

Title: Psychiatric Assessment Team Behavioral Health Discharge Planning Policy SPANISH (English #9423)	Document #: 10046
Category: Clinical Document	Version: 1
Sites: St. Charles Bend Campus: St. Charles Madras: St. Charles Prineville: St. Charles Redmond Campus:	Page 1 of 6
JobTitle: MANAGER PSYCHIATRIC ASSESSMENT	Most Recent Review: 01/31/2024
Document Owner: DeFeo, Jennifer	SPPC Approval: 1/31/24

RESUMEN DE LA POLÍTICA:

Es política de SCHS que los pacientes que se presentan con una crisis de salud conductual en el departamento de emergencias y en todas las unidades de pacientes hospitalizados reciban una evaluación integral de crisis/planificación de seguridad cuando sean dados de alta a la comunidad.

ÁMBITO:

Esta es una política que se pone en práctica en St. Charles Health System, dentro de las instalaciones mencionadas anteriormente.

FUNDAMENTO:

De acuerdo con las leyes HB 3900, OAR 333-520-0070 y ORSs 441.053-4, un hospital debe incluir ciertos elementos de atención de planificación de transición y del alta que ayuden a apoyar a los pacientes que ingresan al departamento de emergencias o en la unidad de pacientes hospitalizados por una crisis de salud conductual. Esta política describe los elementos y el apoyo que debemos brindar a los pacientes.

DEFINICIONES:

Consulte el [Caregiver Handbook](#) para conocer los términos estándar del sistema

Haga Preguntas de Detección de Suicidio (ASQ, por sus siglas en inglés): Un cuestionario que incluye a los pacientes menores de 18 años para identificar a aquellas personas que requieren una evaluación adicional de salud mental/seguridad ante el suicidio.

Evaluación de Salud Conductual: una evaluación realizada por un MHP (Profesional de la Salud Mental), en persona o mediante telemedicina, para determinar si un paciente necesita estabilización inmediata de la crisis (ORS 414.025(2)).

Crisis de Salud Conductual: Una interrupción en la estabilidad o el funcionamiento mental o emocional de un individuo que resulta en una necesidad urgente de tratamiento inmediato para prevenir un deterioro grave en la salud mental o física del individuo (ORS 441.053).

Médico de la Salud Conductual/Profesional de la Salud Mental (MHP, por sus siglas en inglés): a) un psiquiatra titulado; b) un psicólogo titulado; c) un/a enfermero/a titulado/a

especializado/a en salud mental psiquiátrica; d) un trabajador social clínico titulado; e) un consejero profesional titulado o un terapeuta matrimonial y familiar titulado; f) un asistente social clínico titulado g) un interno o un residente que trabaja bajo un contrato de supervisión aprobado por la junta en un campo clínico de salud mental; o h) cualquier otro médico cuyo ámbito de práctica autorizado incluya el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental (ORS 414.025(3)). **C-SSRS:** La Escala de Calificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS, por su sigla en inglés) es un cuestionario que se utiliza y pretende ayudar a establecer el riesgo inmediato de suicidio de una persona y se utiliza en entornos de cuidados intensivos.

Contactos de Atención Médica: (Solo en el departamento de emergencias) Comunicaciones breves entre el paciente y un profesional de la comunidad para realizar con éxito la transición del paciente a los servicios ambulatorios. El profesional puede ser un profesional de la salud mental, un especialista en apoyo entre compañeros, un especialista en bienestar entre compañeros, un especialista en apoyo familiar o un especialista en apoyo a los jóvenes. Los especialistas en apoyo entre compañeros, bienestar entre compañeros, apoyo familiar y apoyo juvenil son personas certificadas por la Autoridad de Salud de Oregon, la División de Sistemas de Salud que brindan servicios de apoyo a las personas que reciben tratamiento de salud mental o de adicción (OAR 333-520-0070(d)).

Cuidador Común (sin una Formación Académica, No especializado): una persona designada por el paciente, padre/madre o tutor legal a quien un profesional de atención médica puede revelar información médica protegida sin una autorización firmada (ORS 192.567) o una persona que, a solicitud de un paciente, acepta brindar cuidados posteriores al paciente en la residencia del paciente (ORS 441.198). Es práctica de los hospitales obtener un consentimiento para divulgación de información antes de entregar una información de salud, excepto en situaciones de emergencia y/o cuando el estado del paciente es tal que su confusión o su nivel de conciencia impide su capacidad para dar su consentimiento y, por lo tanto, la atención se vería afectada negativamente.

1. Para un paciente menor de 14 años de edad, un padre/una madre o un tutor legal del paciente.
2. Para un paciente que tiene más de 14 años de edad, una persona designada por el/la paciente o un padre/madre/tutor legal del paciente en la medida que lo permita la ley ORS 109.640 (ley de consentimiento/derecho a diagnosticar) y la ley 109.675 (las exclusiones no se limitan a; un menor que ha sido abusado sexualmente por uno de los padres o un menor emancipado).
3. Para un paciente que tiene más de 14 años y que no haya designado a un cuidador, una persona a la que un profesional de atención médica puede entregar información médica protegida sin una autorización firmada, según la ley ORS 192.

Asesoramiento sobre Medios Letales: Estrategias de asesoramiento diseñadas para reducir el acceso de un paciente que está en riesgo de suicidio por medios letales, incluidas, entre otras, las armas de fuego (OAR 836-053-1403).

Plan de Seguridad: Un plan escrito y desarrollado por un paciente en colaboración con el cuidador común del paciente, si es que lo hubiera, facilitado por un profesional de atención médica, en el que se identifican las estrategias que el paciente o el cuidador común pueden utilizar cuando el riesgo de suicidio del paciente es alto o después de un intento de suicidio.

Evaluación del Riesgo de Suicidio: una evaluación integral que evalúa el nivel de riesgo de suicidio de un paciente mediante la evaluación de; ideación y plan suicida actual, letalidad del plan suicida, acceso a medios y/o armas de fuego, antecedentes y letalidad de intentos pasados de suicidio, antecedentes familiares de intentos de suicidio, factores de riesgo de suicidio, factores de protección, hospitalizaciones previas, profesionales de la salud conductual para los pacientes ambulatorios y la escala de calificación del C-SSRS/ASQ.

POLÍTICA:

1. Pacientes del Departamento de Emergencias y/o del Piso Médico del Hospital: Los pacientes del Departamento de Emergencias y/o del Piso Médico del Hospital que se hayan presentado en el departamento de emergencias o hayan sido ingresados en una unidad para pacientes internos debido a una crisis de salud conductual, recibirán una evaluación de la salud conductual que incluye el manejo de la atención médica y una evaluación de las necesidades a largo plazo para garantizar que el plan del alta sea apropiado para las necesidades y la gravedad del paciente y de acuerdo a las capacidades del cuidador común. Para los efectos de esta política, lo siguiente define a un paciente en crisis de la salud conductual.
 - a. El ingreso en una unidad de hospitalización médica cuyo ingreso se produjo debido a una crisis de la salud conductual.
 - b. Los pacientes que reciben atención médica durante su estadía en el servicio de emergencias como consecuencia de una crisis de salud mental y la consecuente orden de consulta a un Profesional Calificado de Salud Mental (QMHP, por sus siglas en inglés).
2. Requisitos para los Pacientes que son Atendidos: Los siguientes elementos son obligatorios para los pacientes atendidos o ingresados debido a una crisis de la salud conductual al ser dados de alta de un departamento de emergencias o de una unidad de hospitalización:
 - a. Una evaluación de la salud conductual realizada por un profesional de salud mental que incluye: una evaluación del riesgo de suicidio según las mejores prácticas, una evaluación del riesgo de homicidio/violencia y, si está indicado, el desarrollo de un plan de seguridad y asesoramiento sobre medios letales con el paciente y el cuidador común designado (si es que está disponible), así como cualquier otros contactos colaterales. Los profesionales médicos pueden aceptar información no solicitada de familiares y amigos no autorizados para su divulgación.

- b. Que se le ofrezca y anime a designar a un cuidador común o a una persona de apoyo para que le ayude en la seguridad y la planificación del alta.
 - i. Si se designa a un cuidador común, solicite al paciente que firme el formulario de autorización [Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information \(ROI\) - English 3740 \(Spanish 3742\)](#) Informe al paciente que puede anular la divulgación de información en cualquier momento, que el hospital no exige la divulgación sin el permiso del paciente y que solo se compartirá la información mínima necesaria.
 - ii. El cuidador común y su parentesco con el/la paciente deben anotarse en el expediente médico del paciente.
 - iii. Si el/la menor de edad tiene más de 14 años y no designa al tutor legal o al padre o madre como el cuidador común por una causa justificada, en el expediente médico se deberán anotar los motivos de esa determinación.
3. Información sobre los Beneficios: Proporcione información sobre los beneficios de involucrar a un cuidador común y de entregarle información, así como los límites de divulgación tal como se describe en el resumen del paciente que se entrega durante la admisión y el alta y que se anota en el formulario de divulgación de información.
4. Evaluación de las Necesidades a Largo Plazo del Paciente: La evaluación de las necesidades a largo plazo del paciente incluye, entre otras:
 - a. Capacidad de autocuidado, incluido, entre otros, el riesgo de causarse daño, la red de apoyo disponible en el lugar que se prevé el alta y los recursos disponibles para acceder a los medicamentos recetados o viajar a citas de controles médicos,
 - b. Necesidad de servicios comunitarios, y
 - c. En la medida que sea posible, si el paciente puede regresar al lugar donde vivía antes del ingreso hospitalario o de la visita al departamento de emergencias o si se necesitan recursos intermedios
 - d. Coordinación de la atención médica en la transición al tratamiento ambulatorio que incluya uno o más de los siguientes elementos: profesional de atención primaria, profesionales comunitarios, apoyo de compañeros, cuidadores comunes u otras personas que puedan implementar el plan de atención del paciente.
 - e. Programar citas de control médico que ocurran dentro de los 7 días posteriores al alta con un profesional médico que sea apropiado para abordar el control de la crisis y garantizar que el próximo profesional médico reciba la documentación adecuada sobre la visita de la crisis. Si no se puede programar una cita de control médico en un plazo de 7 días, documentar las barreras aplicables en el expediente médico del paciente. Proporcionar documentación si el control médico no se aplica debido al traslado del paciente a otro centro hospitalario/residencial.

- f. Manejo de casos que incluye el análisis clínico del expediente médico del paciente y una entrevista con el paciente y/o el cuidador común, si es que está disponible, para determinar y abordar cualquier barrera médica, funcional y/o psicosocial para el alta segura, recomendar recursos y apoyos acordados con el/la paciente.
 - g. Educar a los cuidadores comunes (si es que están disponibles) sobre el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento, los asuntos pendientes sobre la seguridad, los criterios del alta, así como también informar a los cuidadores comunes sobre el alta del paciente antes de ser dado/a de alta.
 - h. Esta política estará a disposición del público en el sitio de internet del hospital y se entregará por escrito a cada paciente y a su cuidador común (si es que lo hubiera) en el momento del ingreso/alta del hospital o del alta del departamento de emergencias.
 - i. Para los pacientes que presentan un intento de suicidio o con ideas suicidas, se debe intentar el contacto afectivo en las 48 horas siguientes al alta. El contacto afectivo puede realizarse en persona, por telemedicina o por teléfono [Behavioral Health Authorization for St. Charles To Speak with Designated Lay Caregiver ENGLISH \(Spanish #10036\)](#); [Behavioral Health Authorization for St. Charles To Speak with Designated Lay Caregiver SPANISH \(English #10035\)](#)
5. Planes para el Alta: Todos los elementos deben completarse con prontitud para no retrasar el alta o el traslado a otro centro. Completar una evaluación de la salud Conductual que incluya el manejo de la atención médica y la evaluación de las necesidades a largo plazo ayuda a garantizar que el plan para el alta sea apropiado para las necesidades y la gravedad del paciente y de acuerdo con las capacidades del cuidador común. Si en algún momento un paciente rechaza los recursos o el apoyo, el plan de seguridad y/o el plan/las instrucciones del alta, se consultará al médico para reevaluar la preparación para el alta, para incluir el riesgo de suicidio.

REFERENCIAS:

Departamento de Salud y Servicios Humanos: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid Regulación 42 CFR 412.27(c); 482.61(e) Planificación del Alta y Resumen del Alta 482.43

Autoridad de Salud de Oregon: Hoja informativa sobre la planificación del alta para pacientes que tienen una crisis de la salud conductual y son hospitalizados para recibir tratamiento de salud mental (Revisado el 18/10/2022)

ORS 441.053, 441.054

Reglas Administrativas de Oregon: 333-500-0010;333-505-0030, 0050, and 0055; 333-520-0070 y 333-535-0000

Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes de Oregon 3900

[Lay Caregiver Informational Handout ENGLISH \(Spanish #10040\)](#)

[Lay Caregiver Informational Handout SPANISH \(English #10039\)](#)