("Revista de Rehabilitación Psiquiátrica"), 29(4), 311-314
- ⁸⁹ Swarbrick, M. (2006) Un enfoque de bienestar Psychiatric Rehabilitation Journal ("Revista de Rehabilitación Psiquiátrica"), 29(4), 311-314
- ⁹⁰ Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (2019) Fundamentos del cerebro: entendimiento del sueño Información de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep#2>
- ⁹¹ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (2012) Definición contextual de SAMHSA de lo que significa recuperación: 10 principios guías de la recuperación Información de <https://store.samhsa.gov/system/files/sma18-4742.pdf>
- ⁹² Proyecto MARS de mejora de calidad, Maryland, On Our Own ("Solos"), sin fecha <https://onourownmd.org/wp-content/uploads/mars-md-quality-improvement-project-rec.pdf>
- ⁹³ Institute for Health Recovery (sin fecha) Información de <http://www.healthrecovery.org/publications/>

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

- ⁹⁴ Institute for Patient- and Family-Centered Care (2018) Información de : <https://www.ipfcc.org/bestpractices/opioid-epidemic/index.html>
- ⁹⁵ Bureau of Justice Assistance U.S. Department (2014) Tribunales de curación para el bienestar tribal: componentes claves <http://www.wellnesscourts.org/files/Tribal%20Healing%20to%20Wellness%20Courts%20The%20Key%20Components.pdf>
- ⁹⁶ SAMHSA (2019) Información de: Recursos para familias superando trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales: <https://www.samhsa.gov/families>
- ⁹⁷ SAMHSA (2016) Creando una vida más saludable: una guía paso por paso hacia el bienestar: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4958.pdf>
- ⁹⁸ SAMHSA (sin fecha) Información de Recuperación y recursos de apoyo para la recuperación: <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
- ⁹⁹ New England Region of Narcotics Anonymous (2019) Inicio Información recuperada en octubre de 2019 de <https://nera.org/>
- ¹⁰⁰ Grupos de familias de Nar-Anon (2019) Página principal Información recuperada en octubre de 2019, de <https://www.nar-anon.org/naranon/>
- ¹⁰¹ SMART Recovery (2019). Inicio Información recuperada en octubre de 2019, de <https://www.smartrecovery.org/>
- ¹⁰² The Phoenix Massachusetts: <https://thephoenix.org/locations/massachusetts/>
- ¹⁰³ Servicios de los centros de Medicare & Medicaid Apéndice PP del Manual Operativo Estatal - Guía para supervisores de los centros de atención a largo plazo
- ¹⁰⁴ Tellis-Nayak, V. (2007) El sitio de trabajo centrado en la persona: Los fundamentos de cuidado y atención centrados en la persona de los centros de atención a largo plazo Journal of the American Medical Directors Association ("Revista de la Asociación de Directores Médicos Estadounidenses"), 46-54
- ¹⁰⁵ National Quality Forum (2019) National Quality Partners Playbook: Mejora del acceso al tratamiento asistido con medicamentos Washington, DC: National Quality Forum
- ¹⁰⁶ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (2012) Definición contextual de SAMHSA de lo que significa recuperación: 10 principios guías de la recuperación Información de <https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf>
- ¹⁰⁷ Q&A (preguntas y respuestas), H. (5 de marzo de 2018) Declaraciones de Misión y Visión: ¿Cuál es la diferencia entre las declaraciones de misión, visión y valores? Información de: Society of Human Resource Management: <https://www.shrm.org/resourcesandtools/tools-and-samples/hr-ga/pages/isthereadifferencebetweenacompany%E2%80%99smission,visionandvaluestatements.aspx>
- ¹⁰⁸ Community Tool Box ("Caja de Herramientas Comunitarias") [2019] Información de <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/structure/strategic-planning/vision-mission-statements/main>
- ¹⁰⁹ Action Pact (2019) Información de: <http://www.actionpact.com/>
- ¹¹⁰ Institute for Health and Recovery (2012) Desarrollo de las organizaciones informadas sobre el trauma: Un conjunto de herramientas https://healthrecovery.org/images/products/30_inside.pdf
- ¹¹¹ Instituto de atención centrada en el/la paciente y la familia (2019) Información de https://www.ipfcc.org/resources/Advisory_Councils.pdf
- ¹¹² Pioneer Network (2019) Información de: Cambiando la cultura sobre el envejecimiento en el siglo 21: <https://www.pioneernetwork.net/>
- ¹¹³ Planetree International (2019) Información de Atención centrada en la persona: <http://www.planetree.org/>



- ¹¹⁴ The Green House Project Información de <https://www.thegreenhouseproject.org/>
- ¹¹⁵ Baldoni, J. (4 de julio de 2013) La participación de los empleados hace más que impulsar la productividad Información de la revista Harvard Business Review: <https://hbr.org/2013/07/employee-engagement-does-more>
- ¹¹⁶ Becker's Hospital Review (2021) Información de: <https://www.beckershospitalreview.com/workforce/31-interview-questions-for-nurses-and-how-to-answer-them.html>
- ¹¹⁷ Connecticut State Department of Mental Health and Addiction Services ["Departamento de Salud Mental y Servicios para tratar la Adicción del Estado de Connecticut"] (2019) Información de <https://portal.ct.gov/DMHAS/Initiatives/DMHAS-Initiatives/MAT-Learning-Collaborative>
- ¹¹⁸ Dardess, P. D. (2018) Asociarse con los pacientes y las familias para fortalecer las respuestas frente a la epidemia de consumo de opioides Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- ¹¹⁹ Providers Clinical Support System (2020) Programa de orientación del PCSS Información de junio de 2021 <https://pcssnow.org/mentoring/>
- ¹²⁰ Bioxel Therapeutics (2021) Reducción cooperativa de la escalada del daño Información de julio de 2021 https://www.partnersincalm.com/cooperative-de-escalation/?msclkid=4d0507e4ad24107cfc34672e9ca139f9&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=M%20%7C%20UB%20%7C%20HCP%20%7C%20Cooperative%20De-escalation&utm_term=de%20escalation%20technique&utm_content=Cooperative%20De-escalation%20Ph
- ¹²¹ SAMHSA (2019) Trauma y violencia <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- ¹²² Healthcentric Advisors (2018) Atención basada en información sobre el trauma: Paquete de cambios para centros de enfermería Atención basada en información sobre el trauma: Paquete de cambios para centros de enfermería Providence, RI.
- ¹²³ Center for Healthcare Strategies. (2019). Información de: ¿Qué es la atención basada en información sobre el trauma? <https://www.youtube.com/watch?v=fWken5DsJcw>
- ¹²⁴ National Council for Behavioral Health ["Consejo Nacional para el Bienestar Mental"] (2018) <https://www.youtube.com/watch?v=uraDbhfFvsk>
- ¹²⁵ Trauma y adicción: Curso Intensivo de Psicología #31 (2014) <https://www.youtube.com/watch?v=343ORgL3klc>
- ¹²⁶ <https://healthcentricadvisors.org/wp-content/uploads/2019/10/TIC-FINAL-2019OCT.pdf>
Institute for Health and Recovery (2012) Desarrollo de organizaciones informadas sobre el trauma Información de https://healthrecovery.org/images/products/30_inside.pdf
- ¹²⁷ Healthcentric Advisors (2019). Información de: Atención basada en información sobre el trauma: <https://healthcentricadvisors.org/wp-content/uploads/2019/10/TIC-FINAL-2019OCT.pdf>
- ¹²⁸ Garland EL, R. S. (2019). Las experiencias adversas de la infancia predicen índices autonómicos de discapacidad en la regulación de la emoción y negatividad emocional que incita al deseo intenso de consumir una sustancia entre pacientes mujeres con dolor crónico tratado con opioides. Desarrollo y psicopatología, 1101-1110
- ¹²⁹ Prevención, C. f. (9 de abril de 2019) Sobre las experiencias adversas de la infancia Información del Centro de Lesiones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/aboutace.html>
- ¹³⁰ <https://www.npr.org/sections/health-shots/2015/03/02/387007941/take-the-ace-quiz-and-learn-what-it-does-and-doesnt-mean>
- ¹³¹ <http://www.ncjfcj.org/sites/default/files/Finding%20Your%20ACE%20Score.pdf>

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

- ¹³² Robeznieks, A. (22 de agosto de 2018) Trastorno por consumo de opioides: Tratar a la familia, no solamente al/la paciente Información de: Asociación Médica Estadounidense: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/opioids/opioid-use-disorder-treat-family-not-just-patient>
- ¹³³ Learn to Cope: 2019 <https://www.learn2cope.org/>
- ¹³⁴ Learn to Cope: 2019 <https://www.learn2cope.org/>
- ¹³⁵ Allies in Recovery (2019) Información de <https://alliesinrecovery.net/>
- ¹³⁶ Centro para la Motivación y el Cambio (2019) Información de: <https://motivationandchange.com/family-services/what-is-craft/>
- ¹³⁷ Consumo de sustancias en Massachusetts (2019) Información de la Línea telefónica de ayuda: <https://helplinema.org/>
- ¹³⁸ National Quality Forum (2019) National Quality Partners Playbook: Mejora del acceso al tratamiento asistido con medicamentos Washington, DC: National Quality Forum
- ¹³⁹ Careers of Substance (2019) Información obtenida de: <https://careersofsubstance.org/>
- ¹⁴⁰ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA): Tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes Publicación de SAMHSA No. PEP20-06-01-001 Rockville, Maryland: Laboratorio Nacional de Políticas sobre Salud Mental y Uso de Sustancias Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias, 2020
- ¹⁴¹ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (2013) Mejorar la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
- ¹⁴² Center for Addiction and Mental Health ("Centro de salud mental y ayuda sobre adicción") (2019) Información de: Entrevista motivacional: <http://thehub.utoronto.ca/family/wp-content/uploads/2016/12/MI-Cheat-Sheet-copy.pdf>
- ¹⁴³ Universidad de Virginia (2012) Información de: Hoja rápida de referencias sobre la entrevista motivacional: https://www.med-ig.com/files/noncme/material/pdfs/XX183_ToolKit_%20QuickReferenceSheet.pdf
- ¹⁴⁴ Community Care of North Carolina (CCNC) [sin fecha] Información de: Entrevista motivacional (MI) de CCNC: <https://www.communitycarenc.org/media/files/mi-guide.pdf>
- ¹⁴⁵ Red de capacitadores para entrevistas motivacionales (MINT, por sus siglas en inglés) [2020] Bienvenidos a la Red de capacitadores para entrevistas motivacionales (MINT): <https://motivationalinterviewing.org/>
- ¹⁴⁶ Estandar 1 de los CLAS, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), Office of Minority Health ("Oficina de servicios de salud para minorías"), CLAS y estándares de los CLAS: <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov>
- ¹⁴⁷ Haciendo los CLAS una realidad: seis áreas de acción Información del: Departamento de Salud de Massachusetts, Iniciativa de servicios culturales y lingüísticos (CLAS) <https://www.mass.gov/lists/making-clas-happen-six-areas-for-action#introduction-&-chapters-1-6->
- ¹⁴⁸ Ibidem
- ¹⁴⁹ SAMHSA (2016) Guía rápida para profesionales clínicos: basada en la recomendación 59: Mejora de la competencia cultural <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4931.pdf>
- ¹⁵⁰ SAMHSA (2016) Claves del KAP para profesionales clínicos: basadas en la recomendación 59: Mejora de la competencia cultural <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4931.pdf>
- ¹⁵¹ HHS (sin fecha) Think Cultural Health: <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/about>
- ¹⁵² HHS (sin fecha) Oficina de Salud de las Minorías: <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=1&lvlid=1>



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

- ¹⁵³ O'Reilly, 10 Nuevas formas en las que la nueva ley sobre opioides podría ayudar a combatir la epidemia, Asociación Médica Estadounidense, sin fecha. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/opioids/10-ways-new-opioids-law-could-help-address-epidemic>
- ¹⁵⁴ Aclaración de la ética médica sobre la prescripción de opioides (10 de agosto de 2018), <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/untangling-medical-ethics-prescribing-opioids>
- ¹⁵⁵ Asistencia técnica y de capacitación para el tratamiento ambulatorio de la adicción en clínicas de tratamiento ambulatorio (OBAT), Lineamientos clínicos de las OBAT www.bmcobat.org/resources/?category=1
- ¹⁵⁶ Regulaciones de confidencialidad sobre el abuso de sustancias, SAMHSA, www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/laws-regulations/confidentiality-regulations-faqs
- ¹⁵⁷ Avergonzar a las personas enfermas: adicción y estigmas (sin fecha) Lauren Villa, Información de: Drugabuse.com: <https://drugabuse.com/addiction/stigma/>
- ¹⁵⁸ https://www.acponline.org/system/files/documents/about_acp/chapters/ma/ge-rize-shatterproof-white-paper_final.pdf
- ¹⁵⁹ Olsen, Y., Sharfstein, J.M., 2014 Confrontación de los estigmas sobre el trastorno por consumo de opioides y su tratamiento JAMA 311, 1393 <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2147>
- ¹⁶⁰ "Cambiando el lenguaje para cambiar la atención" https://cf8b2643ab1d3c05e8f6-d3dc0d8f838e182b6b722cea42bb6a35.ssl.cf2.rackcdn.com/aaap_eb20f80a7ec0c1713978ba2b069091f7.pdf
- ¹⁶¹ Señales de abuso de opioides, Johns Hopkins Medicine (sin fecha) <https://www.hopkinsmedicine.org/opioids/signs-of-opioid-abuse.html>
- ¹⁶² National Center for Cultural Competence ("Centro Nacional de Competencia Cultural"), Georgetown University Center for Child and Human Development (sin fecha) Prejuicios y tendencias inconscientes y conscientes en la atención médica: <https://nccc.georgetown.edu/bias/>
- ¹⁶³ Oportunidades para aumentar las evaluaciones y tratamiento de OUD entre profesionales de la salud, 2019 https://www.acponline.org/system/files/documents/about_acp/chapters/ma/ge-rize-shatterproof-white-paper_final.pdf
- ¹⁶⁴ Olsen, Y., Sharfstein, J.M., 2014 Confrontación de los estigmas sobre el trastorno por consumo de opioides y su tratamiento JAMA 311, 1393 <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2147>
- ¹⁶⁵ Capacitación sobre el MAT https://cf8b2643ab1d3c05e8f6-d3dc0d8f838e182b6b722cea42bb6a35.ssl.cf2.rackcdn.com/aaap_eb20f80a7ec0c1713978ba2b069091f7.pdf
- ¹⁶⁶ Señales de abuso de opioides, Johns Hopkins Medicine (sin fecha) <https://www.hopkinsmedicine.org/opioids/signs-of-opioid-abuse.html>
- ¹⁶⁷ Ibidem
- ¹⁶⁸ Consumo de sustancias y trastornos mentales que ocurren simultáneamente. Instituto Nacional de Salud Mental (2021) Información de junio de 2021. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health/>
- ¹⁶⁹ Señales de abuso de opioides, Johns Hopkins Medicine (sin fecha) <https://www.hopkinsmedicine.org/opioids/signs-of-opioid-abuse.html>
- ¹⁷⁰ Universidad de Búfalo (agosto de 2021) ¿Qué es la atención basada en información sobre el trauma? Información de: <http://socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care/what-is-trauma-informed-care.html>
- ¹⁷¹ Columbia Lighthouse Project ["Proyecto Lighthouse de Columbia"] (2019): Identifique el riesgo Prevenga el suicidio <http://cssrs.columbia.edu/>



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

- ¹⁷² Signs of Opioid Abuse, Johns Hopkins Medicine n.d. <https://www.hopkinsmedicine.org/opioids/signs-of-opioid-abuse.html>
- ¹⁷³ Marc A. Schuckit, M. (28 de julio de 2016). *Tratamiento para el trastorno por consumo de opioides*. Tomado de New England Journal of Medicine: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1604339>
- ¹⁷⁴ What is Trauma-Informed Care? Buffalo Center for Social Research, n.d. <http://socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care/what-is-trauma-informed-care.html>
- ¹⁷⁵ Louis A. Trevisan, M. (n.d.) *Trastornos por consumo de sustancias en personas mayores*. Extraído de Providers Clinical Support System: https://cf8b2643ab1d3c05e8f6-d3dc0d8f838e182b6b722cea42bb6a35.ssl.cf2.rackcdn.com/aaap_986d7d138b9fc49bcf0f61d6ba0392c9.pdf
- ¹⁷⁶ Hay LTCF pediátricos en Massachusetts pero este no es el enfoque de nuestro trabajo. La información para LTCF pediátricos puede encontrarse en <https://www.mass.gov/medical-review-team>.
- ¹⁷⁷ Alford, D. P. (n.d.) *Managing Acute & Chronic Pain with Medication-Assisted Treatment (MAT)*. Tomado de Providers Clinical Support System for Medication-Assisted Treatment: <http://pcssnow.org/wp-content/uploads/2015/12/Alford-Acute-Chronic-Pain-MAT-FINAL2-12-22-15.pdf>
- ¹⁷⁸ BSAS Practice Guidelines (2015): <https://www.mass.gov/files/documents/2016/07/vp/care-principles-guidance-older-adults.pdf>
- ¹⁷⁹ BSAS Practice Guidelines (2015): <https://www.mass.gov/files/documents/2016/07/op/practice-guidance-engaging-young-adults-and-their-families.docx>
- ¹⁸⁰ Celeste Shawler, R. G. (1 de octubre de 2001). *Analysis of Key Decision-Making Incidents in the Life of a Nursing Home Resident*. Tomado de The Gerontologist: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/41/5/612/596559>
- ¹⁸¹ Circular Letter: DHCQ 16-11-662 - Admission of Residents on Medication-Assisted Treatment for Opioid Use Disorder, Eric Sheehan, JD, Director, Bureau of Health Care Safety and Quality, 15 de noviembre, 2016 <https://www.mass.gov/circular-letter/circular-letter-dhcq-16-11-662-admission-of-residents-on-medication-assisted>
- ¹⁸² Opioid Overdose Prevention Toolkit - Five Essential Steps for First Responders, 2018 <https://store.samhsa.gov/system/files/five-essential-steps-for-first-responders.pdf>
- ¹⁸³ <https://www.mass.gov/circular-letter/circular-letter-dhcq-16-11-662-admission-of-residents-on-medication-assisted>
- ¹⁸⁴ American Addiction Centers National Rehabs Directory. (2019, 4 de noviembre). Check Your Blind Spot: Understanding Implicit Bias: <https://rehabs.com/pro-talk/check-your-blind-spot-understanding-implicit-bias/>
- ¹⁸⁵ SAMHSA. (18 de diciembre de 2017). The Road to Recovery Discussion Guide: 2018 Television and Radio Series: <https://www.recoverymonth.gov/sites/default/files/roadtorecovery/r2r2018-july-discussion-guide-508.pdf>
- ¹⁸⁶ U.S. Department of Health & Human Services. (Junio de 2019). Consejo 63: Medicamentos para el trastorno por consumo de opiáceos. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019, de Consejo 63: Medications for Opioid Use Disorder: <https://store.samhsa.gov/product/Consejo-63-Medications-for-Opioid-Use-Disorder-Full-Documents-Including-Executive-Summary-and-Parts-1-5-/SMA19-5063FULLDOC>
- ¹⁸⁷ COVID-19 Dosificación de la medicación en los programas de tratamiento de opiáceos. Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos - Departamento de Salud Pública, Estado de Massachusetts. 10 de junio de 2021. Extraído en junio de 2021. https://search.mass.gov/?_ga=2.254905544.1385348170.1624814791-1677852464.1614185120&page=1&q=OTP%20SAMHSA%20blanket%20waiver



¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Federal Opioid Treatment Standards. (18 de junio de 2015). 42 CFR §8.12(h)(4)(i). Tomado de https://www.ecfr.gov/cgi-bin/retrieveECFR?gp=4&SID=fd009293990433d2961852b541ef0305&ty=HTML&h=L&mc=true&r=SECTION&n=se42.1.8_112

¹⁹⁰ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Directorio de programas de tratamiento de opiáceos. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019, de <https://dpt2.samhsa.gov/treatment/directory.aspx>

¹⁹¹ Administración o distribución de estupefacientes. (23 de junio de 2005). 21 CFR §1306.07. Tomado de <https://www.ecfr.gov/>

¹⁹² Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (n.d.). Tratamiento con opiáceos en consultorio (OBOT). Servicios de Salud de la India. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.ihs.gov/opioids/recovery/obot/>

¹⁹³ Departamento de Servicios Humanos y Salud de Estados Unidos (septiembre, 2019) Tratamiento asistido con medicamentos: Estatutos, Reglamentos y Lineamientos. SAMHSA. Tomado de <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/statutes-regulations-guidelines>

¹⁹⁴ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (Actualizado diariamente). Datos de profesionales y programas. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019 de <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/training-materials-resources/practitioner-program-data>

¹⁹⁵ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (n.d.). Búsqueda de farmacias de buprenorfina. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019 de <https://www.samhsa.gov/bupe/lookup-form>

¹⁹⁶ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (actualizado de forma anual). Encuentra el tratamiento: Mapa de localización. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019 de <https://findtreatment.samhsa.gov/locator>

¹⁹⁷ Recursos sanitarios en acción. (2019). Tomado de The Massachusetts Substance Use Helpline: <https://helplinema.org/>

¹⁹⁸ Departamento de Servicios Humanos y Salud de Estados Unidos (2019, 05 de agosto). Línea de ayuda nacional de SAMHSA. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.samhsa.gov/find-help/national-helpline>

¹⁹⁹ Commonwealth of Massachusetts (enero de 2019) MassHealth All Provider Bulletin 281. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.mass.gov/files/documents/2019/01/23/all-provider-bulletin-281.pdf>

²⁰⁰ U.S. Department of Health & Human Services. (2019, 16 de abril). Medicare and Medicaid Programs; Policy and Technical Changes to the Medicare Advantage, Medicare Prescription Drug Benefit, Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), Medicaid Fee-For-Service, and Medicaid Managed Care Programs for Years 2020 and 2021. Centers for Medicare & Medicaid Services. Extraído en octubre de 2019, de <https://s3.amazonaws.com/public-inspection.federalregister.gov/2019-06822.pdf>.

²⁰¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020, April) FAQs: Provision of methadone and buprenorphine for the treatment of Opioid Use Disorder in the COVID-19 emergency. Extraído en junio de 2021, de <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/faqs-for-oud-prescribing-and-dispensing.pdf>

²⁰² U.S. Department of Justice. (septiembre de 2018) Use of Telemedicine While Providing Medication-Assisted Treatment (MAT). Extraído en octubre de 2019, de <https://www.hhs.gov/opioids/sites/default/files/2018-09/hhs-telemedicine-dea-final-508compliant.pdf>



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

- ²⁰³ Wicklund, E. (11 de marzo de 2019). Telemedicine Helps SNFs Connect Patients to Mental Health Services. mHealth Intelligence. Extraído en octubre de 2019, de <https://mhealthintelligence.com/news/telemedicine-helps-snfs-connect-patients-to-mental-health-services>
- ²⁰⁴ Wicklund, E. (11 de diciembre de 2018). Reimbursement Barriers Still Plague Telemental Health Expansion. mHealth Intelligence. Extraído en octubre de 2019, de <https://mhealthintelligence.com/news/reimbursement-barriers-still-plague-telemental-health-expansion>
- ²⁰⁵ Commonwealth of Massachusetts (enero de 2019) MassHealth All Provider Bulletin 281. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.mass.gov/files/documents/2019/01/23/all-provider-bulletin-281.pdf>
- ²⁰⁶ Commonwealth of Massachusetts (enero de 2019) MassHealth All Provider Bulletin 281. Executive Office of Health and Human Services Office of Medicaid. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.mass.gov/files/documents/2019/01/23/managed-care-entity-10.pdf>
- ²⁰⁷ Massachusetts Health Policy Commission (2019, mayo) Integrating Telemedicine for Behavioral Health: Practical Lessons from the Field. Extraído en octubre de 2019, de https://www.mass.gov/files/documents/2019/05/28/TeleBH%20brief_final.pdf
- ²⁰⁸ University of New Mexico School of Medicine. (n.d.) About ECHO. Extraído en octubre de 2019, de <https://echo.unm.edu/>
- ²⁰⁹ Providers Clinical Support System. (n.d.) PCSS Mentoring Program. Extraído en octubre de 2019, de <https://pcssnow.org/mentoring/>
- ²¹⁰ Recursos sanitarios en acción. (2019). Línea telefónica de Massachusetts para ayuda relacionada con consumo de sustancias. Extraído en octubre de 2019, de <https://helplinema.org/>
- ²¹¹ Departamento de Servicios Humanos y Salud de Estados Unidos (2019, 08 05). Línea de ayuda nacional de SAMHSA. SAMHSA. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.samhsa.gov/find-help/national-helpline>
- ²¹² West Tennessee Area of Narcotics Anonymous. (n.d.) My Story. Extraído en octubre de 2019, www.na-wt.org/blog/my-story
- ²¹³ New England Region of Narcotics Anonymous (2019). Inicio. Extraído en octubre de 2019, de <https://nera.org/>
- ²¹⁴ Nar-Anon Family Groups (2019) Home. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.nar-anon.org/naranon/>
- ²¹⁵ SMART Recovery (2019). Inicio. Extraído en octubre de 2019, de <https://www.smartrecovery.org/>
- ²¹⁶ Dual Recovery Anonymous. (2009). Bienvenido al Centro de Recursos en Línea de la DRA. Extraído en octubre de 2019, de <http://draonline.gwknetllc.com/index.html>
- ²¹⁷ Massachusetts Organization for Addiction Recovery. (2020). Extraído en junio de 2021, de <https://www.moar-recovery.org/resources>
- ²¹⁸ Carpeta de recuperación. (2020). Carpeta de recuperación – Centros de apoyo para la recuperación entre compañeros. Extraído en junio de 2021, de <https://www.recoverybinder.org/resources/recovery-support-centers>
- ²¹⁹ The Phoenix. (2021). The Phoenix – Rise, Recover, Live. Extraído en junio de 2021, de <https://thephoenix.org/about-us/>
- ²²⁰ SAMHSA. (2017). Compañeros que apoyan la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. Tomado de https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/peers-supporting-recovery-substance-use-disorders-2017.pdf
- ²²¹ Natale-Pereira, A., Enard, K., Nevarez, L., y Jones, A. (2011, 20 de julio). La función de los navegadores de pacientes en la eliminación de las disparidades sanitarias. Cancer, 117 (15 0), 3543-3552. Tomado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121958/>



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

- ²²² University of Colorado. (2008). Módulo 3: Funciones y responsabilidades del navegador de pacientes. Tomado de Patient Navigator Training: <http://www.patientnavigatortraining.org/course1/module3/roles.htm>
- ²²³ Dardess, P., Dokken, D. L., Abraham, M. R., Johnson, B. H., Hoy, L., y Hoy, S. (2018). Asociarse con los pacientes y las familias para fortalecer las respuestas frente a la epidemia de consumo de opioides Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care. Tomado de https://ipfcc.org/bestpractices/opioid-epidemic/IPFCC_Opioid_White_Paper.pdf
- ²²⁴ Instituto de atención centrada en el/la paciente y la familia Tomado de https://ipfcc.org/bestpractices/opioid-epidemic/IPFCC_Opioid_White_Paper.pdf
- ²²⁵ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos Institutos Nacionales de Salud (junio de 2014). Función de los trabajadores sanitarios de la comunidad. Tomado de <https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/healthdisp/role-of-community-health-workers.htm>
- ²²⁶ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos Agencia para la Investigación y la Calidad de la Asistencia Sanitaria (diciembre de 2016). Informe técnico número 28: Modelos de tratamiento asistido con medicación para el trastorno por consumo de opiáceos en entornos de atención primaria. Tomado de National Institutes of Health https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK402352/pdf/Bookshelf_NBK402352.pdf
- ²²⁷ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos Administración de Recursos y Servicios de Salud Oficina de Profesiones de la Salud (marzo de 2007). Estudio sobre la fuerza de trabajo nacional de los trabajadores sanitarios de la comunidad: Una bibliografía comentada. Tomado de <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/projections/communityhealthworkforcebibliography.pdf>
- ²²⁸ Johns Hopkins Medicine (n.d.) Community Health Partnership Success Stories www.hopkinsmedicine.org/community_health_partnership/share_your_journey_stories.html
- ²²⁹ Consumo de sustancias en Massachusetts (2019) Tomado de Helpline :<https://helplinema.org/>
- ²³⁰ Idiomas en Consumo de sustancias en Massachusetts (2019) Tomado de Helpline :<https://helplinema.org/>
- ²³¹ SAMHSA. Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs (2015) <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>
- ²³² SAMHSA. Directorio de programas de tratamiento de opiáceos (2020) <https://dpt2.samhsa.gov/treatment/directory.aspx>
- ²³³ Comisión de Política Sanitaria de Massachusetts. Integrating Telemedicine for Behavioral Health (2019) https://www.mass.gov/files/documents/2019/05/28/TeleBH%20brief_final.pdf
- ²³⁴ RIZE Massachusetts. Recursos para empleadores y empleados (2019) <https://rizema.org/resources/>
- ²³⁵ SafeProject. Manual de la Comunidad Segura (2019) <https://www.safeproject.us/playbook/>
- ²³⁶ Narcotics Anonymous. Personas que reciben MAT (2016) www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/pr/2306_NA_PRMAT_1021.pdf
- ²³⁷ SAMHSA. Línea nacional de ayuda: <https://www.samhsa.gov/find-help/national-helpline>
- ²³⁸ Gavin Foundation. (n.d.). Devine Recovery Center: <http://www.gavinfoundation.org/programs/devine-recovery-center>
- ²³⁹ American Medical Directors Association (AMDA). Transitions of Care in the Long-Term Care Continuum: Clinical Practice Guideline. Columbia, MD: AMDA, 2010. Consultado el 29 de mayo de 2014. <http://www.amda.com/tools/clinical/toccp.pdf>.
- ²⁴⁰ Coleman EA, Boult C; American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-557.



- ²⁴¹ Shamji, H., Baier, R., Gravenstein, S., Gardner, R. (julio de 2014). Improving the Quality of Care and Communication During. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(7), 319-324.
- ²⁴² Duber, H. e. (Octubre de 2018). Identification, Management, and Transition of Care for Patients with Opioid Use Disorder in the Emergency Department. *The Practice of Emergency Medicine/Review Article*, 72(4), 420-431.
- ²⁴³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (18 de abril de 2019). Substance Abuse Confidentiality Regulations. Tomado de Frequently Asked Questions (FAQ) and Fact Sheets: <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/laws-regulations/confidentiality-regulations-faqs>
- ²⁴⁴ Recursos sanitarios en acción. (2019). Línea telefónica de Massachusetts para ayuda relacionada con consumo de sustancias Extraído en octubre de 2019, de <https://helplinema.org/>
- ²⁴⁵ Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI). (n.d.). Grupos de apoyo a la recuperación de NAMI Connection. <https://namimass.org/nami-connection-recovery-support-groups/>
- ²⁴⁶ Massachusetts Behavioral Health Access (MABHA). (n.d.). Servicios para trastornos por consumo de sustancias. <https://www.mabhaccess.com/SUD.aspx>
- ²⁴⁷ Región de Nueva Inglaterra de Narcóticos Anónimos (2019). Inicio Extraído en octubre de 2019, de <https://nera.org/>
- ²⁴⁸ SMART Recovery (2019). Inicio Extraído en octubre de 2019, de <https://www.smartrecovery.org/>
- ²⁴⁹ Commonwealth of Massachusetts. (n.d.) Centros de apoyo de recuperación entre compañeros. Tomado de https://www.mass.gov/info-details/peer-recovery-support-centers?utm_source=google&utm_campaign=rsc21&utm_medium=search&utm_term=text&utm_content=ad2
- ²⁵⁰ Institute for Healthcare Improvement. (2018). Tomado de Situation-Background-Assessment-Recommendation. Tomado de <http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>
- ²⁵¹ Healthcentric Advisors. (2018). Safe Transitions Best Practices Measure Guides. Tomado de <https://healthcentricadvisors.org/insights/#bps>
- ²⁵² Healthcentric Advisors (2019). RED Re engineered Discharge. Tomado de <https://www.youtube.com/watch?v=JAZY7ONtJZc&feature=youtu.be>
- ²⁵³ Healthcentric Advisors (2019). Plan de atención posterior. Tomado de <https://healthcentricadvisors.org/wp-content/uploads/2019/08/AfterCarePlan.pdf>
- ²⁵⁴ DEA Office of Diversion Control. (2014). Disposal Act: LTCF Fact Sheet. Tomado de https://www.adldata.org/wp-content/uploads/2015/07/disposal_public.pdf
- ²⁵⁵ Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs Publicación del HHS No. (SMA) XX-XXXX. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015. <https://store.samhsa.gov/system/files/pep15-fedguideotp.pdf>