

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".ⁱ 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.ⁱⁱ

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.ⁱⁱⁱ Si un paciente está en abstinencia activa, el personal de los LTCF debe cumplir con las restricciones regulatorias sobre el manejo de la



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

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

abstinencia activa que se describen en la Sección 150.003 del CMR 105: Admisiones, Transferencias, y Altas. Los 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.^{iv}

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:^v

- 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	Temblores: <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
Lagrimeo o secreción nasal: <i>no tener en cuenta cuando hay alergias o síntomas de gripe</i> 0 no presente 1 con administración nasal u ojos inusualmente húmedos 2 lagrimeo 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.^{vi}

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*  LA MANO APOYANDO LA CABEZA LA RODILLA DETIENE AL CUERPO PARA EVITAR QUE SE VOLTEE BOCA ABAJO



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 crónico^{vii}). 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



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

servir para evaluar si John cumple con los criterios adicionales que sugieren OUD moderado (criterios 4-5) o severo (6 o más criterios).

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.^{viii}

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.^{ix} 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.^x Asimismo, los estimulantes pueden afectar los procesos fisiológicos de una persona causando un aumento en la frecuencia cardíaca, la respiración y la presión arterial.^{xi} Los estimulantes típicos y prominentes incluyen cocaína, metanfetamina, y la prescripción de estimulantes (anfetamina, metilfenidato).^{xii}

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.^{xiii} Para optimizar la seguridad de 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 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.^{xiv}

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.^{xv}

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.^{xvi} Los síntomas pueden incluir alucinaciones auditivas y visuales, delusiones y paranoia.^{xvii} Los síntomas físicos pueden incluir frecuencia cardíaca rápida, temperatura corporal elevada y falta de aire. No existe escala de abstinencia validada.^{xviii} 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.^{xix}

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



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

- Aumento del apetito
- Anhedonia
- 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 estimulantes^{xx}

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 estimulantes^{xxi} 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 estimulantes^{xxii}

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 abstinente 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



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 estimulantes^{xxii}

personas con SUD.

- 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.^{xxiii} La receta de opioides aumenta la actividad de dopamina en el cerebro.^{xxiv} 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.^{xxv} También pueden tomar los medicamentos aplastando una píldora para fumarla, inhalarla, o inyectársela para sentir efectos inmediatos.^{xxvi} 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.^{xxvii} 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



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

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.

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 Center^{xxviii}:

- [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, 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 destigmatizar 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".



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

- "Lo que yo quiero es que tengas la mejor atención posible, y esta conversación difícil pero productiva es un primer paso".

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.^{xxix} Es importante estar consciente sobre cómo el estigma influye en el tratamiento



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

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".^{xxx}

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)^{xxx}
 - Revisar ["Las percepciones erróneas y el mal uso del lenguaje sobre adicción: Las palabras importan"](#) (1 hora)^{xxxii}
- Una guía para reducir los estigmas relacionados con la adicción – [Conjunto de herramientas contra los estigmas](#)^{xxxiii}
- Cuestione los mitos asociados con los [MOUD. Videos y diagramas infográficos](#) (Figura 3)^{xxxiv}



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 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.^{xxxv} 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".^{xxxvi} 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".^{xxxvii}



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 \(OUD\)](#)^{xxxviii}
- Coalición para la reducción del daño: [Principios de la reducción del daño](#)^{xxxix}
- Boston Medical Center: [Compromiso de Words Matter \("Las palabras importan"\)](#)^{xl}
- Organización Mundial de la Salud: [Lineamientos clínicos para el manejo de la abstinencia](#)^{xli}
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría: [Trastorno por consumo de opioides](#)^{xlii}
- Asociación Estadounidense de Hospitales y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: [Hoja informativa](#)^{xliii}
- Academia Estadounidense de Médicos de Familia: [Adicción a los opioides](#)^{xliv}
- Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales. Alianza contra los estigmas: [Recursos](#)^{xlv}
- Boston Medical Center: [OBAT T/TA Calendario de capacitación](#)^{xlvi}
- SAMHSA, Tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes: [Manifestaciones de la abstinencia/retiro de los estimulantes](#)^{xlvii}
- Coalición para la reducción del daño: [Puntos básicos sobre la sobredosis con estimulantes](#)^{xlviii}
- Here to Help ("Estamos aquí para ayudar"): [Estigma y discriminación](#)^{xliv}
- [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.

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

- ⁱ 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.
- ⁱⁱⁱ 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>
- ^{iv} 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>
- ^v 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*.
- ^{vi} SAMHSA (2019) Conjunto de herramientas de prevención de sobredosis de opioides Tomado de <https://store.samhsa.gov/system/files/sma18-4742.pdf>
- ^{vii} 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>
- ^{viii} 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
- ^{ix} 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
- ^x Ibidem
- ^{xi} Ibidem
- ^{xii} Ibidem
- ^{xiii} 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/>
- ^{xiv} 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>
- ^{xv} 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



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

Abuso de sustancias, 2020

xvi Ibidem

xvii Ibidem

xviii Ibidem

xix 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>

xx Coalición nacional para la reducción del daño (2020) <https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/stimulant-overamping-basics/recognizing-stimulant-overamping/>

xxi Ibidem

xxii 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

xxiii ¿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>

xxiv Ibidem

xxv Ibidem

xxvi Ibidem

xxvii <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/benzodiazepines-opioids>

xxviii OBAT TTA (2020). Recursos: Tomado de los videos de nuestros expertos: <https://www.bmcobat.org/resources/?category=8>

xxix 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

xxx 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/>

xxxi 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/>

xxxii Escuela Médica UMass (2017). Información extraída de la Red Nacional de Bibliotecas de Medicina, Región de Nueva Inglaterra: <https://escholarship.umassmed.edu/ner/48/>

xxxiii Landry, M. (2012) Conjunto de herramientas contra los estigmas Información extraída de <https://attcnetwork.org/sites/default/files/2019-04/Anti-Stigma%20Toolkit.pdf>

xxxiv Consejo Nacional para la Salud del Comportamiento (2019) Tratamiento asistido con medicamentos Información extraída de <https://www.thenationalcouncil.org/mat/>

xxxv 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>

xxxvi 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->



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

[health-problems/addiction-chronic-disease](#)

- xxxvii 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/>
- xxxviii 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>
- xxxix 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/>
- xl 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>
- xli 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/>
- xlii 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>
- xliii 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>
- xliv Familydoctor.org. (2019) Información extraída de Adicción a los opioides: <https://familydoctor.org/condition/opioid-addiction/>
- xlv NAMI (2019). Campaña Stigmafree Información extraída de <https://www.nami.org/stigmafree>
- xlvi Clínica de tratamiento ambulatorio de la adicción, Capacitación y asistencia técnica, Boston Medical Center (sin fecha) <https://www.bmcobat.org/training/register/>
- xlvii SAMHSA <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64323/#A57812>
- xlviii Coalición nacional para la reducción del daño (2020) <https://harmreduction.org/issues/overdose-prevention/overview/stimulant-overamping-basics/recognizing-stimulant-overamping/>
- xliv HeretoHelp 2019, <https://www.heretohelp.bc.ca/stigma-and-discrimination>

