



Mel & Enid Zuckerman College of Public Health

Center for Rural Health

Comprehensive Center for Pain & Addiction

**Guía para la implementación en un sitio del
Programa para la administración responsable
de los opioides**

Versión 2: 2025

Versión de 18 meses

Implementación de la *Guía de práctica clínica para la prescripción de opioides para el dolor (2022)* de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) en los departamentos de emergencia y los hospitales de atención aguda en las áreas rurales de Arizona

Contenido

<u>RECONOCIMIENTO DEL TERRITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ARIZONA.....</u>	3
<u>RECONOCIMIENTO DEL TERRITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ARIZONA.....</u>	3
<u>RESUMEN</u>	4
<u>PROPÓSITO Y PÚBLICO OBJETIVO.....</u>	5
TABLA 1. DEFINICIONES.....	5
<u>PARTE 1: VISIÓN GENERAL</u>	6
RELEVANCIA.....	6
TRABAJO PRELIMINAR.....	6
ORIENTACIÓN SOBRE LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN	7
INTERVENCIÓN DEL OSP	8
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE 2022: JUSTIFICACIÓN PARA EL ENFOQUE EN EL ÁREA DE PRÁCTICA	
CUATRO	8
EL ENFOQUE DEL OSP	8
TEORÍA DEL OSP	9
ESTRATEGIAS DEL OSP	10
PERSONAL	10
TRABAJADORES O REPRESENTANTES DE SALUD DE LA COMUNIDAD (CHW/R, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	
.....	12
ORGANIZACIÓN	12
CLÍNICA Y PRÁCTICA	13
TECNOLOGÍA	14
EDUCACIÓN.....	14
BIBLIOGRAFÍA	17
<u>PARTE 2: PASOS CONCRETOS DE IMPLEMENTACIÓN.....</u>	19
VISIÓN GENERAL DE LA PARTICIPACIÓN DEL SITIO.....	19
IMPLEMENTACIÓN DEL ACTA CONSTITUTIVA DEL PROYECTO Y PLAN.....	20
DEL PROGRAMA PARA LA ADMINISTRACIÓN RESPONSABLE DE LOS OPIOIDES	20
PROPÓSITO	21
PÚBLICO OBJETIVO	21
PLANTILLA DEL ACTA CONSTITUTIVA DEL PROYECTO	22
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	23
DETERMINACIÓN DE LA ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN.....	23
EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN	23
SELECCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ESTRATEGIAS DE LOS OSP	26

MARCO PARA COMUNIDADES SALUDABLES (FRAMEWORK FOR HEALTH COMMUNITIES, FHC).....	27
ENTORNO Y PERSONAL DE SALUD	29
PUESTA EN PRÁCTICA. PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN.....	30
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y COMENTARIOS SOBRE EL PROGRESO.....	30
PARTE 3: RESULTADOS ESPERADOS.....	39

Reconocimiento del territorio de la Universidad de Arizona

Reconocemos con profundo respeto que la Universidad de Arizona está ubicada en las tierras y territorios de los pueblos indígenas. Hoy en día, Arizona es hogar de 22 tribus reconocidas a nivel federal, y Tucson es hogar ancestral de los O'odham y los Yaqui.

La Universidad se dedica al desarrollo de relaciones sostenibles con las naciones nativas soberanas y las comunidades indígenas a través de programas educativos, las alianzas y el servicio a la comunidad.

Resumen

El dolor y el consumo indebido de sustancias continúan siendo prioridades de salud pública. Las poblaciones vulnerables, que viven en áreas rurales y que tienen un acceso limitado a recursos muestran continuamente disparidades en el acceso, la calidad y los resultados en la atención médica. Sin embargo, las poblaciones de las áreas rurales cuentan con resiliencia y capital de la comunidad que podría utilizarse estratégicamente para abordar esta problemática tan compleja. Los Programas para la Administración Responsable de los Opioides (OSP, por sus siglas en inglés) son una manera de dar apoyo a las organizaciones de atención médica en áreas rurales. Los OSP son un conjunto de intervenciones interrelacionadas dentro de la organización que tienen como objetivo (1) manejar el dolor, (2) reducir el consumo indebido de opioides a través de las prácticas adecuadas de prescripción y monitoreo y (3) dar tratamiento a aquellas personas que desarrollen un trastorno por el consumo de opioides.

En el 2020, el personal del Centro para la Salud Rural de Arizona (AzCRH, por sus siglas en inglés) empezó un análisis del nivel de implementación de los OSP en los hospitales de las áreas rurales de Arizona. Esta guía es la culminación de este esfuerzo para ofrecer a las organizaciones de atención médica en áreas rurales un modelo para la implementación de intervenciones alineado con la *Guía de práctica clínica para la prescripción de opioides para el dolor* (2022) de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (en adelante, denominada “la guía”). Esto se logra en todos los niveles del contexto ecológico de la organización, teniendo como base a los principios de atención con un enfoque informado sobre el trauma y dando prioridad a la equidad en salud.

Esta guía de implementación se divide en tres partes: (1) Una visión general de la intervención para la implementación, el enfoque, la teoría y las estrategias, (2) los procedimientos para el desarrollo de un plan de implementación en un sitio; y (3) los resultados esperados de la participación.

Propósito y público objetivo

El propósito de esta guía de implementación es ofrecer a las organizaciones de atención médica (en adelante, denominadas “los sitios”) un plan y herramientas para la implementación de una intervención tipo OSP que esté alineada con la *Guía de práctica clínica para la prescripción de opioides para el dolor* (2022) de los CDC. Esta fue desarrollada para el Equipo de liderazgo del OSP a nivel del sitio (ver explicación anexa).

Nuestra meta final es ayudar a las organizaciones de atención médica en áreas rurales a aumentar su capacidad para ofrecer tratamientos basados en la evidencia para el dolor y la adicción. De este modo, se podrán salvar vidas y se mejorará la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1. Definiciones

Término o acrónimo	Definiciones
CDC	Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CLAS	Servicios cultural y lingüísticamente apropiados (<i>Culturally and Linguistically Appropriate Services</i>)
CMS	Centros de Medicare y Medicaid (<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>)
EHR	La historia clínica electrónica (<i>Electronic Health Record</i>)
Facilitador	Personal de la Universidad de Arizona con capacitación para apoyar la implementación de los OSP en un sitio
Informe sobre los comentarios	Un informe que el sitio recibe tres (3) veces durante la investigación. Este informe presenta las fortalezas, los desafíos y el progreso de la organización y la comunidad, así como el progreso hacia la implementación del OSP.
FHC	Marco de trabajo para las Comunidades Saludables (<i>Framework for Healthy Communities</i>)
IF	Facilitación de la implementación
IFT	Equipo para la facilitación de la implementación
OSP	Programa para la administración responsable de los opioides
OSP-LT	Equipo de liderazgo del Programa para la administración responsable de los opioides
Sitio	Una organización de atención médica ubicada en un área rural de Arizona
Innovación	Una normas, práctica, proceso o programa basados en la evidencia
Intervención	Una intervención es una norma, práctica, proceso o programa que una organización de atención médica implementa o mejora.
Estrategia	Maneras en que la organización de atención médica puede contribuir a la implementación de las intervenciones tipo OSP.
UA	Universidad de Arizona

Parte 1: Visión general

Relevancia

El dolor es un problema generalizado en los Estados Unidos, donde 20 % de los adultos en el país viven con dolor crónico¹. Cuando el dolor crónico recibe un tratamiento incorrecto o no lo recibe, tiene costos tanto individuales como sociales¹. La prescripción excesiva de opioides ha resultado en casos de sobredosis y en el trastorno por el consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés)¹. Los cambios en las prácticas adecuadas de prescripción han dejado a algunos pacientes con un dolor que no puede ser controlado, con síntomas de abstinencia y con un OUD, lo que puede causar que dichos pacientes recurran a mercados no regulados de venta de drogas². El dolor, la adicción y las enfermedades infecciosas son prioridades de prevención en salud pública.

Los programas para la administración responsable de los opioides (OSP, por sus siglas en inglés) son un conjunto de intervenciones interrelacionadas dentro de la organización que tienen como objetivo (1) manejar del dolor, (2) reducir el consumo indebido de opioides a través de prácticas adecuadas de prescripción y monitoreo y (3) dar tratamiento a aquellas personas que desarrollan un trastorno por el consumo de opioides³.

De la misma manera que el programa de administración responsable de los antibióticos ha tenido un efecto positivo en el manejo de las enfermedades infecciosas, los OSP ofrecen avances coordinados en el manejo del dolor y la adicción. Tanto los OSP como los programas de administración responsable de los antibióticos funcionan bajo el principio de que un medicamento en particular puede cumplir una función adecuada “en el paciente correcto y en el momento correcto”⁴. Algunas dudas respecto a los OSP se centran en la preocupación por la falta de control adecuado del dolor y de “rehusarse a administrar” medicamentos a los pacientes que tienen dolor y pudieran necesitarlos⁵. Sin embargo, la meta de los OSP no es privar de medicamentos a los pacientes que tienen dolor, sino más bien diseñar estrategias y planes individualizados para quienes requieren medicamentos para el dolor, tanto en ambientes hospitalarios como en el manejo a largo plazo.

A pesar del sólido respaldo de organizaciones profesionales, las tasas de implementación de los OSP son bajas⁶. La implementación de los OSP en ambientes hospitalarios es posible y aceptable. Estos han mostrado que disminuyen los efectos adversos y la exposición a los opioides sin aumentar el puntaje del dolor.

Trabajo preliminar

En el 2020, el personal del Centro para la Salud Rural de Arizona (AzCRH, por sus siglas en inglés) empezó un análisis del nivel de implementación de los OSP en los hospitales en las áreas rurales de Arizona⁷. Los hospitales en las áreas rurales mostraron algún nivel de implementación del OSP, pero la mayoría estaban en las etapas de planificación. Además, el personal de AzCRH empezó a desarrollar herramientas para la implementación del OSP⁸. Estas herramientas fueron implementadas a modo de prueba en dos hospitales de acceso crítico (en adelante, denominados “los sitios”). Los sitios de implementación a modo de prueba indicaron que el proceso era posible y aceptable, y ofrecieron sugerencias para mejorar⁸. Posteriormente, actualizamos nuestras intervenciones para la implementación para que estén alineadas con la *Guía de práctica clínica para la prescripción de opioides para el dolor* de 2022 de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (en adelante, denominada “la guía”), y mejoramos nuestras estrategias de implementación.

Orientación sobre la Guía de implementación

Esta guía de implementación se divide en tres partes: (1) Una visión general de la intervención de implementación, el enfoque, la teoría y las estrategias, (2) los procedimientos para que un sitio desarrolle un plan de implementación; y (3) los resultados esperados de la participación. Para comenzar, les presentamos una visión general de las definiciones clave, seguida de una explicación de cada una.

- Las intervenciones del OSP son las cinco (5) recomendaciones para el Área de Práctica cuatro de la Guía de práctica clínica de 2022¹.
- El enfoque de implementación del OSP contiene seis (6) principios con un enfoque informado sobre el trauma desarrollados por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y usados por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC)⁹. Estos principios estarán integrados en todos los aspectos de esta investigación. Los principios incluyen:
 1. Seguridad
 2. Confianza y transparencia
 3. Apoyo entre pares
 4. Cooperación y reciprocidad
 5. Empoderamiento de participación y elección
 6. Problemas culturales, históricos y de género
- La teoría del OSP es el Modelo socioecológico, que postula que los esfuerzos de cambio deben estar anidados en múltiples contextos para identificar a los facilitadores y superar desafíos¹⁰.
- Las estrategias del OSP en (5) cinco áreas incluyen:
 - Personal:
 - Desarrollo de un Equipo de liderazgo del OSP en la organización.
 - Apoyo al equipo de liderazgo del OSP mediante el Equipo para la facilitación de la implementación (IFT, por sus siglas en inglés)¹¹.
 - Trabajadores o representantes de salud de la comunidad (CHW/R, por sus siglas en inglés).
 - Organización:
 - Aumento del uso de la Entrevista Motivacional¹² y del Marco de Referencia para la Detección, Intervención Breve y Remisión a Tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés)¹³.
 - Implementación del Marco de referencia para Comunidades Saludables de los Centros de Medicare y Medicaid¹⁴.
 - Estructuras de financiamiento.
 - Clínico/práctico:
 - Pruebas toxicológicas.
 - Inicio y monitoreo de tratamientos para la abstinencia y el trastorno por consumo de opioides.
 - Prescripción conjunta de naloxona.
 - Tecnología:

- Uso del Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas de Arizona (AzPMP, por sus siglas en inglés).
- Uso de los determinantes sociales del sistema de remisión médica de Arizona.
- Educativos
 - Grupos de aprendizaje colaborativo *Breakthrough*¹⁵

Intervención del OSP

Guía de práctica clínica de 2022: Justificación para el enfoque en el Área de Práctica Cuatro

En 2022, los CDC publicaron una guía actualizada sobre la prescripción de opioides para el dolor. Hay 12 recomendaciones divididas en cuatro áreas de práctica. A través del trabajo preliminar realizado en el OSP, encontramos una carencia constante en las prácticas asociadas con la detección, intervención y remisión de los riesgos y posibles daños relacionados con los opioides. Para llenar este vacío y aumentar la implementación en el área de práctica cuatro, nuestra intervención tipo OSP debe aumentar la adopción de las recomendaciones 8-12 de la Guía (Figura 1).

Imagen 1 - Guía de práctica clínica de 2022 - Área de práctica 4, Recomendaciones 8-12.1 8-12¹.

8. Antes de iniciar y periódicamente durante la administración de la terapia con opioides, los profesionales clínicos deben evaluar el riesgo de daños relacionados al tratamiento con opioides y explicar dicho riesgo a los pacientes. Los profesionales clínicos deben trabajar con los pacientes para incorporar estrategias para mitigar el riesgo, incluso ofrecer naloxona, al plan de tratamiento.
9. Cuando se prescribe una terapia inicial con opioides para el dolor agudo, subagudo o crónico y, periódicamente durante la terapia con opioides para el dolor crónico, los profesionales clínicos deben revisar los antecedentes de prescripción de sustancias controladas del paciente usando la información del Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas de Arizona (PDMP, por sus siglas en inglés) para determinar si el paciente está recibiendo dosis de opioides o combinaciones que pongan al paciente en alto riesgo de sobredosis.
10. Cuando se prescriben opioides para el dolor subagudo o crónico, los profesionales clínicos deben considerar los riesgos y beneficios de una prueba toxicológica para evaluar los medicamentos recetados, así como otras sustancias controladas recetadas y no recetadas.
11. Los profesionales clínicos deben de tener mucho cuidado al prescribir opioides para el dolor y benzodiacepinas simultáneamente y deben de considerar si los beneficios son mayores que los riesgos al prescribir simultáneamente opioides y otros depresores del sistema nervioso central.
12. Los profesionales clínicos deben ofrecer o coordinar un tratamiento con medicamentos basados en la evidencia para dar tratamiento a los pacientes con un trastorno por el consumo de opioides. No se recomienda la detoxificación por sí sola, es decir sin medicamentos para el trastorno de consumo de opioides, ya que esto aumenta el riesgo de una reanudación del consumo de drogas, sobredosis y muerte por sobredosis.

El Enfoque del OSP

En esta era posterior a la COVID, se está prestando cada vez más atención a la resiliencia de todos los trabajadores de atención médica. Se ha demostrado que el agotamiento profesional (*burnout*) en los médicos puede conducir a la desvinculación de la carrera, a la ineficiencia en la atención médica y a una disminución en la calidad de la

atención de los pacientes¹⁶. Además, la carga del agotamiento emocional continúa perpetuando los sentimientos que causan *burnout* en los trabajadores de la salud. En el contexto de la crisis de los opioides, el desarrollo e implementación de los OSP tiene como objetivo aliviar el estrés al que están sometidos los profesionales de la salud y diversificar el manejo de pacientes en varias especialidades. A nivel institucional, el liderazgo de la organización es fundamental para poder generar cambios significativos en relación con el *burnout* médico¹⁷. Los líderes competentes tienen la capacidad de fomentar la colaboración en equipo, dar dirección y gestionar políticas, al mismo tiempo que delegan tareas. Los médicos enfrentan situaciones estresantes debido a su carga laboral¹⁶. Por lo tanto, si se utilizan los OSP y se divide el trabajo entre varios miembros del equipo, se puede aliviar la carga de los médicos y ofrecer una atención coordinada que garantice que los pacientes y sus familias reciban servicios de calidad y apoyo para el manejo del dolor y la adicción.

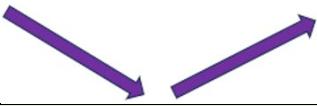
Una barrera para el tratamiento exitoso del *burnout* médico en el contexto de la implementación del OSP puede ser la “falta de infraestructura o apoyo comunitario”⁶ dentro de un hospital o una comunidad. Es decir, las organizaciones de atención médica en áreas rurales pueden tener infraestructura limitada (p.ej., estructuras de pago, tecnología), personal (p.ej., capacitado, con habilidades y disponibilidad) y recursos de la comunidad (p.ej., opciones de tratamiento, fuentes de remisión) para lidiar con el dolor y la adicción. La angustia moral debido a la falta de apoyo administrativo puede exacerbar aún más los sentimientos de *burnout* y causar que los médicos y el personal auxiliar abandonen por completo los proyectos del OSP. Es esencial que el liderazgo administrativo respalte los esfuerzos de los equipos de liderazgo del OSP y que promueva el bienestar de los médicos y otros trabajadores de atención médica que integran estos equipos multidisciplinarios. La calidad de la atención médica y la probabilidad de eventos adversos se ven significativamente afectadas por el *burnout* médico¹⁶, y por lo tanto, debemos promover y fomentar el bienestar individual y de la organización durante todo nuestro proceso de implementación.

Nuestro enfoque de implementación del OSP reconoce el estrés que sufren tanto los pacientes y sus familias, así como los profesionales de la salud, especialmente en la era posterior a la pandemia. Por ello, usamos un enfoque informado sobre el trauma durante nuestra implementación, con el fin de garantizar que interactuemos con las organizaciones y profesionales de la salud dentro del contexto de sus entornos y políticas. Los enfoques informados sobre el trauma tienen como objetivo que los participantes colaboren en el proceso de implementación, eviten la exposición a eventos traumáticos y que generen seguridad en la comunidad.

Teoría del OSP

El **modelo socioecológico**¹⁰ reconoce que los contextos de los individuos y las organizaciones están contenidos unos dentro de otros y cómo esta interacción puede favorecer o dificultar diversos asuntos, incluso en los procesos de cambio. La Figura 2 muestra nuestro modelo teórico para implementar el OSP en ambientes de salud en las áreas rurales. También muestra el desarrollo y el apoyo de los líderes del OSP que puedan impulsar la implementación de la intervención en todos los contextos, de modo que se pueda aumentar la evaluación de los riesgos y la atención a los posibles daños sin disminuir la calidad de la atención. Nuestro OSP apoyará a los centros en la creación de guías y flujos de trabajo para la evaluación y el tratamiento del dolor, el consumo indebido de opioides, la abstinencia y el trastorno por el consumo de opioides.

Figura 2 Modelo teórico del OSP

Enfoque de implementación del OSP: Guiado por los seis principios basados en un enfoque informado sobre el trauma Seguridad; confianza y transparencia; apoyo entre pares; cooperación y reciprocidad; empoderamiento de participación y elección; y problemas culturales, históricos y de género			
Intervención tipo OSP: Guía de prácticas clínicas de 2022 – Área de práctica 4			Mecanismos: Comentarios frecuentes. Aumento de la eficacia del cambio. Disminución de las percepciones de complejidad. Aumento de la compasión. Aumento de la confianza. Aumento de la intención a la práctica.
Estrategias de implementación del OSP dentro del modelo socioecológico			↓
Inicia y monitorea el tratamiento para la abstinencia de opioides y el trastorno por el consumo de opioides	Departamento individual	Implementación, facilitación, integración de los CHW/R	Adopción
Prescripción conjunta de naloxona	Conexión interdepartamental		Fidelidad
Pruebas toxicológicas	Organización	EHR integra AzPMP	Aumento del uso seguro de opioides para el dolor
MI y SBIRT	Paciente, familia, comunidad	Sistema de remisión AZ SDOH	Disminución de las readmisiones debido al dolor
Grupo de aprendizaje colaborativo (<i>Breakthrough Series Collaboratives</i>)	Normas y área	Estructuras de financiamiento	Aumento de la coordinación de la atención médica
		Marco de equidad en salud para abordar el estigma	
		Equipo de liderazgo del OSP, incluyendo el CHW/R y el IFT	
Modelo socioecológico. Adaptado con permiso de: Golden SD, McLeroy KR, Green LE et al. <i>Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change</i> . Educ Behav. 2015; 42 (1 Suppl): 85-145. doi: 10.1177/1090198115575098.			

Estrategias del OSP

Personal

Equipo de liderazgo de la organización del OSP (OSP-LT)

El equipo de liderazgo del OSP (OSP-LT, por sus siglas en inglés) está formado por personal de la organización de atención médica y son parte fundamental para acelerar la implementación del OSP. Su propósito es: a) ofrecer orientación, apoyo y monitoreo para la implementación de la intervención OSP dentro de su organización, con un enfoque específico en las normas, el entorno y el contexto de la organización, b) apoyar la salud y el bienestar de la fuerza laboral de la organización, c) reunirse frecuentemente con el equipo para la facilitación de la implementación (IFT, por sus siglas en inglés) (ver a continuación) y d) completar formularios y encuestas para la investigación. El OSP-LT puede estar compuesto por varios roles dentro de la organización de atención médica, pero se recomienda designar de dos a cinco personas que puedan desempeñar uno o varios roles, tales como:

Farmacéutico	Salud del comportamiento	Profesional medico
Coordinador de la atención	Tecnología informática	

En las pequeñas organizaciones de atención médica en áreas rurales, es común que una sola persona cumpla dos o tres funciones. Si es posible, su participación es sumamente importante. Se debe designar una persona como líder y punto de contacto principal para el IFT. Durante los 18 meses de implementación, el OSP-LT deberá:

-
- ✓ Centrarse en los facilitadores y los desafíos de la implementación relacionados con el ambiente y las normas de la organización.
 - ✓ Asistir a las reuniones para la facilitación de la implementación y a los grupos de aprendizaje colaborativo.
 - ✓ Modelar y promover las buenas prácticas para crear y mantener una cultura saludable dentro de la organización.
 - ✓ Comunicar los procesos de implementación y dar apoyo al personal del hospital utilizando informes de comentarios.
 - ✓ Asegurarse de que el acta del proyecto, el plan de implementación y los informes de comentarios sean revisados y analizados.
 - ✓ Completar los formularios de investigación.
 - ✓ Organizar al menos una reunión con el personal de la organización para comunicar los logros y las lecciones aprendidas.

Apoyo al equipo de liderazgo del OSP a través del Equipo para la facilitación de la implementación (IFT, por sus siglas en inglés)

El **equipo para la facilitación de la implementación** (IFT, por sus siglas en inglés) está formado por personal externo del equipo de investigación. El propósito del IFT es dar apoyo al OSP-LT para lograr sus metas de implementación. Está compuesto por un facilitador principal y un cofacilitador. Su propósito principal es dar apoyo al OSP-LT y lo hace al: (1) documentar y dar seguimiento del progreso hacia las metas de implementación, (2) ayudar al OSP-LT a mantenerse enfocado en las metas originales y facilitar los recursos pertinentes, (3) preparar y analizar habitualmente los informes sobre los comentarios, (4) motivar al OSP-LT para reconocer los logros e identificar soluciones a los desafíos. El IFT también busca demostrar empatía, abordar retos y celebrar la eficacia del cambio dentro de la organización.

El OSP-LT puede esperar que el IFT:

- Entregue informes periódicos de comentarios que destaque avances e identifiquen áreas de mejora.
- Dedique tiempo a dar apoyo a la implementación.
- Dé apoyo en el manejo de múltiples prioridades.

Los sitios participarán en reuniones de IF de 60 minutos de duración. La frecuencia de estas reuniones dependerá del progreso del sitio. El propósito de estas reuniones es (1) reconocer el progreso logrado hacia las metas de implementación, (2) identificar los desafíos y las soluciones, y (3) crear planes para los meses siguientes. Estas reuniones serán guiadas por el plan de implementación del sitio (ver discusión detallada en la parte 2).

Las reuniones pueden seguir este tipo de agenda:

1. Bienvenida, reconocimiento del territorio, presentaciones y momento de atención plena o *mindfulness* (5 minutos)
2. Actualización sobre la nueva información (algo interesante sobre literatura, las normas, la organización) que sea relevante para la intervención OSP (5 min).
3. Revisión de las metas, el progreso y comentarios sobre el plan de implementación (30 min):
 - ¿Qué funcionó bien este mes?
 - ¿Cuáles fueron los retos o desafíos?
 - ¿Cuáles son las posibles soluciones para el próximo mes?
4. Elaborar un plan para el mes siguiente y confirmar la fecha y hora de la próxima reunión (10 min).
5. Reconocer lo bueno hecho por uno mismo, que hizo un compañero y que se logró como equipo (10 minutos)

Trabajadores o representantes de salud de la comunidad (CHW/R, por sus siglas en inglés)

Los CHW/R se integrarán al entorno de atención médica para evaluar a los pacientes en referencia a los determinantes sociales de la salud y apoyar la coordinación de la atención. Puede ser que las organizaciones de atención médica ya cuenten con un CHW/R en plantilla o que identifiquen a una persona interesada. A través de este proceso de investigación, se podrán proporcionar fondos para cubrir parte del salario de los CHW/R por actividades relacionadas con la investigación (p.ej., capacitación, recolección de información). Si las organizaciones de atención médica no cuentan con un CHW/R, se apoyará al sitio para identificar a una persona interesada.

Organización

Entrevista motivacional (MI, por sus siglas en inglés) y Detección, intervención breve y remisión para recibir tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés).

La MI es un enfoque centrado en la persona para trabajar con pacientes con diversos problemas de salud¹². La MI capta a los pacientes en una conversación no directiva sobre comportamientos de salud respecto a los cuales pueden sentirse ambivalentes al cambio. La MI puede implementarse en ambientes de atención médica para ayudar a los pacientes a determinar cómo sus conductas actuales les están ayudando o dificultando lograr sus metas¹². Es un estilo de comunicación basado en las fortalezas y centrado en la persona, que ayuda a los pacientes a desarrollar motivación intrínseca para el cambio.

El SBIRT es un enfoque de salud pública para identificar e intervenir en problemas de consumo, consumo indebido y adicción a sustancias. El proceso inicia con un abordaje general de todos los pacientes para realizar exámenes de detección de alcohol, tabaco y otras drogas. SBIRT es una estrategia de prevención e intervención tempranas para abordar problemas de consumo de sustancias, salud mental y enfermedades infecciosas antes de que se vuelvan graves. También permite identificar pacientes que puedan necesitar medicamentos y atención especializada. En función de los resultados de la preevaluación, se puede realizar una evaluación completa, intervenciones breves o remisión a una atención especializada (Figura 3 - ejemplo de un flujo de trabajo). En nuestro caso, buscamos aplicar un enfoque basado en las fortalezas en todos los aspectos de la implementación de SBIRT. Esto implica dar apoyo al personal de salud para implementar un enfoque informado sobre el trauma, que considere las fortalezas del paciente y su familia o sistema de apoyo.

Figura 3 – Ejemplo de flujo de trabajo SBIRT

Guiado por los seis principios basados en un enfoque informado sobre el trauma y el Marco de trabajo para las Comunidades Saludables Seguridad, confianza y transparencia, apoyo entre pares, cooperación y reciprocidad, empoderamiento de participación y elección, problemas culturales, históricos y de género		
Decisiones basadas en las fortalezas y otras preocupaciones clínicas (p.ej. enfermedad infecciosa, salud mental), factores de la comunidad, sociales, culturales, individuales y familiares	Los CHW/R apoyan a los determinantes sociales de salud y el apoyo para la recuperación	Remisión a tratamiento (servicios)
Participación de la familia, compañeros o pares y la comunidad en el proceso	Intervención breve (medicamentos y comportamiento)	Examen de detección habitual o anual
¿Cuál es tu fortaleza? ¿Cuáles son tus necesidades y metas?	Pruebas toxicológicas	
Obtener consentimientos, de ser necesario	Todas las pruebas de detección	Revisar el AzPMP
Pruebas de predetección		Consejería breve (medicamentos y comportamiento)
	Educación y refuerzo de las fortalezas	Examen de detección habitual o anual
Estructuras de financiamiento		Prescripción conjunta de las tiras para detección de naloxona y de fentanilo

Marco de trabajo para Comunidades Saludables de los Centros de Medicare y Medicaid¹⁴ (CMS, por sus siglas en inglés)

Los estudios muestran que las personas que consumen drogas o que están en proceso de recuperación pueden mostrarse reacias a utilizar el sistema de salud debido al estigma¹⁸, la falta de recursos¹⁸ o las dudas sobre los tratamientos. Por ello, utilizaremos el Marco para las Comunidades Saludables de los Centros de Medicare y Medicaid¹⁹ para asegurarnos de que hacemos todo lo posible para mejorar el acceso a una atención de calidad para las personas con dolor y con adicción. Esto puede incluir realizar un análisis del lenguaje, la terminología y las recomendaciones de tratamiento que se utilizan en el entorno de atención médica para personas con dolor o adicción.

El Marco para Comunidades Saludables de los CMS tiene cinco áreas de prioridad:

- Prioridad 1: Ampliar la recopilación, el reporte y el análisis de datos estandarizados.
- Prioridad 2: Evaluar oportunidades para cerrar brechas en programas, normas y operaciones de los CMS.
- Prioridad 3: Fortalecer la capacidad de las organizaciones de atención médica y su fuerza laboral.
- Prioridad 4: Promover el acceso lingüístico, la alfabetización en salud y la prestación de servicios centrados en la persona.
- Prioridad 5: Mejorar el acceso a los servicios de atención médica para personas con discapacidad.

Mientras desarrollamos el plan de implementación, pediremos a los sitios que seleccionen un área de prioridad y que definan una forma concreta en la que desarrollarán esta prioridad para las personas con problemas de dolor y consumo de sustancias (ver Parte 2).

Estructuras de financiamiento

Es fundamental que las organizaciones de atención médica cuenten con estructuras de financiamiento establecidas para el pago de la atención. Una compensación inadecuada puede provocar que la implementación del OSP no se inicie o que avance lentamente. Existen estructuras de pago para tratamientos del dolor, incluyendo los relacionados con el síndrome de abstinencia, el tratamiento y el apoyo a la recuperación del consumo de opioides.

Los sitios pueden optar por evaluar y ampliar el uso de estructuras de pago para poder ofrecer tratamientos para el dolor y adicción. El OSP-LT y el IFT desarrollarán de manera conjunta herramientas, sistemas y capacitación para el pago de servicios para el dolor y la adicción.

Clínica y práctica

Pruebas toxicológicas

Las pruebas toxicológicas son una estrategia para detectar el consumo terapéutico de opioides, reducir riesgos y evaluar las necesidades de los pacientes en relación con el dolor y el consumo de sustancias. En salud, existen múltiples pruebas biológicas usadas para detectar, prevenir y manejar diversos trastornos. Sin embargo, es importante reconocer cómo los profesionales de la salud presentan, obtienen y comunican los resultados. Los pacientes que consumen o han consumido drogas pueden haber tenido una prueba de toxicología como una medida punitiva (p. ej., como condición para obtener un empleo, para la libertad condicional o libertad bajo palabra) o haber revivido una experiencia traumática por la forma en que se obtuvo la muestra (p. ej., bajo observación).

Los sitios pueden optar por aumentar el uso de las pruebas toxicológicas para evaluar riesgos como parte de su plan de implementación. El OSP-LT y el IFT desarrollarán de manera conjunta herramientas, flujos de trabajo,

capacitación y actividades operativas que incrementen las pruebas toxicológicas realizadas con un enfoque informado sobre el trauma.

Inicio y monitoreo de los tratamientos para la abstinencia y el trastorno por consumo de opioides.

Existen medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que son eficaces para el manejo de la abstinencia y el trastorno por consumo de opioides. También hay intervenciones psicosociales y conductuales que son efectivas y reembolsables. Sin embargo, estas se usan poco en el ámbito de la salud por diversas razones.

Los sitios pueden optar por aumentar el uso de tratamientos para la abstinencia y el trastorno por el consumo de opioides. El OSP-LT y el IFT identificarán o desarrollarán de manera conjunta herramientas, flujos de trabajo, capacitación y actividades operativas que incrementen la prescripción conjunta.

Prescripción conjunta de naloxona.

La naloxona es un medicamento que puede revertir una sobredosis de opioides y salvar vidas. Sin embargo, las tasas de prescripción conjunta de naloxona junto con un opioide son bajas. Esto se debe a numerosos factores tales como normas, disponibilidad del producto, costo y cuestiones clínicas e individuales.

Los sitios pueden optar por aumentar la prescripción conjunta de naloxona. El OSP-LT y el IFT identificarán o desarrollarán de manera conjunta herramientas, flujos de trabajo, capacitación y actividades operativas para aumentar la prescripción conjunta con naloxona.

Tecnología

Uso del Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas de Arizona (AzPMP, por sus siglas en inglés).

El AzPMP es una herramienta tecnológica que puede identificar riesgos y posibles daños asociados a la prescripción de un opioide. Aunque las tasas de uso del AzPMP son altas, la integración en la historia clínica electrónica (EHR) es menor en áreas rurales en comparación con las urbanas.

Los sitios pueden optar por incrementar la integración del AzPMP en el EHR. El OSP-LT y el IFT identificarán o desarrollarán de manera conjunta herramientas, flujos de trabajo, capacitación y actividades operativas para apoyar la integración del AzPMP en el EHR.

CommunityCares – Sistema de Remisión para los Determinantes Sociales de la Salud en Arizona (SDOH, por sus siglas en inglés)

Arizona cuenta con un único sistema estatal de remisión enfocado específicamente en los determinantes sociales de la salud. Sus objetivos son coordinar la atención médica, conectar comunidades y mejorar la salud con un enfoque integral en la persona que es guiado por un enfoque basado en la información o datos. El sistema incluye la detección y evaluación de necesidades y puede integrarse en el EHR.

Los sitios pueden optar por incrementar el uso del sistema de remisión SDOH. El OSP-LT y el IFT desarrollarán herramientas, flujos de trabajo, capacitación y actividades procedimentales que apoyen la integración y uso del sistema SDOH.

Educación

Serie colaborativa *Breakthrough* (grupos de aprendizaje colaborativo)

El Instituto para la Mejora de la Atención en Salud desarrolló el modelo *Breakthrough Series* como un método para mejorar la calidad de la atención médica¹⁵. Desde el inicio, los sitios pueden participar en los grupos de aprendizaje colaborativo. El propósito es permitir el intercambio de ideas, buenas prácticas, recursos y desarrollar

pasos de acción para la diseminación y la implementación. Los grupos de aprendizaje colaborativo mensuales están diseñados para ofrecer a las organizaciones de atención médica información didáctica sobre un tema y oportunidades de interacción. Están abiertos a todo el personal de la organización. Los grupos de aprendizaje colaborativo se enfocarán en soluciones, buenas prácticas y acciones.

Los facilitadores del IF organizarán grupos de aprendizaje colaborativo. Nos gustaría que asistan a todos, pero sabemos que esto puede no ser muy realista. Por eso, se les pedirá a los sitios que participen en un mínimo de 6 de los 16 grupos de aprendizaje durante los 18 meses de implementación. Después de cada grupo de aprendizaje se pedirá a los participantes que seleccionen una acción para llevar a su organización y difundirla.

La estructura y los temas pueden incluir:

Estructura:

Bienvenida, registro, momento de atención plena y recordatorio del propósito o grupo de aprendizaje 5 minutos

Ponente y experto sobre un tema 15 minutos (5 diapositivas)

Explicación interactiva 25 minutos

Planes de diseminación 10 minutos

- ¿Cómo compartirás la información del grupo de aprendizaje con otros en tu organización?
- ¿Para cuándo?
- ¿Qué se espera lograr?

Temas potenciales:

Personal

- Consumo de sustancias, consumo indebido y adicción. Desafío de algunas prácticas actuales.
- Estamos estresados pero no de una forma saludable. Estrategias para el crecimiento postraumático de la organización e individual.
- Contratación de especialistas pares o de apoyo familiar o trabajadores comunitarios o representantes de salud.
- Nos encantaría ayudar, pero no hay nadie aquí. Cómo lidiar con problemas de fuerza laboral como rotación de personal, presentismo o falta de especialistas.

Organización

- Creación de sistemas de atención informados por el trauma y que estén cultural o lingüísticamente adaptados.
- Entrevista motivacional y Detección, intervención breve y remisión para recibir tratamiento
- Cuando los estándares éticos entran en conflicto, ¿cuáles son algunos de los enfoques para tomar decisiones informadas?
- Prevención a través del marco de trabajo SBIRT.
- Estrategias concretas para aumentar el acceso a la atención.
- Aumento del acceso: Estrategias concretas para un cambio sistémico.
- Naloxona y tiras reactivas para fentanilo: estandarización de las prácticas de reducción del daño en la atención médica.
- Reembolso por la atención complementaria del dolor y los servicios relacionados con el consumo de sustancias.

Clínica y práctica

- Celebración de las personas que consumen drogas o están en recuperación y a sus familias.

-
- Estrategias para conectar a las personas que consumen drogas o que están en recuperación con la atención médica.
 - Dolor – opioides y tratamientos complementarios.
 - Abordaje de sindemias: dolor, consumo de sustancias, salud mental y enfermedades infecciosas.
 - Interacciones compasivas y seguras con personas que puedan estar bajo la influencia de sustancias.

Tecnología

- Continuación de la atención médica: identificación, revisión y trabajo con otras organizaciones de apoyo o servicios.
- Atención conductual integrada.
- Tecnología de la información en la atención médica.

Parte 1: Resumen

Los OSP son viables y aceptables para implementar en entornos hospitalarios. Son recomendados por numerosas organizaciones profesionales, pero se utilizan poco. En 2022, los CDC emitieron una guía de práctica para la prescripción de opioides para el dolor. Una evaluación de las necesidades y revisión de la literatura destacó el potencial de mejora en la práctica en el área 4: evaluar riesgos y abordar daños potenciales utilizando un enfoque informado sobre el trauma y múltiples estrategias en cada esfera del modelo socioecológico. La Parte 2 describe el proceso y plan específicos de implementación.

Bibliografía

1. Dowell D, Ragan K, Jones C, Baldwin G, Chou R. *CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for Pain — Estados Unidos, 2022*. MMWR Recomm Rep. 2022;2022(71(No. RR-3)):1-95. doi:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
2. Geyer H. Today not tomorrow: It's time for opioid stewardship. Publicado en línea el 13 de mayo de 2021. Consultado el 27 de enero de 2023. <https://www.aha.org/news/healthcareinnovation-thursday-blog/2021-05-13-today-not-tomorrow-its-time-opioid-stewardship>
3. Asociación Americana de Hospitales. *Stem the tide: Opioid stewardship measurement implementation guide*. Publicado en línea en el 2020. Consultado el 9 de febrero de 2023. <https://www.aha.org/guidesreports/2017-11-07-stem-tide-addressing-opioid-epidemic-taking-action>
4. Uritsky T, Busch M, Chae S, Genord C. *Opioid Stewardship: Building on antibiotic stewardship principles*. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2020;34(4):181-183. doi:10.1080/15360288.2020.1765066
5. Macintyre P, Quinlan J, Levy N, Lobo D. *Current issues in the use of opioids for the management of postoperative pain: Artículo de revisión*. JAMA Surg. 2022;157(2):158-166.
6. Santalo O. *Before it is too late: Implementation strategies of an efficient opioid and pain stewardship program*. Am J Health-Syst Pharm. 2020;77(8):636-643. doi:10.1177/0018578719882324
7. Brady B, SantaMaria B, Ortiz y Pino K, Murphy B. *Opioid stewardship program implementation in rural and critical access hospitals in Arizona*. J Opioid Manage. 2024;20(1):21-30. doi:<https://doi.org/10.5055/jom.0842>
8. Murphy B, Padilla A, Clichee D, SantaMaria B, Gutierrez Yescas A. *Opioid Stewardship Program – Results from the training and technical assistance (S-TTA) implementation pilot*. Publicado en línea en el 2022.
9. Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades. Infografía: [6 Guiding principles to a trauma-informed approach](#). Consultado el 15 de febrero de 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/56843>
10. Golden S, McLeroy K, Green L, Earp J. *Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change*. Health Educ Behav. 2015;42(1 Suppl):8S-14S. doi:10.1177/1090198115575098
11. Ritchie M, Dollar K, Miller C, et al. *Using Implementation Facilitation to Improve Healthcare (Versión 3)*. Publicado en línea en el 2020. <https://www.queri.research.va.gov/tools/implementation.cfm>

-
12. Bischof G, Bischof A, Rumpf H. Motivational Interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. *Dtsch Arztebl Int.* 2021;118(7):109-115. doi:10.3238/arztebl.m2021.0014
 13. Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, Secretaría de Salud Pública. Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. Publicado en línea en el 2016. <https://addiction.surgeongeneral.gov/>
 14. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. CMS Framework for Health Equity 2022-2032. CMS.gov. 18 de diciembre de 2023. Consultado el 16 de febrero de 2023. <https://www.cms.gov/priorities/health-equity/minority-health/equity-programs/framework>
 15. Instituto para la Mejora de la Atención en Salud. IHIs Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. Publicado en línea en el 2003.
 16. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. 2022;378:e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442
 17. Carrau D, Janis J. Physician burnout: Solutions for individuals and organizations. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021;9(2):1-7. doi:10.1097/GOX.0000000000003418
 18. Meyerson B, Russell D, Kichler M, Atkin T, Fox G, Coles H. I don't even want to go to the doctor when I get sick now: Healthcare experiences and discrimination reported by people who use drugs, Arizona 2019. *Int J Drug Policy.* 2021;93:103112. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103112
 19. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Marco para Comunidades Saludables (FHC, por sus siglas en inglés) del CMS. Publicado en línea el 28 de febrero de 2025. Consultado el 1ro de julio de 2025. <https://www.cms.gov/priorities/health-equity/minority-health/equity-programs/framework>
 20. Harris P, Taylor R, Thielke J, Payne N, Gonzalez N, Conde J. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;24(2):377-381. doi:10.1016/j.jbi.2008.08.010

Parte 2: Pasos concretos de implementación

Visión general de la participación del sitio

Esta investigación tiene como objetivo la participación de las organizaciones de atención médica en áreas rurales en un proyecto de investigación de 18 meses de duración (Figura 4). Esta investigación, que está basada en el trabajo de Ritchie et al¹¹, consta de tres etapas de participación: (1) **antes de la implementación**, (2) **implementación** y (3) **después de la implementación**. La Figura 4 y la Tabla 2 proporcionan una visión general del cronograma y los componentes del proyecto. Estos se explican con mayor detalle a lo largo de esta guía.

Figura 4. Cronograma de implementación a nivel de sitio OSP

		Etapa 1: Preparación																	
1	Elegibilidad, consentimiento. No debe tomar más de 3 meses																		
2	Tareas administrativas de la investigación e identificación de los CHW/R. No debe tomar más de 3 meses																		
3	Inicio																		
↓	Grupo de aprendizaje del OSP IS mensual de 60 minutos (asistir al menos a 6 de 16)																		
	Grupo de aprendizaje de los CHW/R trimestral de 90 minutos (asistir al menos a 5 de 6)																		
	Etapa 2: Antes de la implementación y periodo de interrupción												Etapa 4: Despues de la implementación y del periodo de interrupción						
	Recolección mensual de información																		
Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	Mes 17	Mes 18		
Inicio de la participación	Guía de implementación e Informe de los comentarios		Punto de referencia 2	Implementación de la transición del Equipo de liderazgo OSP		Informe de los comentarios		Asignación adaptativa basada en el progreso: Trimestral o si no hay IF		Informe de los comentarios		Asignación adaptativa basada en el progreso: Trimestral o si no hay IF		Informe de los comentarios		Fin de la participación			
Punto de referencia 1				Asignación adaptativa basada en el progreso: IF mensual o trimestral		Etapa 3: Periodo de implementación e interrupción		Seguimiento 1				Seguimiento 2				Seguimiento 3			
Capacitación de CHW/R				Implementación de CHW/R															

Tabla 2. Pasos clave de acuerdo con la etapa de implementación

Paso	Actividad
<u>Antes de la implementación</u>	
Paso 1.	Se comunica el interés en participar llenando un formulario de interés y elegibilidad. Se llenan los formularios de investigación y la línea de base 1, que incluye la evaluación de la implementación. (mes 1)
Paso 2.	El IFT entrega el paquete de bienvenida. Después de revisarlo se empieza el desarrollo del acta constitutiva del proyecto y el plan de implementación. (mes 2)
Paso 3.	Se seleccionan al menos 6 de los 16 grupos de aprendizaje colaborativo a los que se quiere asistir. Se empieza a asistir a los grupos elegidos. (mes 2)
Paso 4.	Se identifican a los CHW/R que pueden trabajar en el proyecto. Se da apoyo a la capacitación inicial y continua. (para el mes 3)
Paso 5.	Se completa el acta constitutiva del proyecto y el plan de implementación. Inicia la implementación. Revisión del informe de los comentarios. (mes 3)
Paso 6.	Reunión inicial con los facilitadores de la IF. Revisión del acta constitutiva del proyecto, el plan de implementación y el progreso. Se programan las reuniones futuras. (Mes 5)
Paso 7.	Se completa la medición inicial 2. (mes 5)
<u>Implementación</u>	
Paso 8	Se participa en las reuniones del IF según lo establecido por el progreso de la implementación y se continúa con la implementación. (meses 7-12)
Paso 9	Revisión del informe de comentarios y ajuste del plan de implementación, si es necesario. (mes 9)
Paso 10	Se completa la recolección de información mensual. (meses 7-12)
Paso 11	Se completa el seguimiento 1. (mes 11)
<u>Después de la implementación</u>	
Paso 12	Se participa en las reuniones del IF según lo establecido por el progreso de la implementación. (mes 13)
Paso 13	Se continúa con la implementación. (meses 13-18)
Paso 14	Se completa el seguimiento 2. (mes 14)
Paso 15	Se completa el seguimiento 3. (mes 17)
Paso 16	Se organiza al menos una reunión con el personal de la organización para comunicar los logros y las lecciones aprendidas. (meses 15-17)
Paso 17	Reunión final de la investigación. (mes 18)

**Implementación del acta constitutiva del proyecto y plan
del Programa para la administración responsable de los opioides**

En esta sección encontrará una plantilla e instrucciones para el desarrollo del acta constitutiva del proyecto y un plan de implementación. Estos estarán disponibles de manera que los centros los puedan completar y actualizar electrónicamente (Research Electronic Data Capture [REDCap]²⁰). Se podrá descargar la plantilla y el documento completado para su referencia.

[NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN]

Propósito

Ofrecer a los hospitales de Arizona y a sus afiliados un acta constitutiva del proyecto y un plan para la implementación o mejora de un Programa para la administración responsable de los opioides (OSP, por sus siglas en inglés). Finalmente, nuestra meta es mejorar el acceso a atención médica de calidad para todos los pacientes con dolor crónico y un problema de consumo de sustancias.

Público objetivo

Esta plantilla debe de ser llenada por el Equipo de liderazgo del OSP (OSP-LT, por sus siglas en inglés) tal como lo defina la organización. El OSP-LT puede tener que obtener información sobre otro personal de la organización.

Este documento está dividido en dos secciones:

- 1. Acta constitutiva del proyecto:** El acta constitutiva del proyecto enumera el personal clave, el propósito del OSP, qué se consideraría un éxito y qué está y qué no está dentro del alcance del proyecto.
- 2. Plan de implementación**
 - a. Revisión y actualización: esta sección da los resultados de la encuesta de implementación y solicita actualizaciones que reflejen cualquier cambio reciente de los niveles de implementación de la estrategia del OSP.
 - b. Plan de implementación: Esta sección explica los elementos que se deben tener en consideración cuando se desarrolla el plan de implementación.
 - c. Plan de acción: Este es el plan actual de implementación.

Plantilla del acta constitutiva del proyecto

El acta constitutiva del proyecto da la información general de contacto, un entendimiento compartido del propósito de la implementación de la intervención OSP y los calendarios de ejecución.

Información de contacto

Nombre del sitio		Nombre de los miembros del Equipo de liderazgo del OSP	Correo electrónico
Nombre del líder del sitio			
Correo electrónico			
Teléfono			
Organización			

Propósito del proyecto

Problemas o temas a tratar	
Indicadores de éxito	
Qué está dentro del alcance del proyecto	
Qué está fuera del alcance del proyecto	

Actividades y fechas de ejecución

Metas importantes	Fecha esperada de inicio	Fecha esperada de finalización
Formación del Equipo de liderazgo del OSP		
Finalización del plan de implementación		
Recopilación de información		
Participación en las reuniones mensuales del OSP de la IF		
Participación en los grupos de aprendizaje colaborativo mensuales		
Adopción de la intervención del OSP		

¿A quién le gustaría agregar a nuestro listserv de investigación? En este da información sobre la implementación y los grupos de aprendizaje colaborativo. Puede agregar a tantas personas como desee. Una vez suscritas, las personas pueden modificar su suscripción o darse de baja en cualquier momento.

Nombre	Correo electrónico	Rol o función

Plan de implementación

Determinación de la etapa de implementación

Gracias a la ciencia de la implementación sabemos que es relevante entender la etapa de implementación al iniciar cualquier proceso de cambio. No quisiéramos decir, como parte de la recomendación número 8 de los CDC, que todas las organizaciones deben seleccionar una herramienta de detección para empezar.

Algunas organizaciones pueden tener una herramienta de detección que ya está aceptada entre los profesionales de la salud, que se usa habitualmente y que está integrada a la EHR. En este caso, otra estrategia de implementación podría ser aumentar el uso de los resultados de las pruebas de detección para implementar intervenciones breves. Entender la etapa de implementación es fundamental para poder seleccionar las mejores estrategias, monitorear el progreso y analizar los resultados de la investigación.

La tabla 3 ofrece una guía general de las cinco etapas de implementación.

Tabla 3. Definiciones de cada etapa de implementación

Etapa de implementación	Definiciones
1. No tiene un plan o el plan no está implementado	La organización de atención médica puede haber considerado implementar la intervención, pero no tiene un plan ni una fecha de inicio.
2. Tiene un plan de implementación pero no tiene una fecha de inicio	La organización de atención médica ha desarrollado un plan, pero no ha fijado una fecha de inicio.
3. Tiene un plan de implementación. La fecha de inicio está establecida.	La organización de atención médica tiene un plan y una fecha de inicio de la implementación, pero no ha empezado aún.
4. Empezó hace menos de 6 meses.	La organización de atención médica ya ha empezado y ha estado implementando la intervención hace menos de 6 meses.
5. Empezó hace más de 6 meses.	La organización de atención médica ya ha empezado y ha estado implementando la intervención hace más de 6 meses. Esto se considera una adopción.

Evaluación de la implementación

Las preguntas a continuación son parte de las estrategias de implementación del OSP. Responda las preguntas considerando el siguiente enunciado:

“Durante los últimos 12 meses, nuestra organización _____ para el manejo del dolor y después de la adicción”

- 1 = No tiene un plan o el plan no está implementado
- 2 = Tiene un plan de implementación, pero no tiene una fecha de inicio.
- 3 = Tiene un plan de implementación. La fecha de inicio está establecida.
- 4 = Empezó hace menos de 6 meses.
- 5 = Empezó hace más de 6 meses

Área de dominio y estrategias	ED Dolor	ED Adicción	Atención del dolor agudo	Atención aguda Adicción
Detección y evaluación				
“Durante los últimos 12 meses, nuestra organización ha _____ para el manejo del dolor y la adicción”				
Herramientas de detección o evaluación válidas (Rec. 8, 10, 11, 12)				
Se realizó prueba de toxicología (Rec. 10)				
Revisó el AzPMP de todos los pacientes a los que se les prescriben opioides o que están recibiendo terapia con opioides (Rec. 9)				
Herramientas de detección o evaluación integradas a la EHR (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				
Estructuras de pago o financiamiento para la detección o evaluación (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				
Puntaje de implementación Bajo = 5 Alto = 25 Rec. 8 - posible = 3 Rec. 9 - posible = 3 Rec. 10 - posible = 4 Rec. 11 - posible = 3 Rec. 12 - posible = 3				
Intervención y tratamiento				
Se usaron vías multimodales peri o posoperatorias para la recuperación después de la cirugía (Rec. 8, 11, 12)				
Prescripción conjunta de naloxona con la prescripción de opioides (Rec. 8, 10, 11, 12)				
Se ofreció educación al paciente y a la familia. (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				
Se ofreció una intervención o tratamiento breve (Rec. 8, 10, 11, 12)				
Se dio tratamiento para la abstinencia (Rec. 12)				
Se dio tratamiento para el OUD (Rec. 12)				
Se dieron medicamentos para el tratamiento del OUD (Rec. 12)				
Se incorporaron a los CHW/R, al especialista en pares o familiares o a navegadores al flujo de trabajo (Rec. 8, 10, 11, 12)				
Se desarrolló con los pacientes un plan de riesgo, beneficio y salida de los opioides con los pacientes (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				
Estructuras de pago o financiamiento para la intervención o el tratamiento (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				

Área de dominio y estrategias	ED Dolor	ED Adicción	Atención del dolor agudo	Atención aguda Adicción
Puntaje de implementación Bajo = 10 Alto = 50 Rec. 8 - posible = 7 Rec. 9 - posible = 3 Rec. 10 - posible = 6 Rec. 11 - posible = 7 Rec. 12 - posible = 10				
Remisión y conexión a la atención médica				
Acuerdos con servicios en la comunidad o especializados en la atención del dolor (Rec. 9, 10)				
Acuerdos con servicios en la comunidad o especializados en la atención del OUD (Rec. 9, 10)				
Acuerdo con servicios en la comunidad o especializados en la atención de enfermedades infecciosas (Rec. 9, 10)				
Se incorporaron los CHW/R, el especialista en pares o familiares o los navegadores dentro del proceso de remisión o conexión a la atención (Rec. 8, 11, 12)				
Estructuras de pago o financiamiento para la remisión y conexión a la atención (Rec. 8, 9, 10, 11, 12)				
Puntaje de implementación Bajo = 5 Alto = 25 Rec. 8 - posible = 2 Rec. 9 - posible = 4 Rec. 10 - posible = 4 Rec. 11 - posible = 2 Rec. 12 - posible = 2				
Puntaje de las estrategias respaldadas por las recomendaciones de la guía Puntaje de implementación Bajo = 20 Alto = 100 Rec. 8 - posible = 12 Rec. 9 - posible = 10 Rec. 10 - posible = 14 Rec. 11 - posible = 12 Rec. 12 - posible = 15				

Nota. Rec. significa recomendación de la Guía. El número en paréntesis indica el número de recomendación.

Ahora, si se consideran estas recomendaciones de la Guía como nuestras intervenciones OSP:

8. Antes de iniciar y periódicamente durante la administración de la terapia con opioides, los profesionales clínicos deben evaluar el riesgo de daños relacionados al tratamiento con opioides y explicar este riesgo a los pacientes. Los profesionales clínicos deben trabajar con los pacientes para incorporar estrategias para mitigar el riesgo, incluso ofrecer naloxona, al plan de tratamiento.

9. Cuando se prescribe una terapia inicial con opioides para el dolor agudo, subagudo o crónico y, periódicamente durante la terapia con opioides para el dolor crónico, los profesionales clínicos deben revisar los antecedentes de prescripción de sustancias controladas del paciente usando la información del Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas de Arizona (PDMP, por sus siglas en inglés) para determinar si el paciente está recibiendo dosis de opioides o combinaciones que pongan al paciente en alto riesgo de sobredosis.
10. Cuando se prescriben opioides para el dolor subagudo o crónico, los profesionales clínicos deben considerar los riesgos y beneficios de una prueba toxicológica para evaluar los medicamentos recetados, así como otras sustancias controladas recetadas y no recetadas.
11. Los profesionales clínicos deben de tener mucho cuidado al prescribir opioides para el dolor y benzodiacepinas simultáneamente y deben de considerar si los beneficios son mayores que los riesgos al prescribir simultáneamente opioides y otros depresores del sistema nervioso central.
12. Los profesionales clínicos deben ofrecer o coordinar un tratamiento con medicamentos basados en la evidencia a los pacientes con un trastorno por el consumo de opioides. No se recomienda la detoxificación por sí sola, es decir sin medicamentos para el trastorno de consumo de opioides, ya que esto aumenta el riesgo de una reanudación del consumo de drogas, sobredosis y muerte por sobredosis.

Selección de las intervenciones y las estrategias de los OSP

Consulte las páginas siguientes para más ejemplos sobre maneras de poner en práctica la intervención usando las estrategias.

Teniendo en cuenta la evaluación de la implementación, el informe de comentarios y el conocimiento del contexto de la organización, el OSP-LT seleccionará una intervención del OSP y una estrategia como parte de esta investigación.

- **Para sitios en la etapa 2 de implementación.** El sitio revisará la guía de implementación y tomará en cuenta la viabilidad de la implementación de las intervenciones y estrategias del OSP. Después, finalizarán el plan de implementación y establecerán una fecha de inicio para la implementación dentro de los siguientes 60 días.
- **Para sitios en la etapa 3 de implementación.** El sitio revisará la guía de implementación y tendrá en cuenta qué cambios, de haber alguno, sería necesario realizar en el plan para la intervención del OSP y se iniciará la implementación dentro de los siguientes 30 días. Se establecerá una fecha de implementación dentro de los siguientes 30 días.

Basándose en la evaluación de la implementación y el contexto de su sitio, ¿en cuál de todas las intervenciones del OSP le gustaría a su organización centrarse para iniciar o avanzar? _____

Teniendo en cuenta la intervención del OSP que quieren implementar, ¿cuál de las estrategias de la lista previa que tiene las etapas de implementación de 1-2 cree que su organización debería poner en marcha y en qué ambiente? Consulte los ejemplos en las páginas siguientes.

Estrategia	Entorno (ED/ACH)

Factores de la organización

Los factores actuales de la organización pueden servir para facilitar o desafiar la implementación de las estrategias de intervención del OSP. Los factores de la organización pueden incluir al liderazgo, las normas o los protocolos por escrito, problemas tecnológicos, de personal, financieros, etc. Identifique los facilitadores y las dificultades que pueden ser relevantes para la implementación de la intervención y estrategia del OSP.

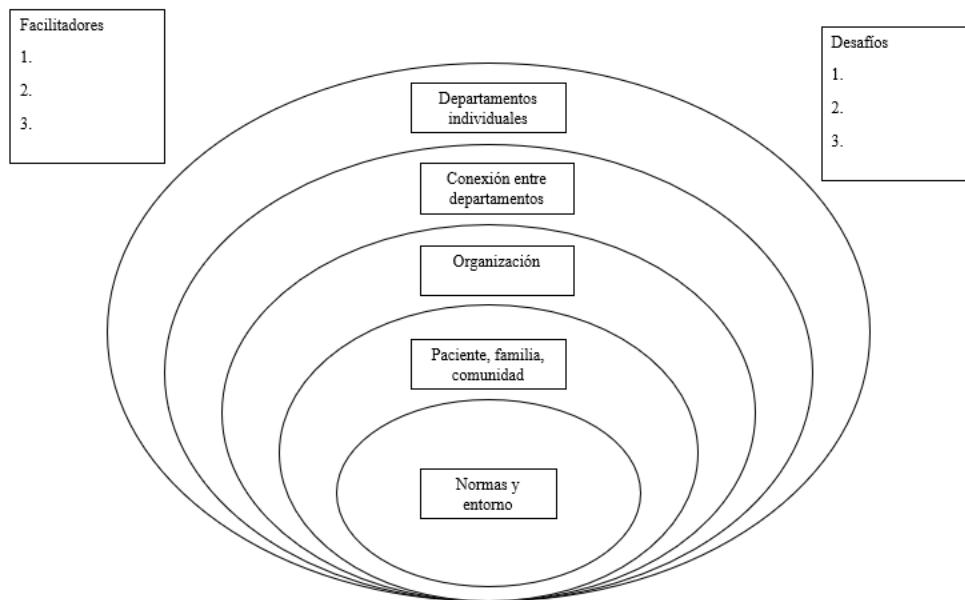


Figura anterior: *Modelo social ecológico*. Adaptado de: Golden SD, McLeroy KR, Green LE et al. Golden S, McLeroy K, Green L, Earp J. *Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change*. Health Educ Behav. 2015; 42(1 Suppl): 8S-14S. doi: 10.1177/1090198115575098.

¿Cuáles son tres soluciones potenciales para las desafíos mencionados previamente?

1. _____
2. _____
3. _____

Marco para Comunidades Saludables (Framework for Health Communities, FHC)

El FHC tiene cinco prioridades.

- Prioridad 1: Ampliar la recopilación, el reporte y el análisis de datos estandarizados.
- Prioridad 2: Evaluar las oportunidades para cerrar brechas en los programas, las políticas y las operaciones de los CMS.
- Prioridad 3: Desarrollar la capacidad de las organizaciones de atención médica y su fuerza laboral.
- Prioridad 4: Promover el acceso lingüístico, la alfabetización en salud y la prestación de servicios centrados en la persona.
- Prioridad 5: Aumentar el acceso a los servicios de atención médica para las personas con discapacidad.

Estos son ejemplos sobre cómo los sitios pueden implementar las FHC con los OSP.

Figura 5. Potenciales estrategias de salud alineadas con las intervenciones del OSP

Prioridad 1: Ampliar la recopilación, el reporte y el análisis de datos estandarizados	Obtener los formularios necesarios, tales como consentimientos y autorizaciones. Utilizar información para asegurarse de que las recomendaciones de prescripción y tratamiento son justas para todos los pacientes. Dar seguimiento y reportar las pruebas de toxicología ofrecidas y realizadas según las características del paciente. Evaluar el lenguaje usado en los sistemas de información para asegurarse de que no genere estigmas ni sesgos.
Prioridad 2: Evaluar las oportunidades para cerrar brechas en los programas, las políticas y las operaciones de los CMS.	Verificar que los flujos de trabajo y los procesos no introduzcan inadvertidamente sesgos en la atención médica. Tener en consideración los problemas de trauma histórico y detección de sustancias. Asegurarse de que los pacientes están informados y de que sus preguntas están respondidas. Considerar múltiples medidas de las percepciones de dolor para asegurarse de que las recomendaciones de tratamiento son justas para todos los pacientes. Considerar el lenguaje usado en el entorno de salud ya que puede generar inadvertidamente estigma y sesgos.
Prioridad 3: Desarrollar la capacidad de las organizaciones de atención médica y su fuerza laboral.	Obtener los formularios necesarios, tales como consentimientos y autorizaciones. Dar capacitación y herramientas para reducir el sesgo en la prescripción y el tratamiento. Anime a los familiares a participar en el proceso de planificación de la atención. Asegurarse de que los protocolos de toxicología son presentados y explicados en una manera similar a todos los otros análisis de laboratorio (p. ej., colesterol; glucosa) usando terminología médica adecuada y modelos de atención médica crónica. Dar capacitación constante sobre el consumo, consumo indebido y la adicción para asegurarse de que el personal está informado de la evidencia más actualizada.
Prioridad 4: Promover el acceso lingüístico, la alfabetización en salud y la prestación de servicios centrados en la persona.	Asegurarse de que los recursos de las pruebas de detección entre otros están disponibles en el idioma usado por los pacientes y que toma en cuenta los determinantes sociales de salud de la población. Asegurarse de que la educación del paciente sobre seguridad es desarrollada y presentada en una manera apropiada, entendible y en la manera preferida por los pacientes. Considerar los determinantes sociales de la salud para una prueba de toxicología positiva Plan para incorporar la asistencia de idiomas a los flujos de trabajo. Usar un lenguaje actualizado cuando se explique el consumo de sustancias, el uso incorrecto y la adicción en todos los aspectos de la atención.
Prioridad 5: Aumentar el acceso a los servicios de atención médica para las personas con discapacidad.	Asegurarse de que las normas, procesos y programas son accesibles. Visitar las fuentes de remisión para asegurarse de que ofrecen servicios cultural y lingüísticamente sensibles Desarrollar procesos para la resolución de conflictos o presentación de quejas para el personal, pacientes y familiares que sean accesibles y fáciles de entender.

Teniendo en cuenta su intervención OSP y la estrategia, ¿cuál es la estrategia FHC que su sitio implementará?

Tabla 4. Implementación de las estrategias de FHC

Número de prioridad del FHC	Estrategia

Entorno y personal de salud

- Cuéntenos sobre una de las políticas, normas o procesos que usted considere una fortaleza de la organización.
- ¿Qué tres palabras usaría para describir el entorno o situación actual de la atención médica?
- ¿Qué tres palabras usaría para describir su personal de salud actual?

Como parte del plan de implementación, queremos asegurarnos de que estamos usando un enfoque informado sobre el trauma. Estos son algunos ejemplos de las maneras en que las organizaciones pueden implementar estrategias:

<p>Seguridad</p> <ol style="list-style-type: none">1. Los protocolos para mantener al personal seguro que son revisados y se les da prioridad.2. Destinar tiempo durante la supervisión para explicar los planes de seguridad individual.	<p>Confianza y transparencia</p> <ol style="list-style-type: none">1. Transparencia sobre asuntos difíciles de manera oportuna.2. Conversación sobre problemas relevantes de la organización (p.ej., económicos, clínicos, normativos, profesionales)	<p>Apoyo entre pares</p> <ol style="list-style-type: none">1. Espacios formales e informales para la interacción del personal.2. Oportunidades de mentoría profesional.
<p>Cooperación y reciprocidad</p> <ol style="list-style-type: none">1. Emplear un proceso de toma de decisiones conjunta con el personal.2. Inversión en herramientas tecnológicas para apoyar la cooperación y la reciprocidad entre el personal.	<p>Empoderamiento de participación y elección</p> <ol style="list-style-type: none">1. Involucrar al personal en la identificación de múltiples soluciones a un desafío.2. Proporcionar diversas formas para que el personal pueda comunicar sus percepciones sobre operaciones, servicios clínicos y asuntos políticos o financieros.	<p>Problemas culturales, históricos y de género</p> <ol style="list-style-type: none">1. Iniciar las reuniones reconociendo un tema relevante relacionado a la cultura, la historia o el género.2. Destinar tiempo para compartir el contexto histórico de la organización de salud y las personas.

¿Cuál es el enfoque informado sobre el trauma que coincide mejor con su organización?: _____

¿Cuál es la actividad con un enfoque informado sobre el trauma que su organización puede empezar o mejorar? _____

Puesta en práctica. Planificación de la acción.

Plan de implementación y comentarios sobre el progreso

El propósito de esta sección es el desarrollo de un plan de acción de 18 meses para la implementación de la intervención y las estrategias del OSP.

1. Fecha de desarrollo del plan de implementación:
2. Fecha de finalización del plan de implementación:
3. Fecha prevista de inicio de la implementación de la estrategia del OSP:
4. Fecha prevista de inicio de la implementación de la estrategia del FHC:
5. Fecha prevista de inicio de la implementación del enfoque informado sobre el trauma:

Identificación de la intervención y las estrategias del OSP para enfocarse durante 6 a 12 meses.

Intervención del OSP			
Estrategia del OSP		Estrategia FHC	
Enfoque informado sobre el trauma			

Cada mes se identificarán los pasos de acción para el mes siguiente. Estos se revisarán durante las reuniones de la IF.

Cada plan de acción debe cumplir con las características del acrónimo SMART: Específico (*Specific*), Medible (*Measurable*), Alcanzable (*Achievable*), Relevante (*Relevant*) y con un Tiempo determinado (*Timebound*).

Este es un **ejemplo** de una meta SMART para la organización en la etapa 2 de la implementación:

- Para marzo de 2026, identificaremos y seleccionaremos una herramienta de detección para usar con los pacientes en el departamento de emergencias.
- Para marzo de 2026, determinaremos si existen costos asociados con el uso de la herramienta de detección con los pacientes en el departamento de emergencias.
- Para marzo de 2026, determinaremos si la herramienta de detección está disponible en el idioma o idiomas que utilizan la mayoría de nuestros pacientes en el departamento de emergencias.

Mes 1 (Fecha) - Plan de acción:

	Meta SMART	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1		
Paso de acción 2		
Paso de acción 3		

Mes 2 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			

Paso de acción 3			
------------------	--	--	--

Mes 3 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 4 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 5 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 6 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 7 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 8 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 9 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 10 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 11 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Mes 12 (Fecha) - Plan de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Meses 13-18 (Fecha de inicio y de fin) - Pasos de acción:

	Progreso de la meta SMART del mes anterior	Cambios, modificaciones, actualizaciones	Persona(s) responsable(s)
Paso de acción 1			
Paso de acción 2			
Paso de acción 3			

Medición del progreso de la implementación			Notas
Etapa de inicio de la implementación (meses 1-3)	Etapa media de la implementación (mes 9)	Etapa final de la implementación (mes 18)	

Medición general del progreso (Usar esta escala):

- 1= Plan de implementación. Fecha de inicio establecida.
- 2= Fecha de inicio está establecida pero retrasada o pospuesta (breve descripción de las razones).
- 3= Implementación en progreso.
- 5= Empezó hace menos de 6 meses.
- 6= Empezó hace más de 6 meses.

Si bien se le anima y se le da la bienvenida a tantas sesiones de los grupos de aprendizaje colaborativo como sea posible, entendemos que puede ser difícil. Nos gustaría que asistiera al menos a seis (6) durante el transcurso de la investigación.

¿A qué seis (6) sesiones de grupos de aprendizaje colaborativo asistirá?

Fecha: Título:

Fecha: Título:

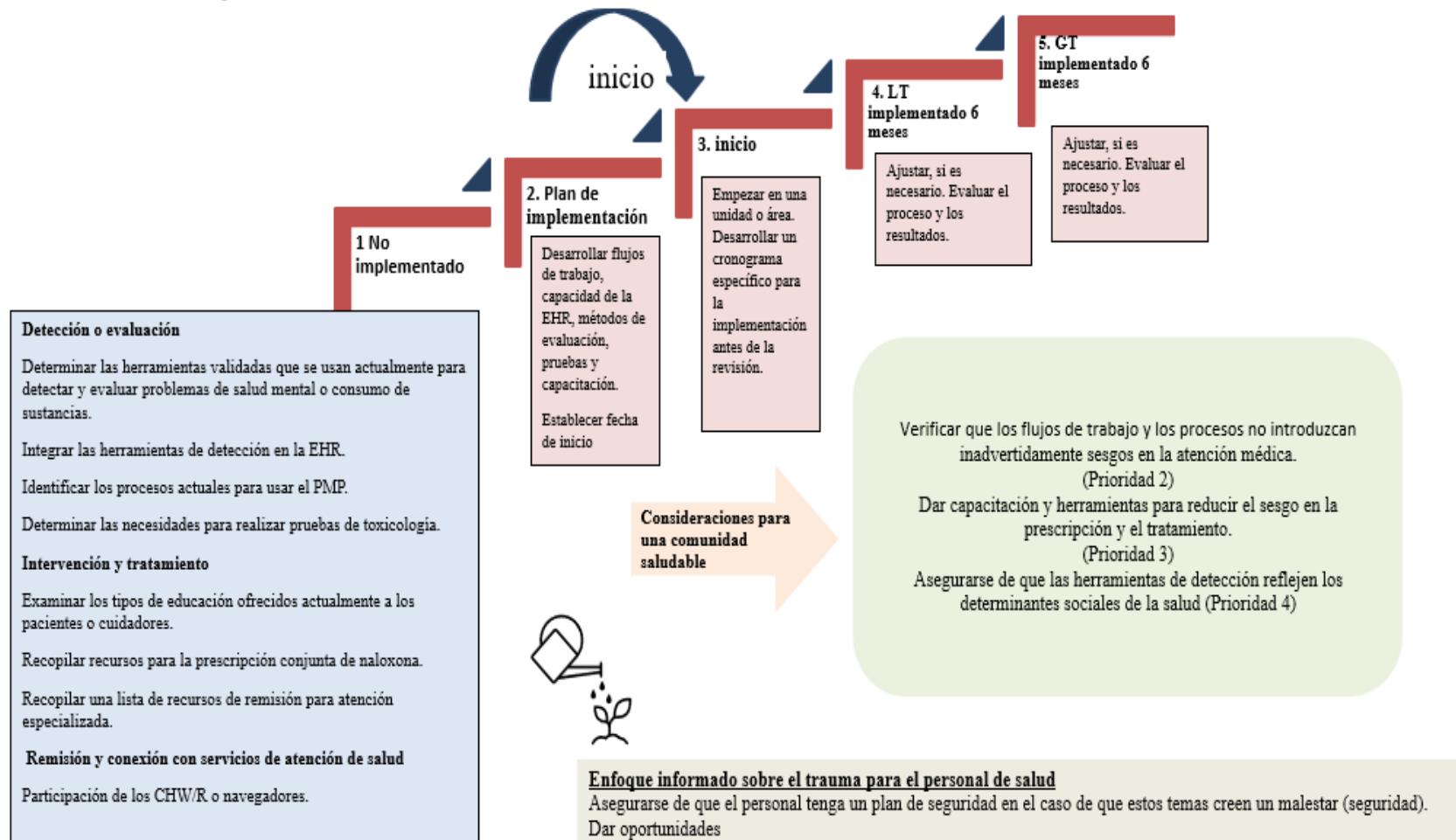
Fecha: Título:

Fecha: Título:

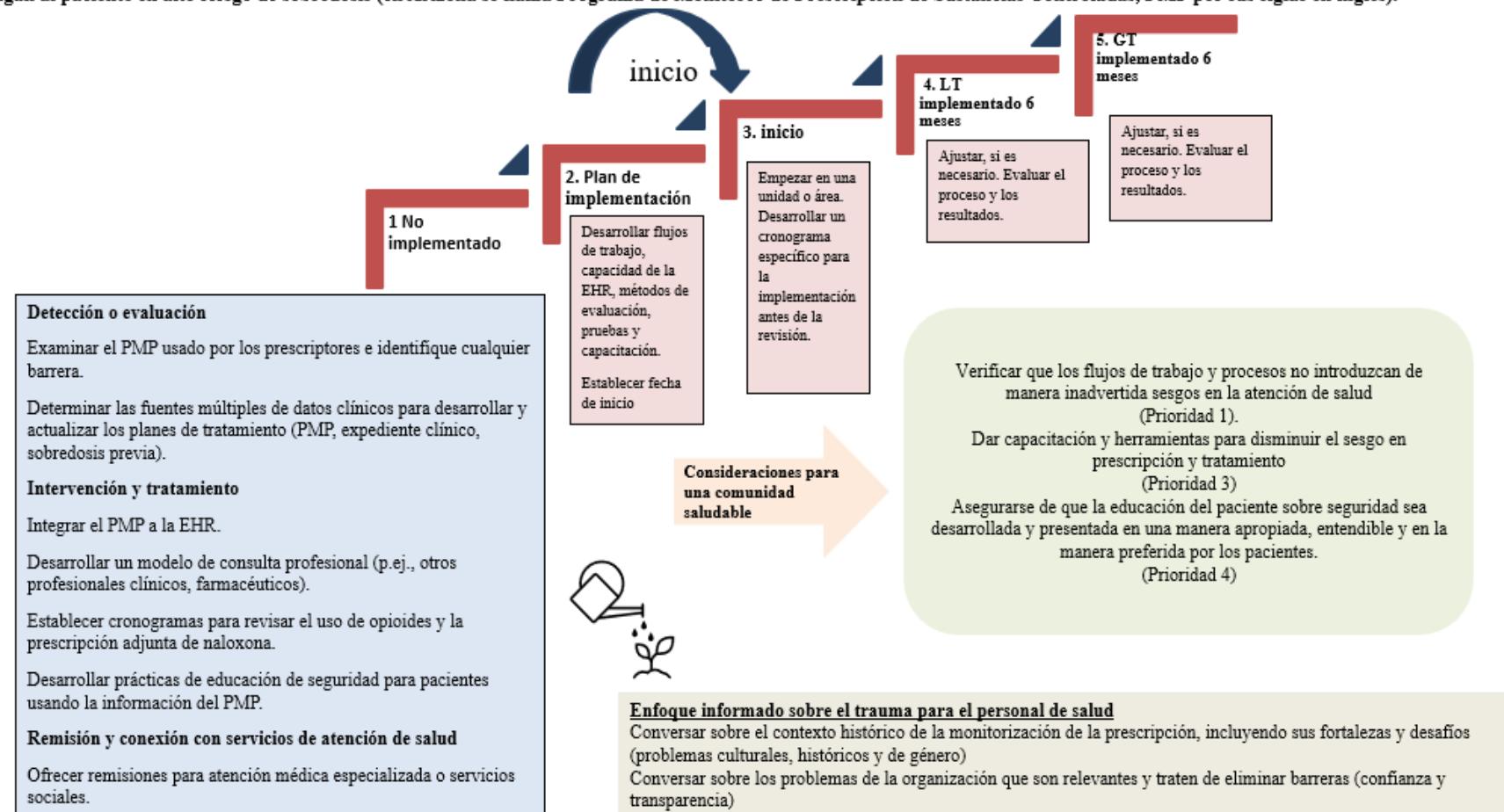
Fecha: Título:

Fecha: Título:

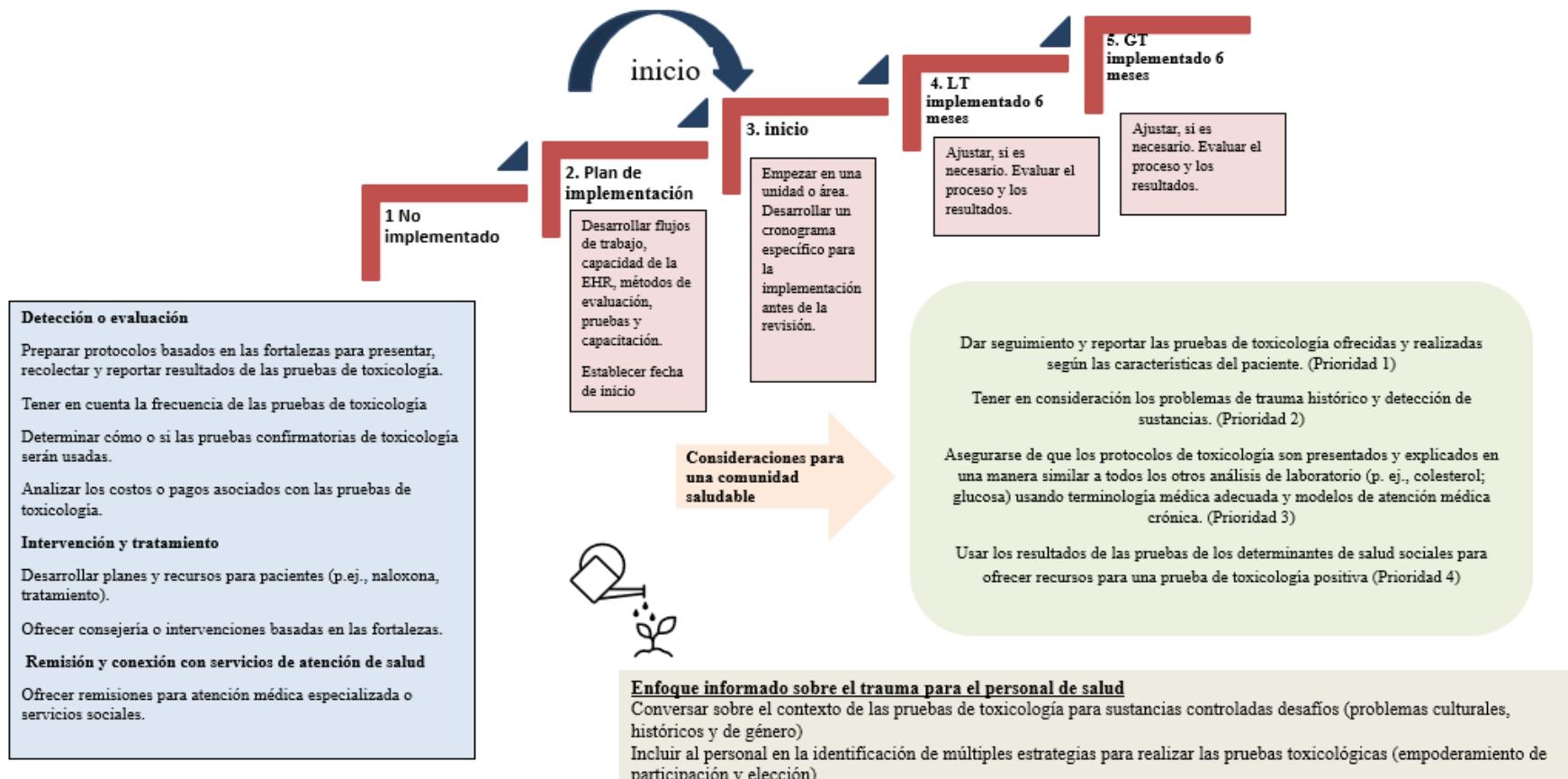
8. Antes de iniciar y periódicamente durante la administración de la terapia con opioides, los profesionales clínicos deben evaluar el riesgo de daños relacionados al tratamiento con opioides y explicar este riesgo a los pacientes. Los profesionales clínicos deben trabajar con los pacientes para incorporar estrategias para mitigar el riesgo, incluso ofrecer naloxona, al plan de tratamiento.



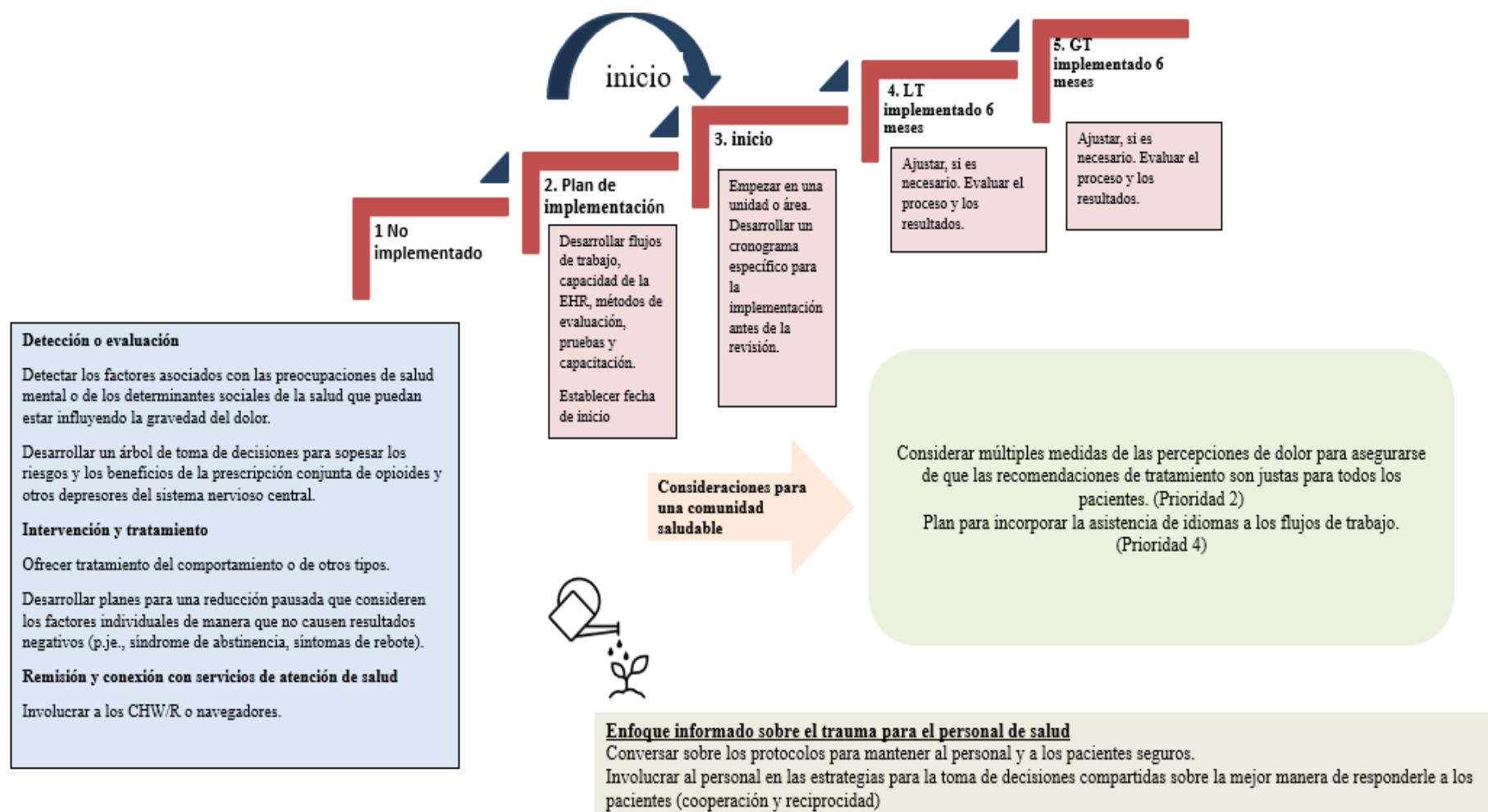
9. Cuando se prescribe una terapia inicial con opioides para el dolor agudo, subagudo o crónico y, periódicamente durante la terapia con opioides para el dolor crónico, los profesionales clínicos deben revisar los antecedentes de prescripción de sustancias controladas del paciente usando la información del Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas de Arizona (PDMP, por sus siglas en inglés) para determinar si el paciente está recibiendo dosis de opioides o combinaciones que pongan al paciente en alto riesgo de sobredosis (en Arizona se llama Programa de Monitoreo de Prescripción de Sustancias Controladas, PMP por sus siglas en inglés).



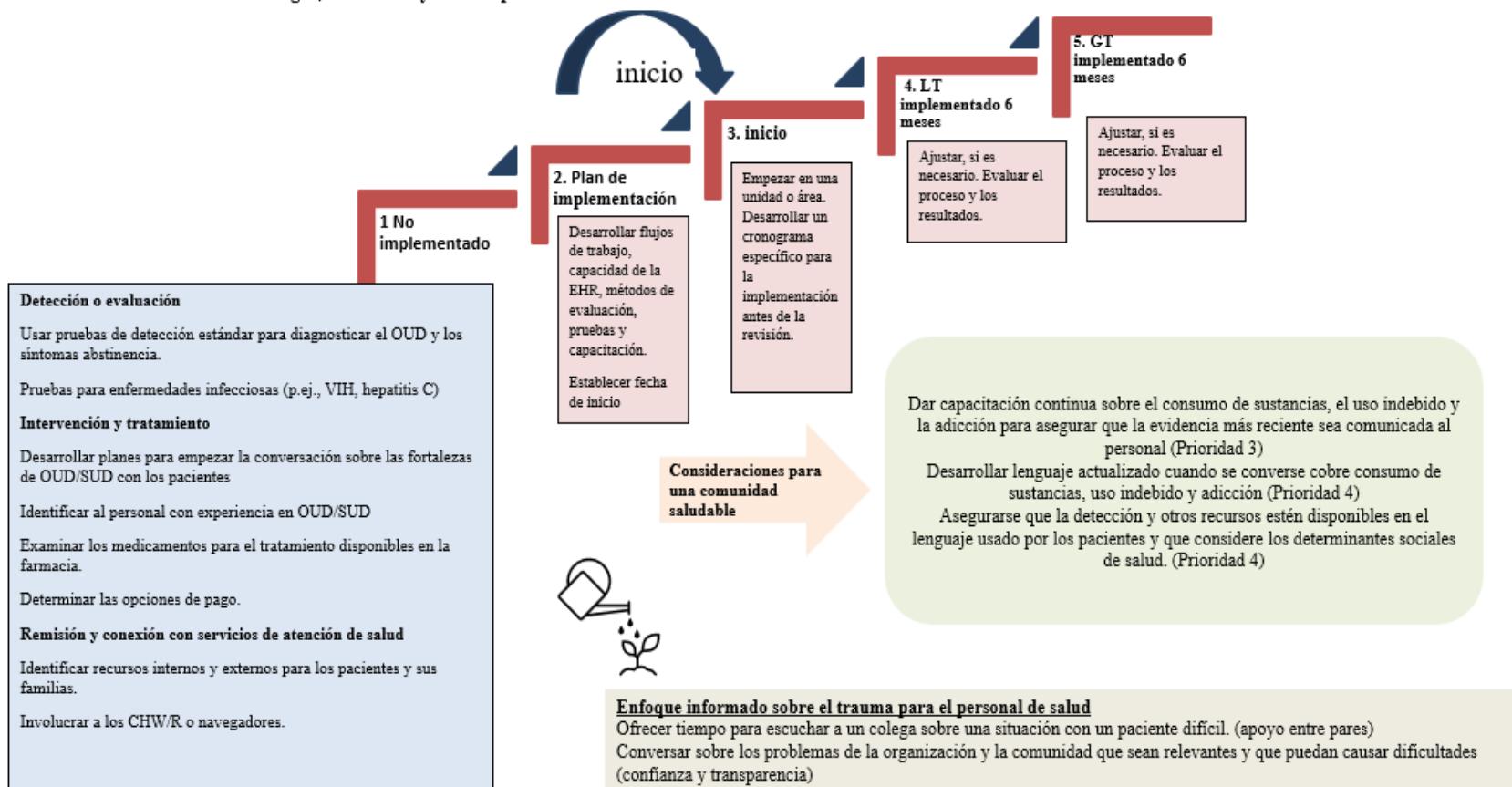
10. Cuando se prescriben opioides para el dolor subagudo o crónico, los profesionales clínicos deben considerar los riesgos y beneficios de una prueba toxicológica para evaluar los medicamentos recetados, así como otras sustancias controladas recetadas y no recetadas.



11. Los profesionales clínicos deben de tener mucho cuidado al prescribir opioides para el dolor y benzodiacepinas simultáneamente y deben de considerar si los beneficios son mayores que los riesgos al prescribir simultáneamente opioides y otros depresores del sistema nervioso central.



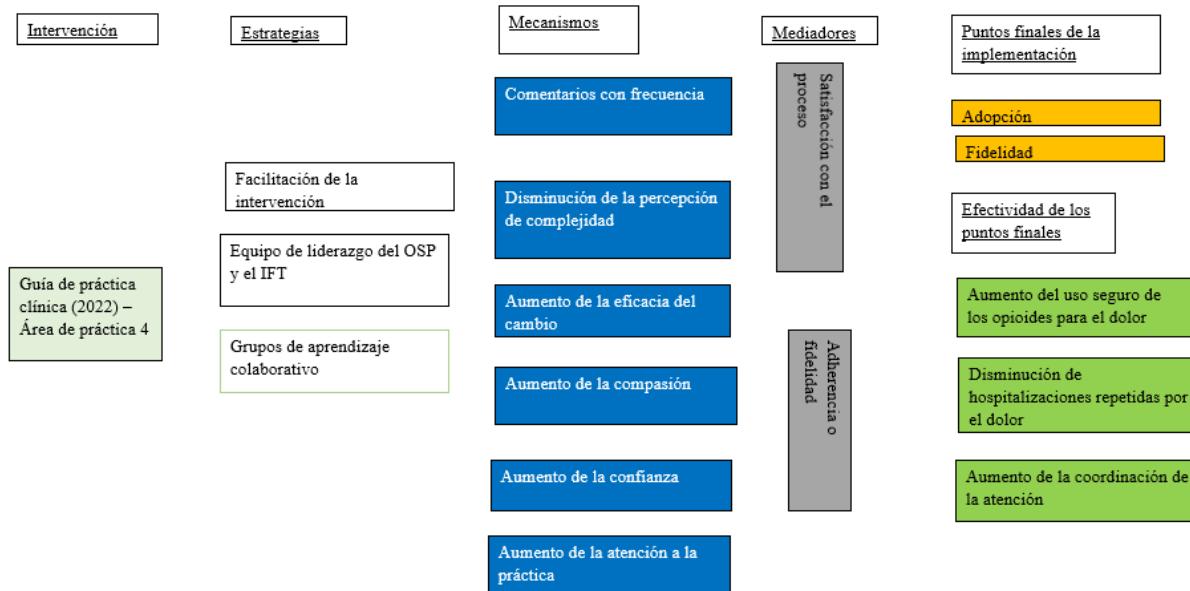
12. Los profesionales clínicos deben ofrecer o coordinar un tratamiento con medicamentos basados en la evidencia a los pacientes con un trastorno por el consumo de opioides. No se recomienda la detoxificación por sí sola, es decir sin medicamentos para el trastorno de consumo de opioides, ya que esto aumenta el riesgo de una reanudación del consumo de drogas, sobredosis y muerte por sobredosis.



Parte 3: Resultados esperados

Queremos compartir nuestro modelo conceptual para cómo creemos que la intervención y las estrategias llevarán a la implementación y efectividad (Figura 6). No se espera que los sitios hagan nada con esta información. Solo queremos darla para cualquier persona que esté interesada. Las encuestas y otra información que recopilemos nos ayudarán a determinar si este modelo apoya los puntos finales de la implementación y la efectividad.

Figura 6 Modelo conceptual del estudio de la implementación del OSP.



Como resultado del estudio del OSP, las organizaciones pueden esperar estos resultados a corto, intermedio y largo plazo. La tabla 3 (en la siguiente página) proporciona los resultados a corto, intermedio y largo plazo.

Tabla 3. Resultados esperados a nivel del sitio (mes 18)

Resultados esperados	Resultados a corto plazo	Resultados intermedios	Resultados a largo plazo
Dentro de los tres meses después del inicio del proyecto: Identificación del equipo de liderazgo del OSP	Para el mes 3: Se identifica el equipo de liderazgo del OSP y se desarrolla el plan de implementación.	Para el mes 6: el equipo de liderazgo del OSP ha iniciado la implementación.	Durante 13 meses: El equipo de liderazgo del OSP ha implementado iniciativas para la implementación del OSP.
Desarrollo del plan de implementación del OSP.	Para el mes 3: Se identifica una intervención del OSP que se desarrollará utilizando el plan de implementación.	Para el mes 7: Cumplir las metas establecidas en la plantilla de implementación.	Para el mes 17: La intervención OSP ha sido implementada por completo durante un mínimo de 6 meses sin recibir apoyo.
Colaboración entre el equipo de liderazgo del OSP (OSP-LT) y el equipo de trabajo interfuncional (IFT).	Para el mes 2: El OSP-LT y el IFT son presentados y se definen los roles y las expectativas.	Para el mes 6: El OSP-LT y el IFT establecerán percepciones de reciprocidad.	Para el mes 12: El OSP-LT y el IFT desarrollarán una relación de trabajo segura, confiable y satisfactoria.
Adopción de una intervención OSP.	Para el mes 6: Una intervención OSP será seleccionada y se empezará su implementación.	Para el mes 12: La intervención OSP estará totalmente implementada tal como se indica en el plan de implementación.	Para el mes 17: La intervención OSP será adoptada.
Fidelidad a la implementación del OSP.	Para el mes 3: Se identificarán las medidas de fidelidad.	Para el mes 7: La intervención OSP será implementada con fidelidad.	Para el mes 12: La intervención OSP estará implementada totalmente tal como está planeado (con fidelidad)
Aumento del uso seguro de opioides; seguridad de los opioides.	Para el mes 5: Obtener el punto de referencia.	Para el mes 12: Demostrar que no ha habido cambios o aumento en el uso seguro de opioides.	Para el mes 12: Demostrar que ha habido un aumento en el uso seguro de opioides.
Disminución de las readmisiones por dolor.	Para el mes 5: Obtener el punto de referencia.	Para el mes 12: Demostrar que no ha habido cambios o aumento en las readmisiones por dolor.	Para el mes 2018: Demostrar una disminución de las readmisiones por dolor.
Aumento de la coordinación de la atención.	Para el mes 5: Obtener el punto de referencia.	Para el mes 12: Demostrar que no ha habido cambios o aumento en la coordinación de la atención.	Para el mes 18: Demostrar que no ha habido cambios o aumento en la coordinación de la atención.



Declaración de Ética Institucional. Este proyecto ha sido revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Arizona y se determinó que esta investigación presenta un riesgo mínimo.

Descargo de responsabilidad. Este trabajo fue apoyado por la Administración de Ciencias de la Salud de la Universidad de Arizona y por el Premio al Desarrollo Profesional de la Facultad de Salud Pública Zuckerman (Murphy, investigador principal).

El contenido es responsabilidad exclusiva de las autoras y no representa necesariamente las opiniones oficiales de la Universidad de Arizona.

Agradecimientos. La autora desea agradecer a Nicole Falls (she/her), candidata a MD MPH en la Facultad Medicina de la Universidad de Arizona en Phoenix, por su revisión y contribuciones a esta guía. Este trabajo también se basa en la primera versión de la guía de implementación del OSP. Las personas que contribuyeron a la primera versión incluyen a Alyssa Padilla, MPH, Bianca SantaMaria, MPH, Dominic Clichee, MPH y Aimee Gutierrez Yescas, BA. Este trabajo también toma como partida los aportes de Rocío Torres, MPH, en relación con la capacitación sobre la Guía de Práctica Clínica de los CDC. La autora agradece profundamente sus esfuerzos significativos para avanzar este trabajo y aumentar el acceso en áreas rurales. La autora agradece a la Facultad de Salud Pública Zuckerman, al Centro para la Salud Rural y al Centro Integral para el Dolor y la Adicción por su apoyo continuo a este trabajo.

Contribuciones. Murphy conceptualizó y redactó la versión 2 de la guía de implementación del programa OSP. Falls realizó la revisión del documento y redactó párrafos en las secciones de relevancia y enfoque.

Cita sugerida. Murphy BS. Guía para la implementación en un sitio del Programa para la administración responsable de los opioides, versión 2. Universidad de Arizona, Facultad de Salud Pública Mel & Enid Zuckerman, Ciencias de la Promoción de la Salud. Tucson, Arizona, 2025.