



# Guías de Necesidad Médica y Expectativas de Tratamiento Psiquiátrico para Tratamiento Agudo Intrahospitalario, Terapia Electroconvulsiva, Programa de Hospitalización Parcial y Programa Ambulatorios Intensivo



## Índice

<b>Prefacio</b> .....	4
<b>I. Introducción</b> .....	5-6
<b>II. Definiciones</b> .....	6-10
<b>III. Nivel de Tratamiento Hospitalización Parcial</b> .....	11-29
<b>1. Cubierta del Tratamiento Psiquiátrico Intrahospitalario</b> .....	11-13
<b>2. Expectativas del Servicio</b> .....	13-20
a. Expectativas Generales.....	13-14
b. Plan de Tratamiento.....	14-15
c. Expectativas en Condiciones Específicas.....	15-17
d. Plan de Alta y Transición de Cuidado.....	17-18
e. Resumen de Alta.....	18-19
f. Readmisiones Tempranas.....	19-20
g. Restricciones Terapéuticas.....	20
<b>3. Documentación y Legibilidad</b> .....	20-21
<b>4. Proyectos de Calidad y Farmacia</b> .....	21
<b>5. Revisión de Utilización</b> .....	22-23
<b>6. Proceso de Revisión</b> .....	23-25
<b>7. Manejo de Casos</b> .....	25-26
<b>8. Responsabilidad de Personas que Reciben Servicios de Salud Mental en Puerto Rico</b> .....	26
<b>9. Criterios de Admisión</b> .....	26-28
<b>10. Criterios para Continuidad de Estadía</b> .....	28
<b>IV. Terapia Electroconvulsiva</b> .....	29-36
<b>1. Descripción</b> .....	29
<b>2. Consideraciones y Expectativas para el Tratamiento con Terapia Electroconvulsiva</b> .....	29-31
<b>3. Consideraciones Farmacológicas</b> .....	31
<b>4. Criterios para Iniciar Terapia Electroconvulsiva Aguda/Corto Plazo</b> ..	32-34
<b>5. Criterios para Continuar Terapia Electroconvulsiva Aguda/Corto Plazo</b> .....	34
<b>6. Criterios para Terapia Electroconvulsiva de Continuidad</b> .....	34-35
<b>7. Criterios para Terapia Electroconvulsiva de Mantenimiento</b> .....	35
<b>8. Proceso de Revisión de Utilización</b> .....	36
<b>V. Programa de Hospitalización Parcial</b> .....	36-44

<b>1. Descripción</b> .....	36-40
a. Expectativas Generales.....	37-38
b. Plan de Tratamiento.....	38
c. Documentación Clínica.....	38-40
<b>2. Criterios de Admisión a PHP</b> .....	40-43
<b>3. Parciales Virtuales</b> .....	43
<b>4. Procesos de Revisión de Utilización</b> .....	43-44
<b>VI. Programa Intensivo Ambulatorio</b> .....	45-52
<b>1. Descripción</b> .....	45-46
a. Expectativas Generales.....	45-47
b. Plan de Tratamiento.....	47-48
c. Documentación Clínica.....	48-49
<b>2. Criterios de Admisión a IOP</b> .....	49-50
<b>3. Proceso de Revisión de Utilización</b> .....	50-52
<b>VII. Anejos</b> .....	53-60
<b>1. Solicitud ECT Agudo</b> .....	54
<b>2. Solicitud ECT Continuidad y Mantenimiento</b> .....	55
<b>3. Solicitudes de Hospitalización Parcial/ Solicitudes Continuidad de Hospitalización Parcial</b> .....	56
<b>4. Medicamentos de Alto Riesgo</b> .....	57
<b>5. Recomendaciones para Transición de Cuidado y Reducción de Readmisiones</b> .....	58
<b>6. Planes de Seguridad y Respuesta ante las Crisis</b> .....	59-60
<b>VIII. Bibliografía</b> .....	61-64

## **PREFACIO**

La salud mental de los individuos es una de las prioridades más altas en cualquier grupo social civilizado. La complejidad de nuestra sociedad provee retos inmensos que sobrepasan los recursos físicos, emocionales y económicos. El aumento en la incidencia de trastornos mentales ha provocado que en el presente se estime que 1 de cada 8 personas a nivel mundial padezcan un trastorno mental (WHO, 2022). En Estados Unidos del 2019 a 2021, el porcentaje de adultos que habían recibido algún tratamiento de salud mental aumentó de 19.2% a 21.6%. (CDC, 2022) El impacto de eventos naturales recientes, que incluyen la pandemia del COVID-19, anticipa un aumento en la prevalencia de enfermedades mentales en los próximos años. Como parte del Estudio sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo 2020 (GBD 2020), los investigadores estimaron un aumento del 25-27% en la prevalencia de depresión y ansiedad en el primer año de la pandemia (WHO, 2022).

El reto de todos los que trabajamos en el área de salud mental, es utilizar los avances en tratamientos de la manera más oportuna y coordinada. Todos queremos lograr el mejor nivel de cuidado para las personas a las que servimos. Esto nos urge a distribuir y balancear los recursos de cada cubierta de beneficios de la manera más responsable para mantener la disponibilidad de éstos en el momento que se necesiten.

Hay varias áreas que son de importancia crítica para iniciar y mantener un diálogo apropiado e inclusivo entre las entidades que realizan funciones de revisión de necesidad médica y los proveedores que prestan el servicio a los beneficiarios. El personal clínico de cada entidad debe estar familiarizado y practicar de acuerdo con los estándares de cuidado y calidad apoyados por evidencia médica.

Con toda la complejidad actual de tratamiento en salud mental, apoyamos el juicio de los proveedores y fomentamos el uso de evidencia médica al tomar decisiones. Apoyamos el uso intenso de las medidas terapéuticas y lograr el máximo beneficio de tratamiento en un tiempo razonable para beneficio del paciente y de las personas que lo apoyan.

Los elementos y expectativas de tratamiento indicados en este manual están dirigidos a servir como una guía a los proveedores cuyos criterios ayuden a obtener el mejor manejo de las condiciones de salud mental de los beneficiarios que servimos. Estos criterios no reemplazan el buen juicio médico y pueden estar sujetos a adaptación en situaciones únicas que así lo requieran.

Esperamos que este documento sea útil para todos nuestros proveedores y les ayude en su ya excelente trabajo en pro de la mayor calidad de vida de los beneficiarios.

## **I. Introducción**

El compromiso de FHC es asegurar el más alto estándar de cuidado psiquiátrico y de salud mental en Puerto Rico. La complejidad de las vidas de nuestros beneficiarios nos obliga a considerar que hoy más que nunca el modelo Bio-Psico-Social de tratamiento es lo que consideramos como una línea de servicios y ayudas que llamamos continuación de tratamiento. El cuidado médico de calidad, oportuno y continuo es un derecho de todos.

Los niveles de cuidado garantizan que el paciente recibe los servicios necesarios de una manera progresiva desde la intensidad mayor a la menor y siempre contemplando los elementos presentes en la Ley 408 del 2004. Para lograr este cometido, tenemos que entender la pertinencia de la salud mental con la salud física, la enfermedad mental, el abuso de sustancias y los factores biológicos, sociales y ocupacionales que influyen en la salud pública.

Las medidas tomadas para con nuestros beneficiarios deben tener seis (6) requisitos indispensables:

1. Seguras - es decir que el uso de diferentes estrategias no debe de aumentar el riesgo de daño a los pacientes.
2. Efectivas - todo paciente debe de recibir un tratamiento basado en evidencia científica y que produzca cambios positivos en un periodo de tiempo razonable.
3. Centrado en la persona - el entendimiento de la persona como un todo, la búsqueda de un espacio común para definir problemas, metas y roles que se adoptarán en el encuentro de la consulta y finalmente el desarrollo de la relación médico paciente. Que exista un trato respetuoso y que el tratamiento vaya enfocado en las necesidades y preferencias del paciente.
4. Oportuno –se debe de considerar lo más rápido posible aquellas medidas que tengan el potencial de reducir el tiempo de enfermedad / incapacidad de la persona.
5. Eficiente – En todo tratamiento propuesto se debe considerar la combinación de recursos para promover el máximo beneficio con el mínimo de medidas. Esto aplica al uso de terapias conocidas por trayectoria como rápidas en su acción y potencial de mejorar al paciente evitando el despilfarro.
6. Equitativas – FHC no discrimina por razón de edad, raza, sexo o condición psiquiátrica. Toda medida utilizada con cada persona tiene que ser la misma que se utiliza en comparación con otras en circunstancias similares.

El uso de estos seis principios garantiza lograr la mejor combinación de esfuerzos y recursos para promover el más alto nivel de cuidado. El Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés), organización independiente para el monitoreo de los servicios médicos a nivel mundial, promueve estos principios e indica que la aceptación de éstos constituye la clave para ofrecer el más alto estándar de cuidado.

El propósito principal de esta guía es familiarizar al usuario con los principios que rigen el manejo de utilización de los pacientes cubiertos por FHC, y los requerimientos de información utilizados para determinar la autorización de servicios.

Los principios de diagnóstico y tratamiento reflejados en esta guía son esenciales para justificar la prestación de servicios. La documentación y plan de tratamiento sugeridos facilita la comunicación y provee para la discusión de los casos de manera significativa y productiva, en intervalos de tiempo determinado por la condición.

FHC tiene como meta promover el más alto estándar de cuidado y cree que es de capital importancia la coordinación del cuidado a lo largo del tiempo función, actividades y niveles de tratamiento. Utilizamos para esto guías reconocidas y aceptadas por la comunidad médica y la industria de prestación de servicios de salud a nivel nacional: Change Healthcare InterQual® Review Manager for Behavioral Health, Local Coverage Determinations (LCD) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) y American Psychiatric Association.

Para mayores detalles sobre referencias de este documento, puede comunicarse a FHC y solicitar las mismas.

## **II. Definiciones**

1. Consentimiento informado – Según la Ley 408 del 2004, es la determinación por parte del adulto o su tutor, o el padre, madre o tutor legal del menor, de recibir o rechazar un servicio en salud mental u otro procedimiento, como resultado de un diálogo, en el cual el proveedor de servicios de salud mental informa a la persona sujeta a recibir servicios, el padre o madre con patria potestad, o tutor legal, la naturaleza, necesidad y alcance de éstos en el cuidado de la salud mental.

El mínimo de información requerida que debe recibir el adulto para que su consentimiento se considere informado será el siguiente:

- a. el diagnóstico y la descripción clínica de su condición de salud;
- b. el tratamiento recomendado;
- c. los riesgos y consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento;
- d. otras alternativas de tratamiento, que, aunque sean menos indicadas, estén disponibles;
- e. beneficios, riesgos y consecuencias de las alternativas de tratamiento;
- f. el pronóstico correspondiente;
- g. la posibilidad de efectos secundarios y daños irreversibles, como resultado de tratamientos o uso de medicamentos particulares recomendados;
- h. La información y orientación deberá ser ofrecida en un lenguaje y tono que la persona pueda entender.

2. Discusión médico-a-médico - Entrevista de pares para reportar el progreso, necesidad médica continuada y alternativas adicionales de manejo de la condición de cada persona. Esta discusión de pares será requerida para casos de readmisiones tempranas, estadías prolongadas, altos utilizadores, y para beneficiarios que su cubierta requiere precertificación y no presentan criterios de necesidad médica. Puede solicitarse en otros casos a discreción del Departamento de Utilización, el psiquiatra a cargo del caso o el Director Médico de FHC. También puede ser solicitado por el proveedor por motivos de clarificación, consulta, información adicional, procesos de revisión y procesos de apelación.
3. Elementos de necesidad médica:
  - a. Necesidad médica – Es el criterio básico, razonable, adecuado y justificado para incurrir en medidas, procedimientos, medicamentos y otras intervenciones destinadas en restablecer la salud del paciente.

En términos generales, necesidad médica es la propuesta de tratamiento ante la conclusión de un proceso prudente y juicioso de la evaluación de un paciente.  
Se considera que un servicio es médicamente necesario si:

    - i. Tiene como intención el prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o detener el deterioro de una condición psiquiátrica diagnosticable bajo el International Classification of Diseases 10 (ICD-10) o del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) actual) que pueda amenazar la vida, cause dolor o sufrimiento, o resulte en un padecimiento o enfermedad.
    - ii. Tiene como expectativa el mejorar la condición o el nivel de funcionamiento del paciente.
    - iii. Es individualizado, específico, consistente con el diagnóstico y los síntomas, y no en exceso de las necesidades del paciente.
    - iv. Consistente en tipo, duración y frecuencia así establecido por la comunidad médica y guías basadas en evidencia.
    - v. Ofrecido en un nivel de servicio que es seguro para el paciente, donde no están disponibles alternativas de tratamientos iguales de efectivas, de mayor autonomía, más conservadores y menos costosos.
    - vi. No será utilizado fundamentalmente para conveniencia del paciente, el cuidador o el proveedor. No más intenso o restrictivo de lo necesario para mantener un balance entre lo seguro, lo efectivo y lo eficiente.
    - vii. No será usado como sustituto para servicios no clínicos dirigidos a manejar factores de su medio ambiente.
  - b. Tratamiento activo – Intervenciones que van dirigidas a manejar el cuadro clínico establecido por la necesidad médica. El periodo incluye todos los días que fueron necesarios para proveer el tratamiento al paciente según lo definen los elementos de necesidad médica y no solo el tiempo que estuvo bajo el cuidado de un Médico

Psiquiatra y/o una institución. Esto es aplicable principalmente a farmacoterapia, psicoterapia y terapia electroconvulsiva, pero se extiende a terapias del entorno y otras terapias adjuntas como las ocupacionales y recreativas. Es de esperarse que esté estructurado bajo un plan de tratamiento que es evaluado semanalmente. Para el cuidado agudo intrahospitalario es generalmente buena práctica que el paciente sea visto por el Médico de cinco (5) a siete (7) veces a la semana.

Se considera que un servicio es tratamiento activo si es provisto bajo un plan de diagnóstico o un plan de tratamiento individualizado:

- i. Desarrollado por un Psiquiatra en conjunto con el grupo interdisciplinario basado en las necesidades y potencial de restauración del paciente. Servicios aislados brindados fuera de la estructura del plan de tratamiento no se considera tratamiento activo independiente de su efecto diagnóstico o terapéutico;
  - ii. Es ofrecido con la expectativa razonable que mejorará la condición del paciente o con el propósito de diagnosticar; y
  - iii. Es supervisado y evaluado por un Psiquiatra.
  - iv. Terapias de entorno y otras terapias adjuntas requieren tener un propósito terapéutico específico y estar contempladas en el plan de tratamiento, y no ser brindadas con el solo propósito de amenizar la vida dentro del hospital.
  - v. La administración de medicamentos en sí mismo no es tratamiento activo si se usan con propósito de aliviar síntomas que se pueden manejar en otro nivel menos restrictivo. Por ejemplo, tranquilizantes para aliviar ansiedad leve e insomnio no severo.
- c. Ingreso Involuntario - Según la Ley 408 del 2004, significa el ingreso a un servicio de salud mental, ordenado por el Tribunal, luego de la evaluación de un psiquiatra en consulta con el equipo inter o multidisciplinario que certifique la necesidad de este servicio, cuando no medie el consentimiento para ello por parte del adulto o del padre o madre con patria potestad o custodia del menor o tutor legal de la persona, siempre que cumpla con los parámetros de peligrosidad en cuanto a probable daño a sí mismo, a otros o a la propiedad o ha llevado a cabo actos que ponen en peligro su vida, o ha ejecutado actos que indican que no puede manejar su vida cotidiana sin la supervisión o ayuda de otras personas, por no poder alimentarse, protegerse o cuidarse, aumentando así la probabilidad de muerte, daño corporal sustancial o debilitamiento físico tal que pondría en peligro su vida.
- d. Ley 408 del 2004, según enmendada - La “Ley de Salud Mental de Puerto Rico” tiene como fines y propósitos fundamentales: actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales con unos servicios adecuados a la persona; consignar de

manera inequívoca sus derechos a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los menores de edad; promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra la persona que padece de trastornos mentales; proveer unas guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental; determinar los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen; armonizar los cambios que han experimentado las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud; resaltar y establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados; y destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento así como la prevención.

- e. Local Coverage Determinations (LCD) - son las decisiones de Medicare y sus contratistas administrativos regionales que proporcionan información de cobertura y determinan si los servicios son razonables y necesarios en ciertos servicios ofrecidos por los proveedores participantes.
- f. Change Healthcare InterQual® Review Manager for Behavioral Health – Es un producto comprado por FHC usado por el grupo de clínicos como guía para tomar decisiones iniciales y sucesivas sobre el tratamiento de las condiciones psiquiátricas, la dependencia química y el diagnóstico dual basado en la presentación de cada paciente. Cada actualización del Manual es revisada y aprobada por el director médico junto con su grupo de psiquiatras consultores.
- g. El contenido de Change Healthcare InterQual® Review Manager for Behavioral Health es revisado y actualizado anualmente. El producto fue desarrollado por un panel multidisciplinario de psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales, estos criterios se adaptan a las necesidades de las personas mayores, adultos, adolescentes o niños.
- h. Los criterios de InterQual® se originan de revisiones continuas y sistemáticas de literatura actualizada basada en evidencia incluyendo el insumo de un panel de clínicos independientes. Las fuentes de revisión incluyen las siguientes agencias: Healthcare Research and Quality (AHRQ) Effective Health Care Program, American Psychiatric Association, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychological Association, American Society of Addiction Medicine, Centers for Medicare and Medicaid Services, Choosing Wisely, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institute for Health and Care Excellence, National Institute on Drug Abuse, PubMed, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, y otras asociaciones médicas claves. También consideran información del Association of Ambulatory Behavioral Healthcare, Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, y de la Joint Commission. Otras bases de

datos, proveedores de contenido médico, agencias regulatorias, y recursos de sociedades de especialidades pudieron ser utilizadas. Estudios relevantes fueron evaluados usando los principios del Cochrane Handbook.

i. Niveles de cuidado – Según la Ley 408 del 2004, los servicios de salud mental serán provistos en el nivel de cuidado de mayor autonomía y terapéuticamente más efectivo dentro del concepto del sistema de cuidado de salud mental, de acuerdo con el diagnóstico y a la severidad de los síntomas y signos de la persona al momento de ser evaluado. En cualquier nivel de tratamiento se puede requerir el uso de medicamentos, de acuerdo con el diagnóstico y la severidad de los síntomas y signos de la persona al momento de ser evaluado.

j. Los niveles de cuidado de salud mental incluyen servicios que van desde los más intensivos como el hospital psiquiátrico hasta los de mayor autonomía como los servicios ambulatorios.

Los niveles de cuidado en orden de mayor intensidad o mayor autonomía son:

- i. Hospitales psiquiátricos
  - ii. Unidades psiquiátricas
  - iii. Hospitales generales
  - iv. Servicios transicionales y residenciales
  - v. Urgencias
  - vi. Parciales
  - vii. Diurnos
  - viii. Ambulatorios intensivos
  - ix. Ambulatorios
  - x. Tratamiento de mantenimiento con o sin medicamentos
- k. Plan de Alta (discharge planning) - La planificación del alta comienza en el momento de la admisión y continúa durante todo el proceso de tratamiento e incluye la preferencia, participación y, siempre que sea posible, con el permiso del beneficiario, aportes de la familia del beneficiario y otros apoyos identificados, incluyendo los proveedores apropiados. Considera cuestiones relacionadas con la preparación para el alta, las barreras para el alta y planes específicos individualizados para apoyar al beneficiario después del alta en la transición al próximo nivel de cuidado, además de recomendaciones específicas para el cuidado posterior.
- l. Transición de cuidado – El movimiento coordinado de un beneficiario desde un nivel de cuidado a otro. Eje. hospital, tratamiento ambulatorio, hospital parcial, intensivos ambulatorios, cuidado a largo plazo, salud en el hogar, facilidad de rehabilitación, etc. Se requiere que las facilidades desarrollen una política y/o procedimiento que detalle su proceso de transición de cuidado. (ver anejo D)

### **III. Nivel de Tratamiento Hospitalización Total**

El tratamiento psiquiátrico intrahospitalario (IP) es un servicio provisto en una institución clasificada como hospital psiquiátrico o en un hospital de salud física que cuente con una unidad especializada para trastornos psiquiátricos agudos. Es el nivel de cuidado psiquiátrico de mayor intensidad, debe ofrecer cuidado a pacientes veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana bajo la dirección de un Psiquiatra con licencia válida para la práctica de medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Este requiere proveer veinticuatro (24) horas de un ambiente supervisado, seguro, estructurado e intensivo para pacientes con un estado mental agudo que pone en riesgo su seguridad o la de otros, requieren monitoreo constante del tratamiento y no pueden ser manejados en un ambiente de menor intensidad y de mayor autonomía. Tiene como objetivo el lograr la pronta estabilización de los síntomas y signos, que por su severidad hace necesaria la misma, para que la persona pueda continuar su recuperación y tratamiento en otro nivel de cuidado.

Previo a la admisión de hospital, una evaluación clínica directa tiene que ser completada por un profesional clínico licenciado, adiestrado en Salud Mental y con experiencia en la evaluación de pacientes con trastornos psiquiátricos agudos para determinar si es médicamente necesario y este nivel de cuidado es el apropiado. Requiere contemplarse la posibilidad de coordinación a otro nivel de cuidado, y evidenciarse fallo, incapacidad de beneficio o riesgo inaceptable en otro nivel.

Los proveedores de servicios de salud mental deberán considerar como de mayor beneficio el mantener a los niños y adolescentes con trastornos mentales severos que puedan permanecer con las familias; o en ambientes parecidos o en la comunidad, antes de considerar las hospitalizaciones, que conllevan la separación del núcleo familiar.

#### **1. Cubierta del Tratamiento Psiquiátrico Intrahospitalario**

Toda persona tiene derecho a recibir el tratamiento adecuado, de acuerdo con su diagnóstico y nivel de cuidado, por lo que su hospitalización, a tenor con la Ley 408 del 2004, debe ser por el menor tiempo posible, hasta que esté en condiciones de trasladarse a un nivel de cuidado de menor intensidad.

En ocasiones, individuos solicitan admisión a un determinado servicio por razones diferentes que no cumplen los criterios de necesidad médica, como, por ejemplo:

- a. Orden del tribunal (inclusive por orden de ingreso involuntario bajo la Ley 408)
- b. Buscar donde guarecerse
- c. Escapar de situaciones legales
- d. Promover un historial de incapacidad
- e. Conducta antisocial
- f. Prevenir huida del hogar
- g. Proveer un respiro y descanso a familiares

h. Encontrar un lugar de descanso

Estos factores, aunque podrían ser parte de otros que indiquen necesidad médica, no determinan ésta y no están generalmente considerados por sí mismos como razones de admisión a un servicio.

Para el nivel de tratamiento de hospitalización psiquiátrica aguda, no se considerarán como medicamente necesarios los siguientes servicios y propósitos:

- a. social, recreacional o de distracción, custodia, o asistencia al cuidador,
- b. espera de ubicación a vivienda,
- c. mantenimiento del bienestar general de pacientes con condiciones crónicas,
- d. tratamiento de condiciones crónicas que no presentan exacerbaciones agudas o que no provean mejoría al funcionamiento del paciente,
- e. adiestramiento vocacional,
- f. documentación que no evidencie el nivel de cuidado médico requerido y un proceso consistente con el plan de tratamiento.
- g. terapias no sustentadas por la evidencia científica o validadas por la comunidad médica.

En el nivel de tratamiento de hospitalización psiquiátrica aguda, no se considerará como medicamente necesario para personas con una condición psiquiátrica que:

- a. requieren principalmente cuidado social, recreacional, de custodia o de alivio al cuidador,
- b. su cuadro clínico requiera menos de veinticuatro (24) horas de supervisión diaria,
- c. esperan ser ubicados en viviendas o ser buscados por los familiares o apoyos luego de cumplir con criterios de alta,
- d. sus síntomas son de etiología física y requieran un nivel médico/quirúrgico,
- e. su problema principal sea de salud física sin un episodio psiquiátrico mayor,
- f. tengan problema de abuso de alcohol u otras sustancias, pero no tienen la necesidad de tratamiento activo y el cuidado psiquiátrico no requiera ser provisto solo en un nivel intrahospitalario,
- g. su admisión es usada como alternativa a ser encarcelado, o por orden de tribunal que no cumpla con criterios de necesidad médica.

Según la Ley 408 del 2004, la falta de interés o incapacidad del padre o madre con patria potestad o custodia, del tutor legal o de la persona que tenga la custodia o el deber de proveerle cuido y albergue a una persona, no será base para ingresarle en una institución hospitalaria de salud mental sin reunir los criterios de hospitalización. De ser éste el caso, el director de la institución hará una petición al Tribunal para asegurar el albergue y cuidado correspondiente. La práctica de hospitalizar a una persona sin reunir los criterios clínicos adecuados será penalizada, según se dispone en el Artículo 168 del Código Penal de Puerto Rico.

### Excepciones Basadas en Juicio Clínico:

Aplica a casos en los que, aun cuando no hay marcadores de necesidad médica claros, la combinación de todos los factores personales, sociales, laborales y familiares, demuestran un riesgo tal que sugieren utilizar el nivel de servicio solicitado. Estas excepciones deben ser debidamente documentadas.

## 2. Expectativas del Servicio

### a. Expectativas Generales

Será responsabilidad de la facilidad conocer los detalles sobre los procesos establecidos por el plan para el manejo de sus beneficiarios. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.

En las primeras veinticuatro (24) horas luego de ser admitido el beneficiario en una facilidad de tratamiento psiquiátrico agudo, el hospital realizará:

- i. Un historial médico y un examen físico
- ii. Una evaluación/estimado de enfermería
- iii. Análisis de laboratorios según el cuadro clínico y condiciones médicas del asegurado
- iv. Un historial psiquiátrico presente y pasado completo, que incluya datos relevantes de hospitalizaciones previas dentro de la institución.
- v. Una evaluación psiquiátrica - Establecerán un diagnóstico según criterios específicos del DSM actual y el ICD-10. Diagnósticos no-especificados y a descartar, deben incluir un narrativo justificando el mismo y el plan a seguir para descartar y/o confirmar diagnósticos específicos en el plan de tratamiento.
- vi. Reconciliación de medicamentos
- vii. Comienzo del plan de alta y transición de cuidado
- viii. Un cernimiento por uso de alcohol y otras drogas, incluyendo pruebas toxicológicas de ser clínicamente indicado
- ix. Intervenciones médicas y/o farmacológicas supervisadas por un psiquiatra que de no brindarse de manera inmediata pudieran retrasar la recuperación del paciente.
- x. Consentimiento informado para tratamiento que cumplan con los requisitos de la Ley 408 del 2004.
- xi. Monitoreo de enfermería u otro personal de salud mental veinticuatro (24) horas al día
- xii. Registro de la admisión del paciente en la plataforma de FHC, <https://hospital.fhcsaludmental.com>

Otras intervenciones que se requieren durante el curso de la hospitalización:

- i. Una evaluación psicosocial en cuarenta y ocho (48) horas, o antes si es clínicamente indicado.

- ii. Establecer comunicación con proveedores externos y familiares en las primeras setenta y dos (72) horas para obtener información del historial y otra información clínica relevante.
  - iii. Terapias individuales, grupales o familiares al menos una vez al día.
  - iv. Al menos una intervención familiar presencial a menos que sea clínicamente contraindicado, donde se concrete una planificación de alta y transición de cuidado efectiva. Debe incluir educación sobre el proceso de la enfermedad, medicamentos, signos de alerta, necesidades y barreras para la recuperación según las preferencias del asegurado.
  - v. Evaluaciones clínicas diarias sobre el estado mental, intervenciones terapéuticas y el progreso de la condición del paciente realizadas por psiquiatras y terapeutas clínicos.
  - vi. Documentación diaria que evidencie la necesidad médica y el tratamiento activo.
  - vii. Las evaluaciones médicas psiquiátricas tienen que realizarse como mínimo cada cuarenta y ocho (48) horas y deben realizarse diariamente para asegurados que requieran tratamiento por más de seis (6) días.
  - viii. Una evaluación de riesgo suicida abarcadora para todo paciente con riesgo suicida alto.
  - ix. Las facilidades tendrán una política/procedimiento de manejo para pacientes de riesgo de suicidio.
  - x. Las facilidades tendrán una política y/o procedimiento que detalle su proceso de transición de cuidado y reducción de readmisiones.
  - xi. Las facilidades cumplirán con discusiones de pares de pacientes hospitalizados entre el psiquiatra de FHC y el psiquiatra a cargo del paciente cuando así sea requerido por FHC.
  - xii. Las facilidades deberán facilitar las discusiones con los terapeutas a cargo del paciente, cuando los manejadores de caso de FHC soliciten comunicación para intercambio de información y para establecer planes de transición de cuidado.
- b. Plan de Tratamiento
- El plan de tratamiento formulado según los tiempos y estipulaciones de la Ley 408 del 2004. Que sea interdisciplinario, individualizado, seguro y humano que corresponda a los hallazgos de las evaluaciones clínicas y expectativa de mejoría, y que provea una dirección hacia la recuperación mediante métodos específicos y medibles:
- i. Este requiere incluir el pronóstico y fecha estimada de alta, los tratamientos específicos que serán ordenados, incluyendo el tipo, cantidad, frecuencia y su duración.

- ii. Los resultados esperados deben ser medibles, funcionales, con tiempos específicos,
  - iii. el enfoque del tratamiento debe ser dirigido a los factores que llevaron a la persona a este nivel de severidad.
  - iv. Las actualizaciones del plan de tratamiento deben ser reflejo del tratamiento activo, indicado en la documentación los cambios, frecuencias y duración de los servicios que dirigen el progreso hacia los resultados esperados.
  - v. Las actualizaciones del plan requieren hacerse semanalmente o con mayor frecuencia, de ser necesario.
  - vi. Para beneficiarios de Medicare Advantage, el plan de tratamiento será conforme a lo establecido en el Local Coverage Determination L33975. Enlace: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?lcdId=33975>
  - vii. Para los pacientes que, por situaciones justificadas, no puedan continuar bajo el cuidado del psiquiatra que los admitió, el nuevo psiquiatra a cargo debe ejecutar sus recomendaciones dentro del marco establecido en el plan de tratamiento inicial. De determinar, basado en su juicio clínico, que el tratamiento debe modificarse desviándose del plan de tratamiento inicial, debe producir una actualización al plan el mismo día de la determinación, discutido con los otros profesionales del equipo y el paciente, conteniendo todas las partes requeridas de un plan de tratamiento. Esto aplica también para pacientes que esté bajo el cuidado de un grupo de psiquiatras.
  - viii. La división medica de FHC no considera como un alto estándar de cuidado los grupos psiquiátricos que no garantizan un solo médico a cargo del paciente durante el curso del tratamiento. Entendiendo que por cambios en quien lidera el plan de tratamiento, las variaciones del juicio clínico predisponen a la fragmentación del continuo de cuidado, pudiendo afectar el curso de la recuperación del paciente.
- c. Expectativas en Condiciones Específicas:
- i. Pacientes con riesgo suicida:
    - Para pacientes con pensamiento suicida se espera un análisis que identifique las causas, factores de riesgo/peligrosidad y pensamientos que los han llevado a estas ideas;
    - se esperan intervenciones diarias que vayan dirigidas a descubrir, prevenir, corregir, curar y/o aliviar la conducta, las causas y los riesgos modificables que llevan al paciente a presentar este pensamiento y/o conducta.
  - ii. Para pacientes que han cometido un intento suicida y/o el nivel de riesgo suicida es alto:

- Se debe hacer una evaluación de riesgo suicida inicial, y una evaluación de riesgo antes de ser considerado para alta del hospital. No se recomiendan escalas de cernimiento cortas que no evalúen el riesgo suicida de forma exhaustiva.
- El hospital completará una evaluación de los factores de riesgo como parte de una evaluación integral del riesgo de suicidio, que incluye, entre otros: ideación suicida actual, intento(s) de suicidio previo, afecciones psiquiátricas actuales (p. ej., trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias). o síntomas (p. ej., desesperanza, insomnio y agitación), hospitalización psiquiátrica previa, factores estresantes biopsicosociales recientes y disponibilidad de armas de fuego.
- Evaluar el grado de tendencia suicida, incluida la intención suicida y la letalidad del plan.
- Evidencia de manejo de factores de riesgo modificables.
- Uso de Tratamientos No Farmacológicos:
  - Intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual para la prevención del suicidio
  - Terapia dialéctica conductual
  - Intervenciones basadas en terapias de resolución de problemas
- Completar un plan de seguridad y respuesta a crisis:
  - Para garantizar la seguridad en la unidad, completar el plan de seguridad del hospital al momento del ingreso (con actualizaciones según sea necesario).
  - Antes del alta, y para garantizar la seguridad inmediatamente después del alta, desarrolle un plan de seguridad colaborativo para el entorno de vida o el entorno al que regresará el paciente. Incluir en la planificación a familiares y/u otras personas de apoyo que puedan estar involucradas con el paciente después del alta.
  - Como parte del plan de seguridad del alta, brindar información sobre las líneas telefónicas de crisis, incluida la Línea Nacional de Prevención del Suicidio. Tomar medidas para reducir el acceso a medios letales, pidiendo ayuda a los familiares y otras personas importantes.
- Planificación del alta y transición de cuidado:
  - Individualizada,
  - con orientación al cuidador/personal del hogar/persona más cercana disponible sobre riesgos y plan de seguridad.
  - La planificación del alta tendrá todos los elementos descritos en este Manual para asegurados de FHC tratados en un hospital

- agudo: se han especificado las coordinaciones para la cuidados post-alta, incluida una comunicación escrita clara para el paciente, el cuidador, el siguiente nivel de atención y los proveedores ambulatorios.
- iii. Pacientes con problemas de uso de alcohol u otras sustancias.
    - Se requiere una evaluación y manejo por un profesional de salud mental con adiestramientos de consejería en adicción.
  - iv. Para un paciente que requiera tratamiento de terapia electroconvulsiva durante la hospitalización:
    - Tienen que cumplir con los requisitos de selección y consentimientos del paciente según la Ley 408 del 2004.
  - v. El hospital tendrá que facilitar y cooperar con procesos de ubicación y tratamiento involuntario a asegurados que lo requieran.
  - vi. A los niños de 0 a 12 años se les debe proveer servicios a tenor con su edad y género, con terapias individualizadas y separadas del tratamiento de los adolescentes y adultos. Los servicios hospitalarios pueden ser compartidos entre la población de niños y adolescentes, contando con la estricta supervisión. Nunca se mezclarán servicios de tratamiento de niños y adolescentes con los de adultos.
- d. Plan de Alta (Discharge Planning) y Transición de Cuidado
- Tiene que cumplir con estos elementos:
- i. Comienza al momento de la admisión. Debe contemplar proyección de alta.
  - ii. Incluye un diagnóstico final específico, o de no haber sido clarificado durante hospitalización, debe incluir un plan sugerido al próximo nivel de cuidado para clarificar diagnóstico(s) temporero(s).
  - iii. Identificación de todos los recursos de apoyo disponibles.
  - iv. Llevar a cabo un análisis de potenciales barreras y factores físicos, cognitivos, psicológicos, familiares, sociales, transportación y económicos que pueden limitar la continuidad del tratamiento y transición de cuidado efectivo, y como resultado, promover recaídas y readmisiones. Harán recomendaciones y referidos según los hallazgos de ese análisis, incluyendo al programa de Manejo de Casos de FHC.
  - v. Un Plan de Respuesta a Crisis para pacientes que fueron admitidos por intentos suicidas o con alto riesgo suicida, que se diseñe desde las evaluaciones iniciales, y se incluya como parte de las orientaciones al alta. Este debe considerar la ideación suicida reciente e historial crónico de intentos de suicidio, factores estresantes recientes y quejas actuales, factores de protección; identificación de signos claros de crisis (conductuales, cognitivos, afectivos o físicos); identificación de habilidades de autogestión; identificación

- de apoyo social, incluidos amigos y familiares que han ayudado en el pasado y con quiénes se sentirían cómodos contactando en caso de crisis; revisión de los recursos de crisis, incluidos los proveedores médicos, otros profesionales y números de teléfonos para emergencias. Coordinación directa con los cuidadores, familiares, proveedores ambulatorios, grupos de autoayuda y otros recursos comunitarios para lograr una transición efectiva a distintos niveles de cuidado menos restrictivos y reintegración a la comunidad.
- vi. Coordinación directa para continuidad de tratamiento de salud mental en siete (7) días o menos de la fecha del alta. Tiene que coordinar tratamiento con psiquiatra en o antes de treinta (30) días directamente con su psiquiatra principal, o en ausencia de disponibilidad o ser de nuevo ingreso, con un proveedor que esté al alcance de las limitaciones geográficas del asegurado. No se considera una coordinación satisfactoria el dar una fecha de cita sin haberse establecido comunicación y validada disponibilidad con el proveedor que dará el seguimiento.
  - vii. Cuando la coordinación post alta sea con clínicas multidisciplinarias, tiene que considerar que estas citas no siempre son con psiquiatra. El hospital, confirmando la fecha en que un médico de la clínica ofrecerá seguimiento, tiene que dar una la receta post-alta con suficiente cantidad de medicamentos hasta la fecha de la evaluación médica.
  - viii. Incluir referidos y coordinación con otros profesionales y niveles de cuidado según los diagnósticos y hallazgos clínicos, como por ejemplo a médico primario, terapia electroconvulsiva de continuidad, especialistas en adicción, Intensivos Ambulatorios, Manejo de Caso de FHC, etc.
  - ix. Referir a Manejo de caso de FHC a todo asegurado con potencial de readmisión tan pronto se identifique el riesgo, y a altos utilizadores para colaborar en la transición de cuidado previo al alta.
  - x. Prescripción de medicamentos con suficiente cantidad para cubrir los días hasta la cita post-alta con el psiquiatra. Tiene que haber sido considerado el formulario de medicamentos según la cubierta del asegurado, y completado el proceso de pre-autorización para medicamentos que lo requieran.
  - xi. Un resumen de alta comprensivo que será transmitido al paciente, el cuidador, el psiquiatra ambulatorio y a cualquier otro proveedor de salud física o mental relevante. Las instrucciones y recomendaciones del mismo tienen que ser explicadas y validado que fue entendido por el asegurado y/o encargado.
- e. Resumen de Alta
- i. El resumen contemplará un plan de cuidado continuo e individualizado dirigido a los proveedores ambulatorios que incluya: el diagnóstico final, razón y precipitantes de la hospitalización, curso de la hospitalización, reconciliación

- de medicamentos, recomendaciones de nivel de cuidado, recomendaciones específicas de tratamiento, citas y referidos. Debe incluir riesgo suicida si alguno.
- ii. Tendrá una reconciliación de medicamentos que contenga todos los medicamentos prescritos de salud física y mental, indicados y en uso por el paciente. También incluirá los medicamentos inyectables de larga duración. Todo medicamento debe ser documentado con el nombre, dosis, frecuencia, fecha de administrado y próxima dosis (para inyectables de larga duración) e indicación.
  - iii. También incluirá instrucciones al paciente y/o encargado sobre el uso de medicamentos, potenciales efectos secundarios, manejo de su condición, señales de alerta, recursos comunitarios y contactos para aclarar dudas y cualquier necesidad de orientación.
  - iv. Un plan de seguridad y respuesta a crisis para pacientes que fueron admitidos por intentos suicidas o con alto riesgo suicida.
- f. Readmisiones Tempranas

FHC considera una readmisión temprana como un evento donde un beneficiario es admitido a un hospital psiquiátrico agudo o un hospital general en o antes de 30 días luego de ser dado de alta de algún hospital psiquiátrico o un hospital general por la misma condición médica o una relacionada. Este evento es atribuido al hospital psiquiátrico u hospital general que dio el alta antes de la readmisión. Las readmisiones pueden indicar problemas en la calidad de la atención o la gestión de la transición de cuidado. Los beneficiarios que se readmiten han o están teniendo necesidades que han prevenido que puedan lograr estabilidad. Por esta razón, estos individuos requieren mayor atención para reducir riesgo de mayor deterioro y recaídas.

Para beneficiarios que la admisión en curso es un evento de readmisión, el hospital tiene que:

- i. Evidenciar en el expediente un análisis de la hospitalización previa, evaluación de las razones, factores y barreras que potenciaron la readmisión, e intervenciones claras dirigidas a los factores que han llevado al asegurado a la recaída.
- ii. Mediar una discusión médico-a-médico en las primeras cuarenta y ocho (48) horas para reportar el progreso, necesidad médica continuada, alternativas adicionales de manejo y proyecciones de alta.
- iii. Contemplar los factores de la admisión previa y de la readmisión en el plan de tratamiento.

- iv. Las facilidades tendrán una política y/o procedimiento que detalle su proceso de transición de cuidado para pacientes que han sido, o están a riesgo de ser readmitidos.
- v. Readmisiones tempranas en las que se identifique que la misma pudo haber sido prevenida por fallo en la planificación de alta o transición de cuidado, podría conllevar denegaciones parciales o totales de la admisión previa.
- g. Restricciones Terapéuticas
  - i. Se considera como restricción química tanto la medicación que tenga como propósito manejar agitación/agresividad aguda, como la medicación intramuscular usada para tratamiento cuando alternativas orales están disponibles. No se considera restricción la medicación intramuscular que sea para tratamientos de depósito/larga duración.
  - ii. Las restricciones terapéuticas tienen que cumplir con los requisitos según estipulados por la Ley 408 del 2004 y la Joint Commission.

### **3. Documentación y Legibilidad**

El expediente clínico de cada persona requiere contener la documentación necesaria para cumplir los criterios de necesidad médica para el nivel de servicio que se esté brindando. Los profesionales que brindan el servicio tienen que documentar de manera clara y legible. El expediente requiere contener lo siguiente:

- a. Documentación de cada evaluación brindada por cada uno de los profesionales, al igual que para cada intervención, procedimiento y orden prescrita.
- b. Notas de progreso individuales diarias.
- c. La documentación requiere que se describa en detalle la conducta presentada y la intervención ofrecida. No es suficiente solo mencionar el criterio requerido. Por ejemplo, plan estructurado no se considera una descripción clínica si no se detalla la estructura, metodología y viabilidad del plan. También, por ejemplo, alucinaciones de comando, no se consideran una descripción clínica sino se detalla el contenido, intensidad, frecuencia y efecto en el paciente. Documentación con listas de verificación marcadas, sin descripción de la conducta, no necesariamente serán suficientes para que se cumpla con los criterios de necesidad médica.
- d. Las intervenciones y las terapias requieren incluir:
  - i. la descripción de la naturaleza del servicio,
  - ii. el estatus actual, cambios y progreso detallado del paciente (signos, síntomas, conducta, verbalizaciones, estado mental) durante el curso del servicio,
  - iii. la respuesta del paciente a cada intervención terapéutica,
  - iv. la relación con las metas establecidas en el plan de tratamiento (desviaciones del plan, logros, etc.) y

- v. el plan inmediato para continuar tratamiento o dar el alta.
- vi. Adicional, las notas de progreso de psicoterapias individuales y grupales también tienen que presentar de manera específica el tipo de psicoterapia brindada acorde con las metas establecidas en el plan de tratamiento. La nota requiere detallar el servicio provisto: una breve descripción del contenido de la sesión, lo que el paciente comunica y la respuesta del paciente a la sesión.
- e. Cada nota tiene que ser legible, fechada, firmada y con el nombre y título del profesional que brindó la intervención.
- f. El plan de tratamiento será actualizado al menos cada siete (7) días según el progreso, evaluaciones, estado clínico actual y con los cambios necesarios. Debe evidenciarse también si hay falta de progreso, su relación con el tratamiento activo y expectativa de mejoría.
- g. Se espera que el narrativo, el análisis clínico, el plan de tratamiento y el progreso de cada asegurado sea individualizado. Similitudes en documentación que sugieran un proceso no individualizado podrían ser considerados para denegación. Evidencia de plagio de notas de otros pacientes, o del mismo paciente con fechas distintas serán referidos al departamento de fraude y abuso de FHC.
- h. De haber diferencia en los hallazgos clínicos entre los profesionales que lo evalúan, se debe documentar la razón de la discrepancia y el paso a seguir según ese hallazgo.
- i. De no ser legible o estar incompleto algún contenido relevante en alguno de los documentos, este podría afectar el análisis de necesidad médica. De no proveer la documentación legible, completa y con los criterios necesarios para sustentar el tratamiento brindado podría resultar en denegación de servicios o reclamaciones.

FHC podrá llevar a cabo auditorias sobre expectativas del tratamiento descritas en este manual y otros elementos que midan calidad del servicio. Estas auditorías, con previo aviso y con intención de mejoramiento, podrían ser utilizadas para distintas estrategias de incentivos, planes correctivos y hasta penalidades.

#### **4. Proyectos de Calidad y Farmacia**

Es de suma importancia que las facilidades que le brindan servicios a nuestros beneficiarios Medicare Advantage sean partícipes y facilitadores de nuestros programas de Calidad y Farmacia monitoreados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Estos programas buscan proveer un cuidado de calidad y utilizar los medicamentos de una forma segura:

- a. “Initiation and engagement” (Iniciación y compromiso): Este programa de mejoramiento de calidad va dirigido a lograr una mayor identificación y pronta

intervención de beneficiarios Medicare Advantage que tienen Trastornos por Uso de Alcohol y otras Drogas. Este consiste en lograr brindar al asegurado una primera evaluación (iniciación) de salud mental en o antes de 14 días luego de ser diagnosticado. Y dos (2) visitas subsiguientes (seguimiento) en un periodo de 34 días luego de la iniciación. Para el 2022 la meta es lograr un 34% de iniciación y un 3% de seguimiento.

- b. Uso de antipsicóticos en pacientes Geriátricos con Demencia: Debido al aumento en el riesgo de muerte y accidentes cerebrovasculares en la población geriátrica con diagnóstico de demencia, se debe limitar el uso de antipsicóticos en asegurados que no tengan un diagnóstico de Esquizofrenia, Enfermedad de Huntington o Trastorno Bipolar. De ser estrictamente necesario el uso de antipsicóticos en esta población por agitación y/o psicosis, se recomienda el uso temporero para tratar los síntomas. Usted puede referirse a las guías de la Asociación Americana de Psiquiatría “The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients with Dementia” publicadas en el año 2016. Limitar el uso de medicamentos de alto riesgo para pacientes Geriátricos. (Ver lista en el Anejo C de este documento.)
- c. Promover adherencia a pacientes con uso de medicamentos antidepresivos.
- d. Promover adherencia a pacientes con uso de medicamentos antipsicóticos.
- e. Asegurar que la reconciliación de medicamentos luego del alta es realizada por psiquiatra, enfermero(a) o farmacéutico(a) dentro de los treinta (30) días luego del alta. Validando los medicamentos que tomaba antes y durante la hospitalización y luego del alta, y que el tratamiento es indicado según el diagnóstico. Evitando de esta manera cualquier discrepancia y/o efecto adverso relacionado a la terapia.

## **5. Revisión de Utilización**

- a. El Departamento de Utilización de FHC está a cargo de la evaluación de necesidad médica, documentación apropiada y cumplimiento con los estándares de cuidado detallados en esta guía basados en el CMS Local Coverage Determination y otros requerimientos de CMS. InterQual® Behavioral Health Criterias también es utilizado, pero no de manera exclusiva.
- b. La revisión inicial de expedientes es realizada por los Coordinadores de Utilización. Estos son profesionales clínicos licenciados y están bajo la supervisión de médicos psiquiatras.
- c. El proveedor tiene que proporcionar la coordinación efectiva de acceso a los documentos y expedientes solicitados.
- d. Determinaciones adversas (denegaciones) por criterios de necesidad médica serán establecidas sólo por un médico.

- e. El Coordinador de Utilización servirá como comunicador de las determinaciones médicas. De haber objeción y/o dudas sobre determinaciones adversas, y se desee discutir el mismo, debe utilizar la discusión de pares (discusión médico-a-médico) como medio de clarificación, no al Coordinador de Utilización.
- f. Las discusiones con pares no son reconsideraciones o apelaciones. Para objetar determinaciones adversas tiene que cumplir con el procedimiento de apelaciones de nuestra organización.

## **6. Procesos de Revisión**

### **a. Revisión retrospectiva**

La revisión retrospectiva se establece para corroborar que un servicio ya brindado haya cumplido con los criterios de necesidad médica, requerimientos contractuales y expectativas del servicio descritos en este documento.

El proceso para solicitar una revisión retrospectiva de una hospitalización psiquiátrica aguda es el siguiente:

La facilidad deberá enviar el expediente del asegurado al siguiente correo electrónico [FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com](mailto:FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com) dentro de los 30 días calendario para MCS Life y MCS CC y 45 días para cuentas Triple S. La documentación de respaldo del caso incluirá:

- i. evaluación psiquiátrica y de terapeuta primario
- ii. notas de progreso de médicos y terapeutas,
- iii. preevaluaciones y notas de resultados para casos de pacientes que recibieron ECT (Terapia Electroconvulsiva)
- iv. notas de intervención familiar,
- v. notas de la discusión del caso con el proveedor ambulatorio,
- vi. notas de consejería de uso de sustancias para casos de pacientes con trastornos por uso de sustancias,
- vii. hojas de órdenes médicas,
- viii. plan de tratamiento inicial y actualizado,
- ix. planificación del alta y
- x. resumen de alta

La determinación se notificará vía correo electrónico en un período dentro de 30 días calendario posterior al recibo de la solicitud.

### **b. Monitoreo de curso de hospitalización y revisión concurrente**

El monitoreo de la hospitalización y revisiones concurrentes se establecen para corroborar que un servicio en curso esté cumpliendo con los criterios de necesidad médica, requerimientos contractuales y expectativas del servicio descritos en estos documentos.

El proceso para envío de casos que están activos en el curso de tratamiento de una hospitalización psiquiátrica aguda es el siguiente:

FHC establecerá un cronograma para el seguimiento de casos de acuerdo con cada Facilidad.

- i. Cada Facilidad entregará voluntariamente vía correo electrónico FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com, la documentación clínica de los casos en el cronograma acordado.
  - ii. El URC evaluará el cuadro y proporcionará comentarios por correo electrónico a la facilidad sobre la idoneidad de la documentación y el progreso del tratamiento. Si se identifican problemas en la documentación, incluidos, entre otros, posible nivel inadecuado de atención y planificación del tratamiento, el caso se refiere al consultor médico de FHC para obtener comentarios y recomendaciones adicionales.
  - iii. Los comentarios y recomendaciones se enviarán por correo electrónico al Departamento de UR de la facilidad. El médico que atiende al asegurado puede analizar el caso con el consultor médico de FHC para obtener aclaraciones y recomendaciones.
- c. Apelaciones

De no estar de acuerdo con denegaciones totales o parciales por concepto de necesidad médica de algún caso que fue admitido para tratamiento psiquiátrico intrahospitalario en su facilidad, debe someter una petición de apelación al Departamento de Revisión de Utilización dentro de 60 días calendario para la cuenta de Medicare Advantage y de 45 días calendario para las cuentas comerciales posteriores a la notificación de los días aprobados y denegados al 1-866-464-0928 o a la dirección detallada en el formulario Autorización de Servicios de Salud Mental. La documentación de la solicitud de apelación se enviará por fax a la atención del Departamento de Revisión de Utilización.

Medios de envío:

- i. Fax: 1-866-464-0928
- ii. Dirección Postal:

FHC of Puerto Rico, Inc.  
Departamento de Revisión de Utilización  
17 Calle 2 Suite 520  
Metro Office Park  
Guaynabo, PR 00968-1750

Al preparar un caso los expedientes que se someterán a FHC deben seguir las siguientes pautas:

- i. Debe enviarse de manera individual, identificado con el nombre del beneficiario, el número de contrato, fecha de admisión y fecha de alta.
- ii. Una hoja de transmisión de fax encabezando el archivo del caso, de modo que el personal de FHC pueda distinguir claramente los nuevos casos de otros documentos que se reciban.

- iii. Copia de la notificación de Autorización para Servicios de Salud Mental.
- iv. Narrativo del caso.
- v. El argumento de apelación claramente definido refutando la razón específica de la denegación.
- vi. Documentación que sustente el caso, tales como expedientes médicos.
- vii. Un bosquejo que señala específicamente dónde en el expediente médico está la información que falta, o la narrativa clínica que refuta la razón específica de la negación.
- viii. Una copia completa de la Evidencia de Cubierta pertinente, guías médicas y/o literatura médica que apoyan el argumento de apelación.
- ix. La documentación de apoyo del caso incluirá:
  - Todas las evaluaciones e intervenciones clínicas
  - Notas de progreso de médicos y terapeutas
  - Pre-evaluaciones y notas de resultados para casos de pacientes que recibieron ECT
  - Notas del progreso de enfermería para casos de pacientes con trastornos de uso de sustancias
  - Notas de intervención familiar
  - Notas de la discusión del caso con el proveedor de servicios ambulatorio
  - Notas de progreso del consejero de sustancias para casos de pacientes con trastornos del uso de sustancias
  - Hojas de órdenes médicos
  - Plan de tratamiento inicial y las actualizaciones
  - Planificación de alta y resumen de alta
- x. La documentación ilegible no se considerará para revisión.
- xi. La determinación se realizará dentro de 30 días calendario posterior a la solicitud. La revisión de la apelación de primer nivel y determinación estará a cargo de un psiquiatra “Board Certified” que no estuvo envuelto en la denegación inicial.
- xii. Para la cuenta de Medicare Advantage, las determinaciones establecidas en el primer nivel de apelación serán finales y no habrá otro nivel de apelación disponible.
- xiii. Para las cuentas comerciales, los procesos para otros niveles de apelación estarán definidos según los acuerdos contractuales de la facilidad con cada plan médico.

## **7. Manejo de Casos**

- a. El Departamento Clínico de FHC cuenta con el programa de Manejo de Casos, el cual brinda servicios de cuidado coordinado para los beneficiarios que han

experimentado un evento crítico o diagnóstico que requiere uso extensivo de los recursos.

- b. Con el propósito de lograr mejores resultados en el proceso de recuperación de los pacientes de mayor necesidad, se espera que las facilidades que proveen servicios psiquiátricos agudos sirvan como enlace y facilitadores junto con los manejadores de caso de FHC.
- c. Se requiere que los profesionales clínicos de la facilidad cooperen con nuestros manejadores de caso para atender las necesidades de los pacientes de mayor necesidad, que presentan barreras para la continuidad de cuidado, utilizan el servicio de manera frecuente y los que potencialmente están mal utilizando el servicio.
- d. Como parte de una transición de cuidado adecuada, las discusiones del caso, comunicación con los profesionales a su cargo, acceso al paciente, intercambio de información clínica podrían ser solicitados por algún manejador de caso de FHC.

## **8. Responsabilidad de Personas que Reciben Servicios de Salud Mental en Puerto Rico**

La Ley 408 del 2004, establece que las personas que reciben servicios de salud mental tienen que cumplir con las siguientes responsabilidades:

- a. Asumir responsabilidad sobre su recuperación en la medida de sus capacidades.
- b. Participar en las actividades y programas de autosuficiencia de apoyo en la comunidad.
- c. Los tutores o encargados de la persona que recibe servicios de salud mental tienen la responsabilidad de llevar a la persona a sus tratamientos, participar en aquellas actividades, consejería y terapias familiares que le recomienden para el progreso de la persona con trastornos mentales.

Toda persona adulta que, por razón de consanguinidad o por obligación moral, ya sea porque se haya beneficiado económicamente, obtuvo beneficio de cualquier tipo de la persona que padece de trastornos mentales, o que necesita o recibe servicios de salud mental, estará obligado a proveer el apoyo necesario y procurará que la persona con trastorno mental pueda participar en los servicios que propenda a su recuperación, de acuerdo con su nivel de capacidad.

## **9. Criterios para Admisión**

- a. Toda admisión tiene que cumplir con todos los elementos de necesidad médica.
- b. El asegurado presenta conducta que demuestra que su salud física está en grave riesgo, o que es altamente probable posea un plan o intención de causar daños físicos de gran magnitud a su persona, a otra persona o a la propiedad como producto de un trastorno psiquiátrico, y no como producto de conducta criminal intencional, evidenciado por alguno o más de los siguientes:

- i. Intento suicida u homicida grave dentro de las últimas cuarenta y ocho (48) horas.
  - ii. Traslado de paciente de una unidad médica luego de intento suicida grave y planificado que requirió estabilización médica intrahospitalaria.
  - iii. Intención suicida u homicida y con alta probabilidad de ser atentado.
  - iv. Síntomas maníacos severos.
  - v. Síntomas psicóticos positivos en las últimas veinticuatro (24) horas y con riesgo inminente de daño a sí mismo u otros.
  - vi. Alucinaciones activas que comanden daño severo hacia sí mismo u otros, y que haya riesgo razonable de llevar a cabo los comandos.
  - vii. Destrucción de la propiedad en las últimas veinticuatro (24) horas y con alto riesgo de recurrencia.
  - viii. Agresión física grave no suicida contra sí mismo en las últimas seis (6) horas y con alto riesgo de recurrencia, y con pobre control de impulso, y con probabilidad de requerir restricción o reclusión.
  - ix. Agresión física grave a otra persona en las últimas veinticuatro (24) horas con alto riesgo de recurrencia, y con pobre control de impulso y con probabilidad de requerir restricción o reclusión.
  - x. Agitación severa con riesgo inminente de tornarse violento.
  - xi. Catatonía.
  - xii. Deterioro agudo de funcionamiento que imposibilita la capacidad para proveerse cuidado propio por sí mismo o por sus cuidadores, y no es una disfunción crónica, y hay una expectativa razonable justificada de que habrá mejoría clínica.
  - xiii. Trastorno alimenticio con condición médica inestable.
  - xiv. Síntomas graves de retirada de sustancias que requieren atención médica y que no pueda ser manejados en otro nivel de cuidado por alto potencial de letalidad.
- c. La documentación requiere que se describa en detalle la conducta presentada, no solo la mención del criterio requerido. Documentación con listas de verificación sin descripción de conducta, no necesariamente serán suficientes para que se cumpla con los criterios de necesidad médica.
- d. Los tratamientos a nivel intrahospitalarios tienen que coincidir con la intensidad del nivel al cual el asegurado está siendo tratado. Se tiene que considerar el tratamiento farmacológico ambulatorio (y post alta para readmisiones de la misma institución) durante el proceso de admisión y plan de tratamiento.

FHC y su Departamento Clínico podrá llevar a cabo la evaluación de necesidad médica en el proceso de admisión, durante la hospitalización o posterior al alta, según el caso y tipo de cubierta. FHC podrá llevar a cabo auditorías sobre expectativas del tratamiento

descritas en este manual y otros elementos que midan calidad del servicio. Estas auditorías conllevarían intención de mejoramiento y podrían ser utilizadas con previo aviso para distintas estrategias de planes correctivos.

## **10. Criterios para Continuidad de Estadía**

- a. Todos los días que el asegurado se encuentra recibiendo tratamiento intrahospitalario tiene que continuar cumpliendo con los elementos de necesidad médica y con los criterios de admisión.
- b. Los síntomas del asegurado tienen una expectativa razonable y justificada de que tendrán mejoría clínica y que no pueden ser manejado en un nivel de tratamiento menos restrictivo.
- c. El tratamiento provisto está dirigido a mejoramiento clínico diario medible. En caso de no tener el progreso esperado, el plan de tratamiento debe ser reevaluado y modificado prontamente para atender las barreras que han impedido la mejoría.
- d. Las notas de progreso además de los síntomas que llevan al paciente estar en tratamiento hospitalario, mostrarán evidencia de tratamiento activo. Es requisito documentar las intervenciones clínicas diarias que apliquen según la condición mental del asegurado y dirigidas a los síntomas que mantienen al paciente en este nivel de cuidado: ajuste de farmacoterapia, ECT, asistencia médica emergente, restricción, reclusión, medicación emergente, psicoterapia específica.
- e. La continuidad de estadía no tiene como propósito primordial el proveer un ambiente seguro y estructurado.
- f. La continuidad de estadía no es primordialmente debido a falta de apoyo externo o por requisito del tribunal.
- g. La documentación requiere que se describa en detalle la conducta presentada y la intervención ofrecida, no solo la mención del criterio requerido. Documentación con listas de verificación sin descripción de la conducta, de las intervenciones y de las terapias, no necesariamente serán suficientes para que se cumpla con los criterios de necesidad médica.

FHC y su Departamento Clínico podrá llevar a cabo la evaluación de necesidad médica en el proceso de admisión, durante la hospitalización o posterior al alta, según el caso y tipo de cubierta.

Las guías de criterios de necesidad médica están accesibles al público a través del portal de Internet de FHC: <https://fhcsaludmental.com/>

En caso de necesitar clarificar o discutir algún criterio en específico para un proceso de autorización, debe solicitarlos al Departamento de Revisión de Utilización de FHC.

## **IV. Terapia Electroconvulsiva (ECT)**

### **1. Descripción**

La terapia electroconvulsiva (ECT por sus siglas en inglés) es un tratamiento que utiliza corriente eléctrica para producir una convulsión cerebral generalizada en una persona bajo anestesia general. Este procedimiento se originó a finales de la década del 1930, y se refinó con el uso de anestesia para los 1950's. El ECT se usa principalmente para tratar depresión severa, pero también está indicado para el uso de otras condiciones, incluyendo fases del trastorno bipolar, trastornos psicóticos, catatonía y síndrome neuroléptico maligno.

Este servicio tiene que ser provisto por un psiquiatra entrenado, certificado y continuamente actualizado en la materia, en una facilidad debidamente equipada. Este servicio puede ser provisto como parte del tratamiento agudo de un paciente hospitalizado, al igual como un procedimiento ambulatorio.

### **2. Consideraciones y Expectativas para el Tratamiento con Terapia Electroconvulsiva**

- a. El paciente tiene que haber sido referido por un psiquiatra distinto al que proveerá el tratamiento.
- b. El psiquiatra con privilegios para ofrecer ECT validará que el paciente referido cumple con los diagnósticos y condiciones por las cuales la evidencia ha mostrado que es muy probable que el paciente responda positivamente al ECT.
- c. El procedimiento de ECT será realizado por un psiquiatra quien participa de educación médica continua sobre el ECT, y quien mantiene todas las certificaciones requeridas por ley y por La Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica.
- d. El proveedor ha considerado que el riesgo de administrar el ECT es menor que el de otros tratamientos igualmente efectivos.
- e. Tiene que mediar una evaluación médica que contemple cualquier condición médica que pueda aumentar los riesgos del ECT o la anestesia, al igual que el permiso médico de un especialista en anestesia para determinar si la condición del paciente necesita precauciones especiales.
- f. Se debe evaluar la totalidad de medicamentos prescritos que el paciente está usando, y si el paciente está usando ciertos medicamentos que podrían impactar negativamente el procedimiento, debe incluir documentación que justifique la razón de continuar con los mismos. (cardiovasculares, anticoagulantes, hipoglucemiantes, antiasmáticos, gastrointestinales, litio, benzodiazepinas, anticonvulsivantes).
- g. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, las evaluaciones Pre-ECT consisten en un historial médico y psiquiátrico personal y familiar, un repaso de sistemas, un examen físico, y la evaluación por un profesional de anestesia. Según los hallazgos, evaluaciones adicionales podrían ser ordenadas por riesgos de cuidado para administrar el ECT o la anestesia. Otras evaluaciones pueden

incluir laboratorios, ECG, imágenes, o consultas a especialistas. No hay condiciones médicas o psiquiátricas que sean contraindicaciones absolutas para el ECT, pero ciertas condiciones podrían requerir precauciones especiales, o un análisis detallado de riesgos sobre beneficios del ECT.

- h. Todas las evaluaciones médicas y psiquiátricas deben considerar las posibilidades de condiciones comórbidas relevantes.
- i. Se requiere educar al paciente y al familiar sobre riesgos y beneficios del tratamiento.
- j. Se requiere consentimiento informado según definido por la Ley 408 del 2004 y autorización expresa por escrito.
- k. En el caso de que este tratamiento sea indicado para el adulto, pero que por su condición no pueda consentir, y no tenga tutor asignado legalmente, será necesario celebrar una vista para que el Tribunal determine si procede o no el tratamiento y emita una orden a dichos efectos.
- l. Al adulto a quien se le considere someter al tratamiento de terapia electroconvulsiva y a su tutor, si lo hubiere, se le notificará tal intención con por lo menos cuarenta y ocho (48) horas anteriores al tratamiento.
- m. Todo adulto tendrá el derecho a rehusar este tratamiento por escrito en cualquier momento, inclusive, después de haber aceptado el mismo.
- n. Según la Ley 408 del 2004, toda entidad proveedora de servicios en salud mental, que ofrezca la modalidad de terapia electroconvulsiva, tendrá un protocolo que incorpore los estándares aceptados por la “American Psychiatric Association” (APA) y las entidades que regulan la administración de dicha terapia.
- o. Será responsabilidad de la entidad proveedora de servicios de salud mental mantenerse actualizada sobre los adelantos científicos que puedan alterar los procedimientos o administración de esta modalidad de tratamiento.
- p. Si el paciente que está recibiendo el ECT se encuentra en tratamiento agudo intrahospitalario, este podría continuar con el tratamiento ECT de manera ambulatoria una vez esté estable y no requiera un nivel de cuidado de mayor restricción.
- q. Si un paciente admitido en hospital es candidato a ECT, tiene que ser contemplado desde el inicio de la hospitalización. Cualquier retraso previsible en identificar el ECT como parte del plan de tratamiento, y esto evidentemente postergue la recuperación del paciente, podría redundar en denegaciones de días de hospitalización.
- r. Para la mayoría de los pacientes, el ECT es generalmente seguro y efectivo en un escenario ambulatorio cuando no hay necesidad médica de un nivel de cuidado mayor.
- s. Se requiere formular un plan de tratamiento que incluya estimado de tiempo y sesiones para el tratamiento agudo, y si se recomienda continuidad y mantenimiento. De recomendar tratamiento de continuidad y/ o mantenimiento,

requiere desarrollar un plan a corto y largo plazo, y este será compartido y discutido con el psiquiatra a cargo del seguimiento ambulatorio del asegurado.

### **3. Consideraciones Farmacológicas**

#### **a. Benzodiazepinas**

- Deben ser tituladas y descontinuadas siempre que sea posible durante el ECT por sus propiedades anticonvulsivantes, por lo que pueden aumentar el dintel de convulsión, acortar la duración de la convulsión y disminuir la intensidad de la convulsión por ECT. Esto podría causar una disminución en la efectividad clínica del ECT.
- Para pacientes que requieran continuar en benzodiazepinas durante el ECT, es razonable cambiar a medicamentos de vida media corta, y detener la dosis de la noche previo a cada ECT. Dosis pequeñas de benzodiazepinas, pueden no ser un problema para el procedimiento.
- Otra alternativa para pacientes que necesitan continuar el uso de benzodiazepinas, es utilizar Flumazenil previo a la inducción con anestesia.

#### **b. Anticonvulsivos**

- Los anticonvulsivos pueden interferir con la efectividad del ECT, similar a las benzodiazepinas. Cuando anticonvulsivos son usados para la estabilización del ánimo, en general deberían ser titulados y descontinuados previo al ECT. Para pacientes con epilepsia, el uso de anticonvulsivos debe continuar, pero se deben considerar modificaciones para reducir el riesgo de afectar los resultados del ECT.

#### **c. Litio**

- El uso de litio en pacientes que reciben ECT no tiene que ser descontinuado, ya que no afecta la efectividad de la convulsión. Si se debe tener presente, que el litio tiene el potencial de aumentar los efectos adversos cognitivos del ECT y de prolongar los efectos de la Succinylcholine.

Otras consideraciones:

Previo a establecer el diagnóstico de resistencia a tratamiento, y recomendar terapia electroconvulsiva, los clínicos tienen que descartar causas de pseudo-resistencia, por ejemplo:

- a. No adherencia
- b. Farmacoterapia sub-óptima
- c. Tratamientos no-farmacológicos sub-óptimos,
- d. Diagnóstico erróneo
- e. Concurrencia con otros trastornos mentales como trastornos de personalidad, trastornos de uso de sustancias o condiciones médicas
- f. Interacciones entre medicamentos,
- g. Metabolizadores ultrarrápidos de la enzima p450

#### **4. Criterios para iniciar Terapia Electroconvulsiva aguda/corto plazo**

##### Requisitos Generales:

- a. Será responsabilidad de la facilidad conocer los detalles sobre los procesos establecidos por el plan para el manejo de sus beneficiarios. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.
- b. Cumplir con elementos básicos de necesidad médica según la condición.
- c. Confirmar el diagnóstico por el cual estará siendo tratado. Descartar condiciones orgánicas, trastorno de sustancias y trastorno de personalidad como factores determinantes de su condición mental actual. Completar la evaluación médica Pre-ECT y haber recibido el visto bueno por el médico evaluador. Obtener un consentimiento informado del paciente o del tutor legal según lo define la Ley 408 del 2004. Completar un plan de tratamiento a corto y largo plazo. Para las cuentas que requieren ser preautorizadas, favor de someter la solicitud correspondiente y completada en su totalidad al menos con veinticuatro (24) horas de anticipación para evitar demoras. (ver anejo A – Formulario ECT IP – Inicial.pdf)
- d. Los criterios para tratamiento de ECT son independientes a los criterios de hospitalización aguda. La necesidad de ECT no se considera como un criterio suficiente para justificar una estadía en hospital psiquiátrico agudo. El administrar ECT durante una hospitalización aguda, donde el paciente no presente criterios para estar hospitalizado, conllevará denegación de los días donde hubo fallo en evidenciar la necesidad médica.
- e. Requisitos específicos a la condición psiquiátrica
- f. Para Depresión Unipolar confirmada requiere documentación que muestre evidencia de:
  - i. Síntomas severos de alta intensidad que provocan deterioro agudo y severo en el funcionamiento, tales como conducta suicida persistente, presencia de secuelas médicas por falta de alimentación e hidratación, autoagresión severa y persistente en ausencia de un trastorno de personalidad; y
  - ii. Alguno de estos elementos:
    - fallo terapéutico confirmado de al menos dos tratamientos de dos (2) clases diferentes de antidepresivos. Los antidepresivos tienen que haber sido tratados de manera consistente por cuatro (4) a seis (6) semanas en las dosis máximas toleradas; o
    - evidencia de respuesta a ECT agudo previo para un cuadro clínico similar al presente.
- g. Para Depresión Bipolar confirmada requiere documentación que muestre evidencia de:
  - i. Síntomas severos de alta intensidad que provocan deterioro agudo y severo en el funcionamiento, tales como conducta suicida persistente, presencia de secuelas médicas por falta de alimentación e hidratación, autoagresión severa y persistente en ausencia de un trastorno de personalidad; y

- ii. Alguno de estos elementos:
  - fallo terapéutico confirmado de dos (2) medicamentos antidepresivos establecidos para Depresión Bipolar. (Lurasidone, Olanzapine-Fluoxetine combinados, Quetiapine regular o liberación prolongada, Cariprazine, Lumateperone, Lamotrigine, litio). Cada uno de los medicamentos tienen que haber sido tratados de manera consistente en dosis adecuadas y por un periodo adecuado según el perfil de cada fármaco; o
  - evidencia de respuesta a ECT agudo previo para un cuadro clínico similar al presente.
- h. Para un episodio de Manía (Bipolar o Esquizoafectivo) requiere documentación que muestre evidencia de:
  - i. Síntomas severos de alta intensidad que provocan deterioro agudo y severo en el funcionamiento; y
  - ii. Alguno de estos elementos:
    - fallo terapéutico confirmado de dos (2) medicamentos antipsicóticos con indicación para tratamiento de manía o estabilizadores de ánimo. Cada uno de los medicamentos tienen que haber sido tratados de manera consistente en dosis adecuadas y por un periodo adecuado según el perfil de cada fármaco<sup>1</sup>; o
    - evidencia de respuesta a ECT agudo previo para un cuadro clínico similar al presente<sup>1</sup>.
- i. Para un episodio de Psicosis en diagnósticos confirmados de Esquizofrenia, Esquizoafectivo, Esquizofreniforme o Psicosis postparto requiere documentación que muestre evidencia de:
  - i. Síntomas severos de alta intensidad que provocan deterioro agudo y severo en el funcionamiento; y
  - ii. Alguno de estos elementos:
    - fallo terapéutico confirmado de dos (2) medicamentos antipsicóticos. Cada uno de los medicamentos tienen que haber sido tratados de manera consistente por un periodo de al menos seis (6) semanas en la dosis máxima; o
    - evidencia de respuesta a ECT agudo previo para un cuadro clínico similar al presente.
  - iii. Para tratar condiciones psicóticas de Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo, se requiere documentación que muestre evidencia de fallo terapéutico con Clozapina.
- j. Otras condiciones que podrían requerir tratamiento agudo de ECT
  - i. Evidencia de conducta suicida intrahospitalaria persistente
  - ii. Catatonia

iii. Síndrome neuroléptico maligno

**5. Criterios para Continuar Terapia Electroconvulsiva Aguda/Corto Plazo**

- a. Aplica para toda autorización adicional de tratamiento agudo (ambulatorio o intrahospitalario). (ver anejo A - Formulario ECT IP - Inicial.pdf)
- b. La frecuencia del tratamiento es de tres (3) sesiones de ECT por semana.
- c. Documentación que muestre evidencia que el paciente presenta mejoría parcial con el último curso de terapias.
- d. Tiene que evaluar progreso por cada sesión de ECT administrada y debe revisarse el plan de tratamiento al menos cada 7 días.
- e. Debe comunicarse con FHC al menos con veinticuatro (24) horas de anticipación para sesiones adicionales a las ya autorizadas, y mediar una discusión con un psiquiatra consultor.
- f. El número estimado de sesiones para lograr remisión o el máximo de beneficio varía según la condición, y están en el rango de seis a doce (6 a 12), pero no más de quince (15) sesiones. Aunque la condición no haya remitido, los pacientes pueden continuar sesiones ambulatorias de tratamiento ECT agudo, una vez la condición de peligrosidad inminente haya mejorado.
- g. Si no hay mejoría clínica luego de seis (6) sesiones, los beneficios potenciales de sesiones adicionales de ECT deben ser reevaluados y presentados en un informe.
- h. Si el paciente logra recuperarse en menos sesiones de lo autorizado, tiene que comunicarlo a FHC.
- i. Los criterios para tratamiento de ECT son independientes a los criterios de hospitalización aguda. La necesidad de ECT no se considera como un criterio suficiente para justificar una estadía en hospital psiquiátrico agudo. El administrar ECT durante una hospitalización aguda, donde el paciente no presente criterios para estar hospitalizado, conllevará denegación de los días donde hubo fallo en evidenciar la necesidad médica.

**6. Criterios para Terapia Electroconvulsiva de Continuidad**

Tratamiento de hasta seis (6) meses posteriores al ECT agudo en intervalos de una (1) semana o más largos.

- a. Someter la solicitud correspondiente y la documentación clínica que evidencie los criterios médicos para el servicio. (ver anejo B - Formulario ECT IP - Adicionales.pdf)
- b. Documentación que muestre evidencia de buena respuesta a tratamiento de ECT agudo.
- c. Documentación que muestre evidencia que paciente está a riesgo de recaídas de no recibir este tratamiento.
- d. El propósito es prevenir recaídas de episodios de alteración del estado de ánimo o psicóticos que provocaron tratamiento ECT agudo inicialmente.
- e. Requiere haber evaluaciones médicas y psiquiátricas previas a cada tratamiento.

- f. La frecuencia de sesiones será la mínima necesaria para sostener remisión.
- g. La necesidad de continuación de ECT de continuidad tiene que ser reevaluada mensualmente.
- h. El plan de tratamiento será actualizado mensualmente y discutido con el psiquiatra a cargo del tratamiento ambulatorio<sup>1</sup>. Debe ser contemplado la posibilidad de alta en cada reevaluación del plan.
- i. Mediará un consentimiento informado al menos con cada actualización del plan de tratamiento.
- j. Si el paciente logra estabilizarse en menos sesiones de lo autorizado tiene que comunicarlo a FHC.

## **7. Criterios para Terapia Electroconvulsiva de Mantenimiento**

Tratamiento de más de seis (6) meses en intervalos de dos (2) semanas o más largos

- a. Someter la solicitud correspondiente y completada en su totalidad para que pueda ser pre-autorizado el servicio. (ver anejo B - Formulario ECT IP - Adicionales.pdf)
- b. Documentación que muestre evidencia de buena respuesta a tratamiento de ECT agudo y de continuidad.
- c. Documentación que muestre evidencia que el paciente está a riesgo de recurrencia de no recibir este tratamiento.
- d. El propósito es prevenir recurrencia de episodios de alteración del estado de ánimo o psicóticos a pacientes que lograron recuperación de un episodio agudo mediante ECT.
- e. Requiere haber evaluaciones médicas y psiquiátricas previas a cada tratamiento.
- f. La frecuencia de sesiones será la mínima necesaria para sostener remisión.
- g. La necesidad de continuación de ECT de mantenimiento requiere ser reevaluada cada seis (6) meses.
- h. El plan de tratamiento será actualizado cada seis (6) meses y discutido con el psiquiatra a cargo del tratamiento ambulatorio. Debe ser contemplado la posibilidad de alta en cada reevaluación del plan.
- i. Mediará un consentimiento informado al menos con cada actualización del plan de tratamiento.
- j. Si el paciente mantiene estabilidad en menos sesiones de lo autorizado tiene que comunicarlo a FHC.

Podría ser requerido que se presente documentación que evidencie el criterio, hallazgo o procedimiento reportado para el proceso de pre-certificación o para el proceso de reclamación.

Las guías de criterios de necesidad médica están accesibles al público a través del portal de Internet de FHC: <https://fhcsaludmental.com/>

En caso de necesitar clarificar o discutir algún criterio en específico para un proceso de autorización, debe solicitarlos al Departamento de Revisión de Utilización de FHC.

## **8. Proceso de Revisión de Utilización**

Solicitud de ECT agudo: La Facilidad deberá enviar la solicitud de servicios del asegurado al siguiente correo electrónico FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com La solicitud será revisada por el psiquiatra consultor para determinar necesidad médica.

- a. Solicitud de ECT agudo adicional
  - i. La facilidad deberá enviar la solicitud de servicios adicionales del asegurado al siguiente correo electrónico: FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com.
  - ii. La solicitud será revisada por el psiquiatra consultor para determinar necesidad médica.
  - iii. La determinación se notificará vía correo y una notificación verbal vía telefónica será provista a la facilidad.
- b. Solicitud de ECT de continuidad y/o mantenimiento (ambulatorio)
  - i. La facilidad deberá enviar la solicitud de servicios de continuidad del asegurado al siguiente correo electrónico: FHC-PRUtilizationreview@uhsinc.com.
  - ii. La solicitud será revisada por el psiquiatra consultor para determinar necesidad médica.
  - iii. La determinación se notificará vía correo y una notificación verbal vía telefónica será provista a la facilidad.

## **V. Programa de Hospitalización Parcial (PHP)**

### **1. Descripción**

Una hospitalización parcial es un servicio ambulatorio de salud mental especializado, intenso y estructurado, que envuelve terapias e intervenciones de 5 a 7 días por semana, 3 a 6 horas por día. Típicamente ofrece evaluaciones e intervenciones de un equipo de salud mental multidisciplinario en un ambiente supervisado. Este programa va dirigido principalmente a personas con sintomatología severa, que no pueden ser tratados en un nivel ambulatorio menor. Este nivel provee una alternativa de tratamiento efectiva, que, de lo contrario, requeriría una hospitalización total. Los pacientes admitidos en un PHP no requieren supervisión las 24 horas del día como se proporciona en un entorno intrahospitalario, deben tener un sistema de apoyo adecuado fuera del PHP y no deben ser un peligro inminente para ellos mismos o para los demás.

CMS define el programa de hospitalización parcial como un servicio estructurado para brindar atención psiquiátrica intensiva a través de un tratamiento activo que utiliza una combinación de los elementos y servicios clínicamente reconocidos descritos en §1861 (ff) de la Ley del Seguro Social. El programa de tratamiento de un PHP se parece mucho al de un programa hospitalario de corta duración y altamente estructurado. Es un tratamiento a un nivel más intenso que el tratamiento diurno ambulatorio o la rehabilitación psicosocial. Los programas que brindan principalmente actividades sociales, recreativas o de diversión no se consideran hospitalización parcial.

a. Expectativas Generales

El servicio de hospitalización parcial ofrece tratamiento psiquiátrico activo de menos de 24 horas a asegurados con síntomas agudos severos, de quienes se espera razonablemente que mejoren o mantengan la condición y el nivel funcional y eviten recaídas u hospitalizaciones. Envuelve terapias e intervenciones de 5 a 7 días por semana, 3 a 6 horas por día, pero no menos de 20 horas a la semana para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrente, ni menos de 30 horas a la semana para trastornos alimenticios. Estos síntomas deben manifestarse en asegurados que no logran progreso en niveles ambulatorios de menor intensidad, que están a riesgo de una hospitalización aguda o que necesitan una continuidad intensa de cuidado luego de una hospitalización total. Debe haber evidencia de un diagnóstico psiquiátrico basado en el ICD-10 o DSM 5, y de la necesidad de un servicio agudo, intenso y estructurado proporcionados por un PHP. Se espera que mantenga o mejore la condición de la persona y prevenga una recaída, pero la intención general de la admisión parcial al programa es tratar la enfermedad psiquiátrica aguda que se presenta.

Para la continuidad de la estadía en este nivel, se debe abordar la naturaleza aguda y continua de la condición psiquiátrica del asegurado que requiere tratamiento activo en un PHP y las actividades que demuestran este tratamiento.

Las actividades de terapias y consejería no son principalmente recreativas o de diversión, deben ser individualizadas y esenciales para el tratamiento de la condición diagnosticada del asegurado y para el progreso hacia los objetivos del tratamiento. Un programa de tratamiento activo debe ser vigoroso y proactivo, incluyendo farmacoterapia, demostrado en el plan de tratamiento individual y en las notas de progreso; no será pasivo y de custodia. El tratamiento continuo en este nivel requiere evidencia de que las opciones de tratamiento menos intensivo (Ej., Tratamiento intensivo ambulatorio, psicosocial, tratamiento diurno y / u otros apoyos comunitarios) no pueden proporcionar el nivel de apoyo necesario para mantener al asegurado y prevenir una hospitalización.

Para asegurados que el diagnóstico principal sea un trastorno de uso de sustancias o con trastornos por uso de sustancias comórbido, los cuales están también siendo tratados para esta condición se espera, el uso de herramientas diagnósticas abarcadoras con las cuales se pueda confirmar el diagnóstico y el nivel de severidad de las condiciones, la inclusión de las fuentes primarias de apoyo, servicio especializado de consejería y de tratamiento farmacológico según los estándares de cuidado.

La planificación del alta de un PHP debe reflejar los tipos de mejores prácticas reconocidas por organizaciones profesionales que garantizan la coordinación de

los servicios necesarios y que promuevan el regreso del asegurado a un nivel de funcionamiento mayor en un entorno menos restrictivo. Será responsabilidad de la facilidad haber hecho las gestiones pertinentes con el departamento de proveedores del plan para conocer los detalles sobre los procesos que aplican de las cuentas para las que está contratada. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.

b. Plan de Tratamiento

La hospitalización parcial es un tratamiento activo conforme con un plan de tratamiento. El servicio tiene que incluir un plan de cuidado individualizado de servicios coordinados y dirigido a las necesidades específicas de cada asegurado. Este plan estará dirigido por un psiquiatra y con un enfoque de equipo multidisciplinario. Se espera que el plan sea vigoroso y proactivo, demostrado en la documentación; no será pasivo y de custodia.

- i. Los objetivos del tratamiento descritos en el plan de tratamiento deben atender directamente los síntomas que se presentan y son la base para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento. Los objetivos del tratamiento deben diseñarse para medir la respuesta del paciente al tratamiento activo.
- ii. El plan debe documentar los esfuerzos en curso para restaurar al paciente individual al nivel de funcionamiento que permitiría el alta del programa, o reflejar la necesidad continua de la intensidad de la terapia activa para mantener la condición y el nivel funcional del individuo y para prevenir recaídas u hospitalización. Las actividades que son principalmente recreativas y de diversión, o que brindan solo un nivel de apoyo funcional que no trata los síntomas psiquiátricos agudos que se presentan y que ponen al paciente en riesgo, no califican como servicios de hospitalización parcial.
  - o Para asegurados que el diagnóstico principal sea un trastorno de uso de sustancias o con Trastornos por Uso de Sustancias comórbido, los cuales están también siendo tratados para esta condición, debe incluir evaluaciones y manejo de un consejero en sustancias. Se espera el uso de escalas estructuradas que monitoreen el progreso de la condición. Es requisito que haya una evaluación para tratamiento farmacológico para el manejo de trastornos por uso de sustancias según la condición y el estándar de tratamiento. El tratamiento con medicamentos es considerado primera línea para trastornos por uso de alcohol u opioides.

c. Documentación Clínica

La documentación del expediente será usada como la fuente principal para determinar que los servicios fueron provistos de manera certera y apropiada.

i. Evaluación Psiquiátrica Inicial

- o Habrá una evaluación psiquiátrica de admisión que demuestre que el asegurado admitido en el PHP requeriría hospitalización psiquiátrica

aguda de no brindarse los servicios de hospitalización parcial. Esta debe identificar el diagnóstico y la necesidad psiquiátrica de la hospitalización parcial. No es suficiente que un asegurado tenga síntomas que requieran mayor atención, también ha de tener la necesidad del tratamiento activo proporcionado por el programa. Se espera una documentación completa de signos y síntomas que justifican el/los diagnóstico/s que van a ser tratados, incluyendo los trastornos de uso de sustancias.

ii. Notas de Progreso

- Se esperan evaluaciones clínicas diarias que describan la respuesta del asegurado a las intervenciones terapéuticas proporcionadas por el PHP, los síntomas psiquiátricos que persisten y el estatus de las metas de tratamiento dirigidas a la mejoría y alta del asegurado, incluyendo la farmacoterapia. Deben ser consistentes con un tratamiento vigoroso y proactivo, demostrado en la documentación; no será pasivo y de custodia. También tienen que incluir el nombre, firma y profesión del personal que lleva a cabo la evaluación, además de la fecha y hora de cada intervención. Para pacientes que están siendo tratados por un trastorno de uso de sustancias se espera ver progreso con la actividad de consejería y la reevaluación de medicamentos dirigidas a estos diagnósticos.

iii. Ordenes médicas.

- Deben ser consistentes con un tratamiento vigoroso y proactivo, incluyendo la farmacoterapia, dirigidas hacia los objetivos del plan de tratamiento para manejar la condición diagnosticada del asegurado. También tienen que incluir el nombre, firma y profesión del personal que lleva a cabo la orden, además de la fecha y hora de cada una de éstas.

iv. Notas de Terapias y otras intervenciones

- Las actividades de terapias y de consejería no son principalmente recreativas o de diversión, deben ser individualizadas y esenciales para el tratamiento de la condición diagnosticada del asegurado y para el progreso hacia los objetivos del tratamiento. También tienen que incluir el nombre, firma y profesión del personal que ofrece la terapia, además de la fecha, hora y tiempo de duración de cada intervención.
- Para el nivel de tratamiento de hospitalización psiquiátrica parcial, no se considerarán como medicamento necesarios los siguientes servicios y propósitos:
  - Grupos de apoyo para que los pacientes hablen y socialicen, y no sean grupos psicoterapéuticos.

- Pruebas o adiestramiento para destrezas de tareas laborales.
- Intervenciones que sean principalmente solo para proveer un ambiente estructurado, distracción, interacción social, recreo, custodia, respiro o rehabilitación vocacional.
- Un ambiente de tratamiento para un paciente con condición crónica que no presente síntomas agudos.
- Tratamiento para un paciente que no está mental y emocionalmente capacitado de participar activamente en el programa de tratamiento.

## **2. Criterios de Admisión a PHP**

- a. El individuo padece o ha sido diagnosticado con un trastorno de salud mental o por uso de sustancias, según la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM).
- b. Las evaluaciones de admisión/iniciales deben justificar la necesidad médica para el nivel de cuidado de hospitalización parcial. Se deben cumplir todos los elementos de necesidad médica a continuación:
  - i. El asegurado está mostrando deficiencias agudas mayores en su funcionamiento, secundario a un trastorno psiquiátrico evidenciado por uno de los 3 siguientes criterios:
    - Cambio severo del estado base de funcionamiento en el último mes por lo que el asegurado está seriamente impedido de satisfacer actividades sociales o familiares, desempeño escolar y / o laborales, autocuidado y seguridad, demostrado por documentación específica de la disfunción y el tiempo de duración.
    - El asegurado es transferido de una hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en la última semana y no puede emplear suficientes habilidades de afrontamiento para compensar su condición en la comunidad sin esta intensidad y estructura de tratamiento, demostrado por documentación específica de la disfunción y el tiempo de duración.
    - Para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrente que necesitan estructura y supervisión al menos 5 días a la semana para lograr o mantener abstinencia.
  - ii. El asegurado está presentando en la última semana síntomas agudos de mayor severidad que requieran supervisión constante, pero no de 24 horas al día, que pudieran incluir, pero no se limitan a:
    - Aumento de alucinaciones auditivas y riesgo de conducta de peligroso si continúan

- Aumento de los síntomas hipomaníacos y riesgo de episodio maníaco
  - Autolesión no suicida que no requiere atención médica profesional
  - Ataques de pánico varias veces al día o agorafobia severa
  - Trastorno psicótico y con paranoia que empeora a pesar del tratamiento ambulatorio activo y con medicación
  - Ideación suicida u homicida sin plan o intención
  - Otros síntomas que evidencian un cuadro severo de trastornos psicóticos, depresivos, bipolares, obsesivos/compulsivos, traumáticos, somatoformes, ansiosos o uso de sustancias.
  - Para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrentes que necesitan estructura y supervisión al menos 5 días a la semana para lograr o mantener abstinencia. Esto evidenciado por alguna de éstas:
    - En abstinencia, pero presenta destrezas limitadas de sostener abstinencia luego del egreso de un nivel de tratamiento mayor o conductas de alerta que demuestren pobre juicio.
    - Cumple con tratamientos en menor nivel, pero no logra progreso.
    - Incapaz de detener el uso de la sustancia junto con falta de destrezas de estructura de vida y de acopio que requiere monitoreo, con falta de destrezas de prevención y con riesgo de potencial daño a si u otros.
- iii. Necesita manejo de síntomas de retirada asistida con medicamentos. No se espera que el tratamiento sea efectivo en un nivel de cuidado menor evidenciado por uno de los siguientes criterios:
- El asegurado ha intentado sin éxito tratamiento de salud mental ambulatorio indicado para su condición o hay evidencia de conductas, signos y síntomas actuales que lo hacen incapaz de alcanzar las metas de tratamiento en un nivel ambulatorio.
  - El asegurado requiere de un programa estructurado para manejar los síntomas severos y agudos que no permiten ser manejados de manera segura y eficaz con un nivel de atención menos restrictivo.
  - El asegurado fue transferido de una hospitalización aguda psiquiátrica, pero se describen síntomas específicos que demuestran que continúa inestable para funcionar en la comunidad o tiene antecedentes de al menos 3 admisiones a hospital psiquiátrico agudo en el último año.
  - Para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrente que necesitan estructura y supervisión al menos 5 días a la semana para lograr o mantener abstinencia.

- c. Un plan de tratamiento individualizado de metas específicas que cumpla con las expectativas descritas anteriormente. Las metas deben ser medibles, funcionales, en un marco temporal, médicamente necesarias y directamente relacionadas con el motivo de la admisión.
- d. El servicio debe incluir al menos una evaluación psiquiátrica de admisión, evaluaciones de progreso clínico diario, una evaluación psicosocial en el primer día del programa, un programa terapéutico que incluye terapias grupales, individuales, y/o de familia de al menos 3 horas al día (6 horas para pacientes de trastornos alimenticios) y al menos 5 días a la semana (20 horas semanales para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrente), tratamiento farmacológico activo, un plan de seguridad con estrategias y/o recursos para manejar una crisis, reconciliación de medicamentos dentro de la primera visita, evaluación nutricional (para trastornos alimenticios) y una evaluación de sustancias dentro de las primeras 2 visitas, terapias grupales de autoayuda de 12 pasos y/o educativo de acuerdo a la necesidad, un examen de cernimiento toxicológico según sea necesario y coordinaciones de cuidado con otros proveedores y de servicios sociales. Para pacientes con trastornos por uso de sustancias o comórbido también se espera que se provea consejería por especialista, la evaluación de uso de sustancias sea dentro de la primera visita y reevaluado semanalmente, se haga una planificación de alta desde admisión y disponibilidad del psiquiatra para consulta durante la duración del programa.
- e. Deben cumplir también con los siguientes requisitos:
  - i. El asegurado es mental y emocionalmente capaz de participar activamente en el programa de tratamiento.
  - ii. El asegurado puede vivir en la comunidad sin las restricciones de un entorno supervisado las 24 horas.
  - iii. El asegurado está expresando su voluntad de participar en el tratamiento.
  - iv. El asegurado puede desarrollar un plan de seguridad con el proveedor que incluye poder acceder a los servicios de emergencia para que no se requiera un nivel de atención más intensivo.
  - v. El asegurado tiene un sistema que incluye a la familia u otras personas importantes que pudieran participar activamente en el tratamiento y, proveer apoyo y supervisión para las horas fuera del hospital parcial.
  - vi. Si hay problemas médicos, pueden tratarse de manera segura en un nivel de atención hospitalaria parcial.
  - vii. Tiene un hogar estable y transportación.
- f. Las evaluaciones clínicas de progreso diario e intervenciones terapéuticas y farmacológicas deben demostrar la necesidad médica que requiere continuar bajo el nivel de cuidado de hospital parcial. Estas deben describir los síntomas y disfunciones que persisten, el progreso del cuadro clínico, el tratamiento activo

acorde al plan de tratamiento y con el nivel de intensidad de un hospital parcial. El tratamiento continuo en este nivel requiere evidencia de que las opciones de tratamiento menos intensivo (ej., tratamiento intensivo ambulatorio, psicosocial, tratamiento diurno y/u otros apoyos comunitarios) no pueden proporcionar el nivel de apoyo necesario para mantener al asegurado y prevenir una hospitalización. No es suficiente que un asegurado tenga síntomas que requieran mayor atención, también ha de tener la necesidad del tratamiento activo que está siendo proporcionado por el programa.

### **3. Parciales Virtuales**

La propuesta de una Hospitalización Parcial por videoconferencia es un servicio novel que surge ante la necesidad de tratamientos a distancia para pacientes con condiciones severas de salud mental durante la pandemia que comenzó en el 2020. La evidencia era limitada de que era un tratamiento seguro y eficaz, pero la experiencia de proveedores y asegurados apunta a que es una opción viable de tratamiento. Luego de la que diera por finalizada la declaración de emergencia por la pandemia causada por el virus SARS COV-2, este tipo de modalidad no se considera como sustitución del servicio de programa parcial presencial, y por lo tanto no está contemplado en la cubierta de ninguna de las cuentas que maneja FHC.

### **4. Procesos de Revisión de Utilización**

- a. Será responsabilidad de la facilidad conocer los detalles sobre los procesos establecidos por el plan para el manejo de sus beneficiarios. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.
- b. Todo paciente debe tener los criterios de necesidad médica para el nivel de cuidado al que sea admitido, y el tratamiento debe ir acorde con el nivel. Estos criterios podrían ser evaluados en auditorías post servicio. Se auditarán los expedientes para validar asistencia de los asegurados. Se utilizarán como guía de necesidad médica los criterios establecidos por el Local Coverage Determination y otras guías establecidas. InterQual® Behavioral Health Criteria también se utiliza como guía, pero no de manera exclusiva.
- c. Solicitud de revisión pre-servicio para admisión y continuidad de estadía
  - i. La Facilidad deberá enviar la solicitud de servicio del asegurado al siguiente fax 1-866-464-0928.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un coordinador de revisión de utilización para determinar la necesidad médica.
  - iii. Para revisiones prospectivas las determinaciones de necesidad médica se basan únicamente en la información médica/clínica obtenida en el momento de la revisión y determinación.

- iv. Si los servicios solicitados cumplen con los criterios de necesidad médica, entonces se autoriza el servicio y se emitirá una carta de notificación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
- v. Si el caso no cumple con los criterios para el tratamiento de PHP se remitirá a un psiquiatra consultor para la determinación final.
- vi. Si el servicio solicitado no cumple con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, se emitirá una carta de notificación de denegación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
- d. Solicitud de apelaciones de pre-servicio
  - i. La revisión de la apelación de primer nivel y determinación estará a cargo de un psiquiatra “Board Certified” que no estuvo envuelto en la denegación inicial.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un coordinador de revisión de utilización para verificar que el caso contenga toda la información necesaria para que el psiquiatra consultor determine necesidad médica.
  - iii. Si los servicios solicitados cumplen con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, entonces se autoriza el servicio y se emitirá una carta de notificación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
  - iv. Si el servicio solicitado no cumple con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, se emitirá una carta de notificación de denegación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
- e. Solicitud de apelaciones post-servicio
  - i. La revisión de la apelación de primer nivel y determinación estará a cargo de un psiquiatra “Board Certified” que no estuvo envuelto en la denegación inicial.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un coordinador de revisión de utilización para verificar que el caso contenga toda la información necesaria para que el psiquiatra consultor determine necesidad médica. El expediente deberá incluir los siguientes documentos:
    - evaluación psiquiátrica y de terapeuta primario,
    - notas de progreso de médicos y terapeutas,
    - notas de consejería de uso de sustancias para casos de pacientes con trastornos por uso de sustancias,
    - hojas de órdenes médicas,
    - planificación del alta y
    - resumen de alta.

## **VI. Programa Ambulatorio Intensivo (IOP)**

### **1. Descripción**

Un Programa Ambulatorio Intensivo es un servicio ambulatorio de salud mental especializado que se proporciona dentro de un entorno terapéutico estructurado, que envuelve una serie de terapias e intervenciones dirigidas a un plan de tratamiento individual de un paciente. Este programa debe proveer al menos 9 horas de contacto por semana para adultos y al menos 6 horas de contacto por semana para niños y adolescentes. El programa puede ser una reducción de un nivel de cuidado más restrictivo o un nivel mayor para evitar la necesidad de un nivel de tratamiento más restrictivo. Este tipo de programa maneja condiciones psiquiátricas en fases agudas como esquizofrenia y depresión, entre otras, pero se le conoce por manejar principalmente trastornos por uso de sustancias.

CMS describe este nivel como servicios más frecuentes que las visitas de terapia ambulatoria individual, pero menos intensivos que un programa de hospitalización parcial. Según la organización Alianza Nacional de la Enfermedad Mental (NAMI por sus siglas en inglés), para las personas que no están manejando una condición de manera efectiva a nivel ambulatorio, o que no cumplen con los criterios para pacientes hospitalizados, el paciente ambulatorio estructurado puede ser la situación de tratamiento ideal. Pueden recibir un nivel de atención más alto que las sesiones ambulatorias semanales mientras mantienen su situación de vida normal.

Dentro de los servicios ofrecidos en un IOP pueden incluir terapia individual y grupal con médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud mental según lo autorice la ley estatal, terapia ocupacional, suministro de medicamentos y productos biológicos con fines terapéuticos que no son autoadministrados, consejería familiar (como parte del tratamiento de la enfermedad del paciente), capacitación y educación del paciente, servicios de diagnósticos y otros servicios relacionados para el diagnóstico y el tratamiento activo destinados a mejorar o mantener la condición y función del paciente.

Los objetivos de un IOP son prevenir o reducir la necesidad de hospitalización y reducir o estabilizar los síntomas y el deterioro en funcionalidad de un trastorno psiquiátrico, un trastorno por uso de sustancias o un trastorno psiquiátrico de sustancias concurrente.

#### **a. Expectativas Generales**

El servicio de IOP ofrece tratamiento psiquiátrico activo de menos de 24 horas a asegurados con síntomas agudos, de quienes se espera razonablemente que mejoren o mantengan la condición y el nivel funcional y eviten recaídas u hospitalizaciones. Estos síntomas deben manifestarse en asegurados que no logran progreso en niveles ambulatorios de menor intensidad, que están a riesgo de una hospitalización parcial o aguda, o que necesitan una continuidad intensa de cuidado luego de un nivel de cuidado mayor. Debe haber evidencia de un diagnóstico psiquiátrico basado en el ICD-10 o DSM 5, y de la necesidad de un servicio agudo y estructurado proporcionados por una facilidad contratada. Se

espera que mantenga o mejore la condición de la persona y prevenga una recaída, pero la intención general de la admisión al programa es tratar la enfermedad psiquiátrica aguda que se presenta.

El programa debe proveer:

- i. Coordinaciones de cuidado con otros proveedores y de servicios sociales,
- ii. una reconciliación de medicamentos iniciada dentro de la primera visita,
- iii. 9 horas de contacto por semana para adultos y al menos 6 horas de contacto por semana para niños y adolescentes incluyendo terapia familiar, grupal o individual y psicoeducación,
- iv. evaluaciones psiquiátricas o de medicamentos según sea necesario,
- v. una evaluación psicosocial en la primera visita,
- vi. una evaluación de uso de sustancias dentro de las primeras 2 visitas,
- vii. terapias grupales de autoayuda, de 12 pasos y/o educativo según sea necesario,
- viii. examen de cernimiento toxicológico según sea necesario.

Además, para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos por uso de sustancias concurrente se espera que:

- i. La evaluación de sustancias sea iniciada en la primera visita y revisada semanalmente.
- ii. Los grupos de autoayuda y/o de 12 pasos sean considerados.
- iii. Se ofrezcan terapias grupales de recuperación o educación al menos una hora al día, dos veces por semana.

Para la continuidad de la estadía en este nivel, se debe abordar la naturaleza aguda y continua de la condición psiquiátrica del asegurado que requiere tratamiento activo en un IOP y las actividades que demuestran este tratamiento.

Las actividades de terapias y consejería no son principalmente recreativas o de diversión, deben ser individualizadas y esenciales para el tratamiento de la condición diagnosticada del asegurado y para el progreso hacia los objetivos del tratamiento. Un programa de tratamiento activo debe ser proactivo, incluyendo la evaluación periódica de farmacoterapia, demostrado en el plan de tratamiento individual y en las notas de progreso; no será pasivo y de custodia. El tratamiento continuo en este nivel requiere evidencia de que las opciones de tratamiento ambulatorio individual no pueden proporcionar el nivel de apoyo necesario para mantener al asegurado y prevenir una hospitalización aguda o parcial.

Para asegurados que el diagnóstico principal sea un Trastorno de uso de Sustancias o con Trastornos por Uso de Sustancias comórbido, los cuales están

también siendo tratados para esta condición, se espera el uso de herramientas diagnósticas abarcadoras con las cuales se pueda confirmar el diagnóstico y el nivel de severidad de las condiciones, la inclusión de las fuentes primarias de apoyo, servicio especializado de consejería y de tratamiento farmacológico según los estándares de cuidado. Se recomienda que adopten recomendaciones de SAMHSA para el manejo clínico de estos trastornos en IOP.

La planificación del alta de un IOP debe reflejar los tipos de mejores prácticas reconocidas por organizaciones profesionales que garantizan la coordinación de los servicios necesarios y que promuevan el regreso del asegurado a un nivel de funcionamiento mayor en un entorno menos restrictivo. Será responsabilidad de la facilidad haber hecho las gestiones pertinentes con el departamento de proveedores del plan para conocer los detalles sobre los procesos que aplican de las cuentas para las que está contratada. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.

b. Plan de Tratamiento

Un programa intensivo ambulatorio es un tratamiento activo conforme con un plan de tratamiento. El servicio tiene que incluir un plan de cuidado individualizado de servicios coordinados y dirigido a las necesidades específicas de cada asegurado. Este plan estará dirigido por un psiquiatra y con un enfoque de equipo multidisciplinario. Se espera que el plan sea proactivo, demostrado en la documentación; no será pasivo y de custodia.

- i. Los objetivos del tratamiento descritos en el plan de tratamiento deben atender directamente los síntomas que se presentan y son la base para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.
- ii. En el plan se deben documentar los esfuerzos en curso para restaurar al paciente individual al nivel de funcionamiento que permitiría el alta del programa, o reflejar la necesidad continua de la intensidad de la terapia activa para mantener la condición y el nivel funcional del individuo y para prevenir recaídas o hospitalizaciones parciales o agudas. Las actividades que son principalmente recreativas y de diversión, o que brindan solo un nivel de apoyo funcional que no trata los síntomas psiquiátricos agudos que se presentan y que ponen al paciente en riesgo, no califican como servicios de tratamiento.
  - o Para asegurados que el diagnóstico principal sea un Trastorno por Uso de Sustancias o con Trastornos por Uso de Sustancias comórbido, los cuales están también siendo tratados para esta condición, debe incluir evaluaciones y manejo de un consejero en sustancias. Se espera el uso de escalas estructuradas que monitoreen el progreso de la condición. Es requisito que haya una evaluación para tratamiento farmacológico para el manejo de trastornos por uso de sustancias según la condición

y el estándar de tratamiento. El tratamiento con medicamentos es considerado primera línea para trastornos por uso de alcohol u opioides.

c. Documentación Clínica

La documentación del expediente será usada como la fuente principal para determinar que los servicios fueron provistos de manera certera y apropiada.

i. Evaluación Clínica Inicial

- Habrá una evaluación clínica de admisión que demuestre que la condición psiquiátrica del asegurado admitido al IOP no se está beneficiando, o no se beneficiaría de tratamientos ambulatorios individuales. Esta debe identificar el diagnóstico y la necesidad de manejo en este nivel. No es suficiente que un asegurado tenga síntomas que requieran mayor atención, también ha de tener la necesidad del tratamiento activo proporcionado por el programa. Se espera una documentación completa de signos y síntomas que justifican el/los diagnóstico/s que van a ser tratados, incluyendo los trastornos de uso de sustancias.

ii. Notas de Progreso

- Se esperan que en toda evaluación clínica se describa la respuesta del asegurado a las intervenciones terapéuticas proporcionadas por el programa, los síntomas psiquiátricos que persisten y el estatus de las metas de tratamiento. Estas metas estarán dirigidas a la mejoría y alta del asegurado, incluyendo la farmacoterapia y el tipo de psicoterapias ofrecidas. Deben ser consistentes con un manejo proactivo, demostrado en la documentación; no será pasivo y de custodia. Para pacientes que están siendo tratados por un trastorno de uso de sustancias se espera ver progreso con la actividad de consejería y la reevaluación de medicamentos dirigidas a estos diagnósticos. También tienen que incluir el nombre, firma y profesión del personal que lleva a cabo la evaluación y/o manejo, además de la fecha y hora de cada intervención.
- Para este nivel de cuidado no se considerarán como medicamento necesarios los siguientes servicios y propósitos:
  - Grupos de apoyo para que los pacientes hablen y socialicen, y no sean grupos psicoterapéuticos.
  - Pruebas o adiestramiento para destrezas de tareas laborales.
  - Intervenciones que sean principalmente solo para proveer un ambiente estructurado, distracción, interacción social, recreo, custodia, respiro o rehabilitación vocacional.
  - Un ambiente de tratamiento para un paciente con condición crónica que no presente síntomas agudos.

- Tratamiento para un paciente que no está mental y emocionalmente capacitado de participar activamente en el programa de tratamiento.

## **2. Criterios de Admisión a IOP**

- a. El individuo padece o ha sido diagnosticado con un trastorno de salud mental o por uso de sustancias, según la versión más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM). Referidos gerenciales, o una prueba toxicológica positiva no se consideran criterio único suficiente para recibir servicios intensivos ambulatorios.
- b. Las evaluaciones de admisión/iniciales deben justificar la necesidad médica para el nivel de cuidado de un programa ambulatorio intensivo. Se deben cumplir todos los elementos de necesidad médica a continuación:
  - i. El asegurado está mostrando deficiencias en su funcionamiento, secundario a un trastorno psiquiátrico evidenciado por uno de los siguientes criterios:
    - Cambios moderados del estado base de funcionamiento en el último mes por impedimentos de satisfacer actividades sociales o familiares, desempeño escolar y / o laborales, autocuidado y seguridad, demostrado por documentación específica de la disfunción y el tiempo de duración.
    - El asegurado es transferido de una hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial o un hospital parcial, con síntomas moderados que requieran evaluaciones clínicas al menos 2 veces en semana y deterioro en sus funciones de vida diaria.
  - ii. El asegurado está presentando en la última semana síntomas agudos que interfieren con su funcionamiento diario.
  - iii. No se espera que el tratamiento sea efectivo en un nivel de cuidado menor.
  - iv. Para asegurados con trastornos por uso de sustancias o condiciones psiquiátricas con trastornos de sustancias concurrente también deben presentar:
    - Alto riesgo de admisión o readmisión a hospital agudo evidenciado por falta de destrezas de acopio que requieren monitoreo, falta de destrezas de prevención de recaídas y no es capaz de mantenerse abstemio por sí mismo.
    - Un historial de tratamiento ambulatorio activo que no está siendo efectivo.
    - Ha sido dado de alta de un tratamiento para uso de sustancias de mayor nivel en la última semana.
    - No tiene tratamiento reciente, pero se evidencia un deterioro significativo en su funcionalidad en el último mes.

- c. Un plan de tratamiento individualizado de metas específicas que cumpla con las expectativas generales y del plan de tratamiento descritas anteriormente. Las metas deben ser medibles, funcionales, en un marco temporal, médicamente necesarias y directamente relacionadas con el motivo de la admisión.
- d. El servicio debe incluir al menos una evaluación clínica de admisión, evaluaciones de progreso clínico, una evaluación psicosocial, un programa terapéutico que incluye terapias grupales, individuales, y/o de familia de al menos 9 horas semanales para adultos, y 6 horas para niños y adolescentes.
- e. El asegurado debe cumplir también con los siguientes requisitos:
  - i. Es mental y emocionalmente capaz de participar activamente en el programa de tratamiento.
  - ii. Puede vivir en la comunidad sin las restricciones de un entorno supervisado las 24 horas.
  - iii. Ha expresado su voluntad de participar en el tratamiento.
  - iv. Puede desarrollar un plan de seguridad con el proveedor que incluye poder acceder a los servicios de emergencia para que no se requiera un nivel de atención más intensivo.
  - v. Si hay problemas médicos, pueden tratarse de manera segura en el nivel actual, incluyendo síntomas de retirada.
  - vi. Es capaz de acceder a los servicios del programa, como, por ejemplo, poder transportarse para recibir los servicios.
  - vii. Asegurados en tratamiento por trastorno de uso de sustancias y trastornos por uso de sustancias comórbido deben tener una residencia estable, y un sistema que incluye a la familia u otras personas importantes que pudieran participar activamente en el tratamiento y, proveer apoyo y supervisión para las horas fuera del hospital parcial.
- f. Las evaluaciones clínicas de progreso e intervenciones terapéuticas deben demostrar la necesidad médica que requiere continuar bajo el nivel de cuidado ambulatorio intensivo. Estas deben describir los síntomas y disfunciones que persisten, el progreso del cuadro clínico, el tratamiento activo acorde al plan de tratamiento y con el nivel de intensidad para este nivel. El tratamiento continuo en este nivel requiere evidencia de que las opciones de tratamiento ambulatorio individual no pueden proporcionar el nivel de manejo necesario para mejorar la condición aguda del asegurado y prevenir tratamiento de mayor nivel. No es suficiente que un asegurado tenga síntomas que requieran mayor atención, también ha de tener la necesidad del tratamiento activo que está siendo proporcionado por el programa.

### **3. Procesos de Revisión de Utilización**

- a. Será responsabilidad de la facilidad conocer los detalles sobre los procesos establecidos por el plan para el manejo de sus beneficiarios. También será responsabilidad de la facilidad conocer la elegibilidad y cubierta del asegurado.

- b. Todo paciente debe tener los criterios de necesidad médica para el nivel de cuidado al que sea admitido, y el tratamiento debe ir acorde con el nivel. Estos criterios podrían ser evaluados en auditorías post servicio. Se auditarán los expedientes para validar asistencia de los asegurados.
  
- c. Solicitud de revisión pre-servicio para admisión y continuidad de estadía, según aplique a la cubierta del beneficiario.
  - i. La facilidad deberá enviar la solicitud de servicio del asegurado al siguiente fax 1-866-464-0928.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un revisor de utilización para determinar la necesidad médica.
  - iii. Para revisiones prospectivas las determinaciones de necesidad médica se basan únicamente en la información médica/clínica obtenida en el momento de la revisión y determinación.
  - iv. Si los servicios solicitados cumplen con los criterios de necesidad médica, entonces se autoriza el servicio y se emitirá una carta de notificación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
  - v. Si el caso no cumple con los criterios para el tratamiento de IOP se remitirá a un consultor psiquiatra para la determinación final.
  - vi. Si el servicio solicitado no cumple con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, se emitirá una carta de notificación de denegación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
  
- d. Solicitud de apelaciones de pre-servicio
  - i. La revisión de la apelación de primer nivel y determinación estará a cargo de un psiquiatra “board certified” que no estuvo envuelto en la denegación inicial.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un coordinador de revisión de utilización para verificar que el caso contenga toda la información necesaria para que el psiquiatra consultor determine necesidad médica.
  - iii. Si los servicios solicitados cumplen con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, entonces se autoriza el servicio y se emitirá una carta de notificación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
  - iv. Si el servicio solicitado no cumple con los criterios de necesidad médica después de la revisión del psiquiatra, se emitirá una carta de notificación de denegación por escrito y se proporcionará una notificación verbal a la facilidad.
  
- e. Solicitud de apelaciones post-servicio
  - i. La revisión de la apelación de primer nivel y determinación estará a cargo de un psiquiatra “board certified” que no estuvo envuelto en la denegación inicial.
  - ii. El departamento de revisión de utilización recibe la solicitud de servicio y será revisado por un coordinador de revisión de utilización para verificar que el caso

- contenga toda la información necesaria para que el psiquiatra consultor determine necesidad médica. El expediente deberá incluir los siguientes documentos:
- Evaluación de admisión y psicosocial inicial
  - notas de progreso de servicios de todos los profesionales de salud,
  - notas de consejería de uso de sustancias para casos de pacientes con trastornos por uso de sustancias,
  - hojas de órdenes médicas,
  - planificación del alta y resumen de alta,
- iii. Para las cuentas comerciales, los procesos para otros niveles de apelación post-servicio estarán definidos según los acuerdos contractuales de la facilidad con cada plan médico.

## **VII. Anejos**

1. Solicitud ECT agudo (intrahospitalario)
2. Solicitud ECT continuidad y mantenimiento (ambulatorio)
3. Solicitudes de hospitalización parcial
4. Medicamentos de alto riesgo
5. Recomendaciones para transición de cuidado y reducción de readmisiones
6. Plan de seguridad y respuesta a crisis

1.



Formulario ECT IP  
2023 inicial.pdf

**2.**



Formulario ECT Ambulatorio 2023.p2023 adicionales.pd



Formulario ECT IP

**3.**



Precertificación  
Parcial 2023.pdf



Precertificación  
Parcial Extension 20.

4.



Medicamentos de  
Alto Riesgos.pdf

## 5. Recomendaciones para transición de cuidado y reducción de readmisiones:

- a. Coleman Model: [www.caretransitions.org](http://www.caretransitions.org)
- b. Minnesota's Reducing Avoidable Readmissions Effectively (RARE): <http://www.rarereadmissions.org/index.html>
- c. The Society of Hospital Medicine established a national initiative, Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions (BOOST): <https://www.hospitalmedicine.org/clinical-topics/care-transitions/>
- d. The Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): <http://graceteamcare.indiana.edu/home.html>
- e. The Guided Care Model<sup>19</sup> developed at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/roger-c-lipitz-center-for-integrated-health-care/Guided\\_Care/index.html](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/roger-c-lipitz-center-for-integrated-health-care/Guided_Care/index.html)
- f. The Bridge Model, created by the Illinois Transitional Care Consortium: <http://www.transitionalcare.org/>
- g. Project Re-Engineered Discharge (RED): <https://www.bu.edu/fammed/projectred/>
- h. Transitional Care Model (TCM): <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Transitional-Care-Management-Services-Fact-Sheet-ICN908628.pdf>
- i. <https://www.medicare.gov/pubs/pdf/11376-discharge-planning-checklist.pdf>
- j. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) resources: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/index.html>

## **6. Plan de seguridad y respuesta a crisis:**

Un plan de seguridad debe comprender estrategias/actividades individualizadas para infundir esperanza, actividades calmantes/distractoras, restricción del acceso a medios comunes de suicidio y contactos de apoyo social y de crisis. (Royal College of Psychiatrists, 2020)

Diferentes pautas ofrecen modelos de planes que abarcan lo que esperaríamos de un plan de seguridad:

- a. U.S. Department of Veterans Affairs
  - i. Hacer que su situación sea más segura: (quitar las cosas que podrían usarse para autolesionarse o suicidarse.) Si detener la autolesión no es una opción, considerar maneras de hacer que la autolesión sea más segura (si hay medicamentos en el hogar, hacerlo más seguro o almacenar menos.)
  - ii. Identificar y evitar los desencadenantes de la angustia, es decir, cosas que causan angustia o la empeoran.
  - iii. Entrevista semiestructurada sobre ideas suicidas recientes y antecedentes crónicos de intentos de suicidio.
  - iv. Conversación no estructurada sobre factores estresantes recientes y quejas actuales utilizando técnicas de escucha de apoyo.
  - v. Identificación colaborativa de signos claros de crisis (conductuales, cognitivas, afectivas o físicas.)
  - vi. Identificación de habilidades de autocontrol, incluidas cosas que el paciente puede hacer por su cuenta para distraerse o sentirse menos estresado.
  - vii. Identificación colaborativa de apoyo social, incluidos amigos y familiares que han ayudado en el pasado y con quienes se sentirían cómodos contactando en caso de crisis.
  - viii. Revisión de recursos de crisis, incluidos proveedores médicos, otros profesionales y líneas de vida para el suicidio.
  - ix. Referencia a tratamiento, incluidas citas de seguimiento y otras referencias según sea necesario.
  - x. Considere los factores protectores.
- b. NICE
  - i. Considere desarrollar un plan de seguridad en asociación con personas que se han autolesionado. Los planes de seguridad deben utilizarse para:
    - Establecer los medios de autolesión.
    - Reconozca los desencadenantes y las señales de advertencia de un aumento de la angustia, una mayor autolesión o una crisis suicida.
    - Identifique estrategias de afrontamiento individualizadas, incluida la resolución de problemas de cualquier factor que pueda actuar como una barrera.
    - Identifique los contactos y los entornos sociales como un medio de distracción de pensamientos suicidas o crisis crecientes.

- Identifique a familiares o amigos para brindar apoyo y/o ayudar a resolver la crisis.
  - Incluya los detalles de contacto del servicio de salud mental, incluidos los servicios fuera de horario y los detalles de contacto de emergencia.
  - Mantenga el ambiente seguro trabajando en colaboración para eliminar o restringir los medios letales de suicidio.
- ii. El plan de seguridad debe estar en un formato accesible y:
- Desarrollarse de manera colaborativa y compasiva entre la persona que se ha autolesionado y el profesional involucrado en su cuidado utilizando la toma de decisiones compartida.
  - Desarrollarse en colaboración con la familia y los cuidadores, según proceda.
  - Utilice un enfoque de resolución de problemas.
  - Tenerlo consigo la persona.
  - Compartirse con la familia, los cuidadores y los profesionales pertinentes según lo decida la persona.
  - Ser accesible a la persona y a los profesionales involucrados en su cuidado en tiempos de crisis.

c. Up to date:

Type of strategy	Intervention
Know warning signs and precipitants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avoid situations that might precipitate suicidal ideation and behavior. As an example, establish a truce with spouse about issues that lead to substantial discord.</li> <li>▪ Anticipate the need to cope with stressors and problematic situations (eg, interpersonal conflicts, being alone, or feeling down).</li> </ul>
Secure or remove lethal agents	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Complete an inventory of firearms, household poisons, medications, and sharps; assess access to lethal agents.</li> <li>▪ Talk through and agree to specific plan to restrict access either by removal or securing of lethal means.</li> </ul>
Individual coping	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Review reasons for living.</li> <li>▪ Distraction activities (eg, singing with loud music or walking briskly outside with a friend).</li> <li>▪ Distress tolerance.</li> <li>▪ Relaxation (eg, progressive muscle relaxation).</li> <li>▪ Exercise.</li> </ul>
Interpersonal coping	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identify friends who can be contacted to help distract or lift mood.</li> <li>▪ Identify trusted individuals to approach when trying to cope with suicidal thoughts (eg, family or friends).</li> </ul>
Professionals who can help	<p><b>Call my therapist:</b> Phone # _____</p> <p><b>Call crisis line:</b> Phone # _____</p> <p><b>If acutely suicidal, call police or mental health emergency line to go to emergency department:</b> Phone # _____</p>

Adaptado de:

Stanley-Brown safety plan. Stanley-Brown Safety Planning Intervention. <https://suicidesafetyplan.com/forms/> (Accessed on March 15, 2023).

Samra J, Bilsker D. Coping with suicidal thoughts. Consortium for Organizational Mental Health 2007. Available at: <https://psychhealthandsafety.org/cwstarfp/> (Accessed on July 20, 2022).

Stanley B, Brown G, Brent DA, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48:1005.

## VIII. Bibliografía

1. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. 2019
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. American Psychiatric Association Practice Guidelines:  
<https://psychiatryonline.org/guidelines>
4. American Psychiatric Association. (2003, November). PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment And Treatment Of Patients With Suicidal Behaviors. Retrieved June 30, 2023, from [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/suicide.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf)
5. Anthony T. Lo Sasso, PhD. Use of Instrumental Variables Methods in Examining Psychiatric Readmissions. JAMA Psychiatry Published online June 28, 2017.
6. Change Healthcare's InterQual® Review Manager for Behavioral Health:  
<https://www.changehealthcare.com/solutions/interqual/behavioral-health-criteria>
7. Charles H. Kellner, MD; Rebecca G. Knapp, PhD; Georgios Petrides, MD; Teresa A. Rummans, MD; Mustafa M. Husain, MD; Keith Rasmussen, MD; Martina Mueller, PhD; Hilary J. Bernstein, DHA; Kevin O'Connor, MD; Glenn Smith, PhD; Melanie Biggs, PhD; Samuel H. Bailine, MD; Chitra Malur, MD; Eunsil Yim, MS; Shawn McClintock, MS; Shirlene Sampson, MD; Max Fink, MD. Continuation Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy for Relapse Prevention in Major Depression. A Multisite Study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). Arch Gen Psychiatry. 2006; 63:1337-1344
8. CMS Local Coverage Determination (LCD): Psychiatric Inpatient Hospitalization (L33975). <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=33975&ver=22&Date=&DocID=L33975&bc=hAAAAAaAAAA&A&>
9. CMS Local Coverage Determination (LCD): Psychiatric Partial Hospitalization Program (L33972)
10. <https://www.cms.gov/files/document/medicare-mental-health.pdf>
11. CMS State Operations Manual Appendix A - Survey Protocol, Regulations and Interpretive Guidelines for Hospitals. [https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap\\_a\\_hospitals.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_a_hospitals.pdf)
12. Comisión para la prevención de Suicidio. (2022). Comisión para la Prevención del Suicidio. Departamento De Salud De PR. Retrieved June 30, 2023, from <https://www.salud.pr.gov/CMS/108>
13. Effective Prevention – Suicide Prevention Resource Center. (n.d.).  
<https://sprc.org/effective-prevention/>
14. Eric P. Slade, PhD; Danielle R. Jahn, PhD; William T. Regenold, MDCM; Brady G.

- Case, MD. Association of Electroconvulsive Therapy with Psychiatric Readmissions in US Hospitals. JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017
15. Freeman, M. (2022). The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*, 21(3), 391–392. <https://doi.org/10.1002/wps.21018>
  16. Gaynes BN, Brown C, Lux LJ, Ashok M, Coker-Schwimmer E, Hoffman V, Sheitman B, Viswanathan M. Management Strategies to Reduce Psychiatric Readmissions. Technical Brief No. 21. AHRQ Publication No.15-EHC018-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2015.
  17. Harold Alan Pincus, M.D. Care Transition Interventions to Reduce Psychiatric Re-Hospitalizations. September 15, 2014. [https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Assessment%20%233\\_Care%20Transitions%20Interventions%20toReduce%20Psychiatric%20Rehospitalization.pdf](https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Assessment%20%233_Care%20Transitions%20Interventions%20toReduce%20Psychiatric%20Rehospitalization.pdf)
  18. Harold A. Sackeim, PhD; Elaine M. Dillingham, BA; Joan Prudic, MD; Thomas Cooper, MA; W. Vaughn McCall, MD; Peter Rosenquist, MD; Keith Isenberg, MD; Keith Garcia, MD; Benoit H. Mulsant, MD; Roger F. Haskett, MD. Effect of Concomitant Pharmacotherapy on Electroconvulsive Therapy Outcomes. Short-term Efficacy and Adverse Effects. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):729-737
  19. Jane Brock, MD, MSPH; Jason Mitchell, MS; Kimberly Irby, MPH; Beth Stevens, MS; Traci Archibald, OTR/L, MBA; Alicia Goroski, MPH; Joanne Lynn, MD, MA, MS. Association Between Quality Improvement for Care Transitions in Communities and Rehospitalizations Among Medicare Beneficiaries. *JAMA*. 2013;309(4):381-391
  20. John S. Lyons, Ph.D., Michael T. O'Mahoney, Ph.D., Sheldon I. Miller, M.D., Janice Neme, B.A., Julie Kabat, B.A., and Frederick Miller, M.D. Predicting Readmission to the Psychiatric Hospital in a Managed Care Environment: Implications for Quality Indicators. *Am J Psychiatry* 154:3, March 1997
  21. Kane JM, Agid O, Baldwin ML, et al. Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychiatry*.2019;80(2):18com12123.
  22. Ley 408: <http://www2.pr.gov/presupuestos/presupuesto2016-2017/PresupuestosAgencias/suppdocs/baselegal/095/408.PDF>
  23. Madhukar H. Trivedi, MD; A. John Rush, MD; M. Lynn Crismon, PharmD; T. Michael Kashner, PhD, JD, MPH; Marcia G. Toprac, PhD; Thomas J. Carmody, PhD; Tracie Key, BSN, RN; Melanie M. Biggs, PhD; Kathy Shores-Wilson, PhD; Bradley Witte, BA; Trisha Suppes, MD, PhD; Alexander L. Miller, MD; Kenneth Z. Altshuler, MD; Steven P. Shon, MD. Clinical Results for Patients with Major Depressive Disorder in the Texas Medication Algorithm Project. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:669-680
  24. Medicare Benefit Policy Manual Chapter 2 - Inpatient Psychiatric Hospital Services
  25. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/April-2020/The-Value-of-Structured->

Outpatient-Treatment.

26. <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement>
27. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guidance on the use of electroconvulsive therapy. 2003. 2014 update.
28. <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=cg>
29. NICE. (2022, September 7). Overview | Self-harm: assessment, management and preventing recurrence | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
30. Norbert I. Goldfield, M.D., Elizabeth C. McCullough, M.S., John S. Hughes, M.D., Ana M. Tang, Beth Eastman, M.S., Lisa K. Rawlins, and Richard F. Averill, M.S. Identifying Potentially Preventable Readmissions. Health Care Financing review/Fall 2008/Volume 30, Number 1
31. Puspitasari, A. J., Heredia, D., Coombes, B. J., Geske, J. R., Gentry, M. T., Moore, W. R., Sawchuk, C. N., & Schak, K. M. (2021). Feasibility and Initial Outcomes of a Group-Based Teletherapy Psychiatric Day Program for Adults with Serious Mental Illness: Open, Nonrandomized Trial in the Context of COVID-19. JMIR mental health, 8(3), e25542. <https://doi.org/10.2196/25542>
32. <https://www.qualitynet.org>
33. Recommended Standard Care | National Action Alliance for Suicide Prevention. (n.d.). <https://theactionalliance.org/resource/recommended-standard-care>
34. Royal College of Psychiatrists. (2020, July). Self-harm and suicide in adults. CR229: Final report of the Patient Safety Group. Retrieved June 30, 2023, from [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr229-self-harm-and-suicide.pdf?sfvrsn=b6fdf395\\_10](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr229-self-harm-and-suicide.pdf?sfvrsn=b6fdf395_10)
35. Ross EL, Zivin K, Maixner DF. Cost-effectiveness of Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy/Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75(7):713–722. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0768
36. SAMHSA. (n.d.). Help prevent suicide. <https://www.samhsa.gov/suicide>
37. Simone N. Vigod, Paul A. Kurdyak, Cindy-Lee Dennis, Talia Leszcz, Valerie H. Taylor, Daniel M. Blumberger and Dallas P. Seitz. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. The British Journal of Psychiatry (2013) 202, 187–194. doi: 10.1192/bjp.bp.112.115030
38. Sinclair DJM, Ellison JMA, Adams CE. Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9
39. Steven S. Sharfstein, M.D.; Faith B. Dickerson, Ph.D.; M.P.H., and John M. Oldham, M.D., M.S. Textbook of Hospital Psychiatry. 2009
40. Suicide Prevention | Suicide | CDC. (n.d.). <https://www.cdc.gov/suicide/>
41. Support safe care transitions and create organizational linkages – Suicide Prevention Resource Center. (n.d.). <https://sprc.org/effective-prevention/a-comprehensive-approach-to-suicide-prevention/support-safe-care-transitions-and-create-organizational-linkages-2/>

42. Terlizzi, E. P., & Schiller, J. (2022). Mental health treatment among adults aged 18–44: United States, 2019–2021. <https://doi.org/10.15620/cdc:120293>
43. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2
44. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <https://www.ahrq.gov/>
45. The Joint Commission Hospital Based Inpatient Psychiatric Services (HBIPS). <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/HospitalBasedInpatientPsychiatricServices.html>
46. The Joint Commission Transitions of Care (ToC) Portal. <https://www.jointcommission.org/toc.aspx>
47. Theresa Viggianoa, Harold A. Pincusb, and Stephen Crystala. Care transition interventions in mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2012, 25:551–558
48. Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tanskanen A. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy with Psychiatric Rehospitalization Among Adults with Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. Published online February 20, 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4320
49. <https://www.uptodate.com>
50. UpToDate. (n.d.-b). UpToDate - Suicidal ideation and behavior in adults. <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>
51. U.S. Department of Veterans Affairs. (2019). VA/DoD Clinical Practice Guideline For The Assessment And Management Of Patients At Risk For Suicide 2.0. U.S. Department of Veterans Affairs - VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Retrieved June 30, 2023, from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPGFinal5088212019.pdf>
52. Victoria Harris, MD, MPH. Electroconvulsive Therapy: Administrative Codes, Legislation, and Professional Recommendations. *J Am Acad Psychiatry Law* 34:406–11, 2006.
53. World Health Organization: WHO. (2022). Mental disorders. [www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
54. Zimmerman, M., Benjamin, I., Tirpak, J. W., & D'Avanzato, C. (2021). Patient satisfaction with partial hospital telehealth treatment during the COVID-19 pandemic: Comparison to in-person treatment. *Psychiatry research*, 301, 113966. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113966>