
EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE HOSPITAL DE DÍA DE NEUROPSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ (2015)

Dra. Misericòrdia Floriach Robert

Neuróloga.

Responsable del hospital de día de Neuropsiquiatría de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (Hospital Mare de Déu de la Mercè – Germanes Hospitalàries).

mfloriach.merced@hospitalarias.es

Dr. Jesús Miguel Ruiz Idiago

Psiquiatra.

Coordinador de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (Hospital Mare de Déu de la Mercè – Germanes Hospitalàries).

Resumen

Introducción: El hospital de día de Neuropsiquiatría es un dispositivo diurno que atiende a pacientes entre 18 y 65 años, con alteraciones cognitivas y conductuales secundarias a un daño cerebral adquirido, demencias degenerativas de inicio precoz, o a la enfermedad de Huntington. El objetivo del estudio es describir la capacidad resolutive del citado dispositivo a lo largo del año 2015.

Material y métodos: Diseño transversal descriptivo de una muestra de 48 personas, con una media de edad de 50 años, de las cuales 28 (58%) eran mujeres. Como instrumentos de medida se utilizaron tests de despistaje cognitivo, una escala de evaluación de la actividad global, y el porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta. En los pacientes con enfermedad de Huntington se utilizaron además exámenes de evaluación motora y funcional específicos.

Resultados: Se objetivó una mejoría de los tests de despistaje cognitivo, de la escala de evaluación de la actividad global, y, en los pacientes con enfermedad de Huntington, de los exámenes de evaluación motora y funcional, salvo en los evaluados con tiempo. El 8,33% de los pacientes abandonaron voluntariamente el programa terapéutico. El porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta fue del 0% y 2,08%, respectivamente.

Conclusiones: La intervención del hospital de día de Neuropsiquiatría fue eficaz para mejorar las habilidades cognitivas y funcionales de los pacientes atendidos y el porcentaje de reingresos fue bajo.

Palabras clave: hospital de día, neuropsiquiatría, daño cerebral adquirido, enfermedad de Huntington, demencias degenerativas de inicio precoz, trastorno de conducta, enfermedad mental.

Abstract

Introduction: The Neuropsychiatry day hospital attends patients between 18 and 65 years old, suffering cognitive and behavioral symptoms in the context of brain acquired lesions, early-onset degenerative dementias or Huntington's disease. The objective of the study is to describe the solving capacity of the mentioned resource along the year 2015.

Material and methods: Transversal design, descriptive, with a sample of 48 persons, with a mean age of 50 years old, of which 28 (58%) were women. The measurement tools used were cognitive screening tests, a global assessment of functioning scale, and the percentage of readmissions before 30 and 90 days after discharge; additionally, specific motor and functional assessments were used to evaluate Huntington's disease patients.

Results: It was observed an improvement according to cognitive and functional assessments; Huntington's disease patients also did better on motor and functional specific tests, with the exception of timed scales. The percentage of readmissions before 30 and 90 days after discharge was 0% and 2,08%, respectively.

Conclusions: The Neuropsychiatric day hospital intervention was effective in improving the cognitive and functional abilities of cared patients. The percentage of readmissions was low.

Key Words: day hospital, neuropsychiatry, acquired brain injury, Huntington's disease, early-onset degenerative dementias, behavioral disorder, mental disease.

Introducción

El Hospital Mare de Déu de la Mercè (HMDM) en consonancia con sus valores institucionales atiende a perfiles de pacientes que por su complejidad clínica precisan de la atención de varias disciplinas y varios niveles asistenciales correctamente coordinados, por lo que con frecuencia aparece una brecha asistencial, es decir, una falta de continuidad asistencial, en su atención¹. Entre ellos se encuentran pacientes con enfermedad de Huntington (EH) en situación de crisis conductual, pacientes con daño cerebral sobrenvenido y alteraciones psiquiátricas, pacientes con demencias degenerativas de inicio precoz (DDIP) y otros pacientes con enfermedades neurológicas con síntomas psiquiátricos. Estos pacientes habían sido atendidos en la Unidad de Psicogeriatría del HMDM, pero se observó que por su especificidad clínica, perfiles de edad y necesidades, no encajaban en la unidad. Se detectó una carencia de recursos específicos para este perfil de pacientes. Es por ello que en el 2006 se inició un proceso para la consecución de una unidad específica de Neuropsiquiatría (NPQ), se elaboró un plan funcional, y finalmente se inició la construcción de la Unitat Polivalent Barcelona Nord (UPBN) que finalizó en el 2008. La UPBN dispone de una planta de hospitalización (planta de NPQ) que atiende a personas adultas con enfermedades neurológicas y alteraciones conductuales y psiquiátricas asociadas, en régimen de hospitalización completa. La asistencia integral a estos pacientes se completa con el hospital de día (HDD) de NPQ y las consultas externas (CCEE) del SAIHD (Servicio de Atención Integral a la enfermedad de Huntington y otras demencias de inicio precoz).

El HDD de NPQ es un recurso sanitario de hospitalización parcial de régimen diurno. Atiende a pacientes adultos, entre los 18 y 65 años, afectados de alteraciones cognitivas y conductuales, que están lo suficientemente estables y con la suficiente autonomía para regresar a dormir a su domicilio. Tiene que haber una mínima capacidad de contención y de mantenimiento de los vínculos familiares y sociales, y el paciente tiene que tener una mínima capacidad para comprender el tratamiento y colaborar en el proceso rehabilitador. El HDD de NPQ no está sectorizado. El tiempo de estancia concertado es de 90 días. Se dispone de 19 plazas.

La derivación al HDD de NPQ se realiza desde diferentes niveles asistenciales: atención primaria (AP), Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias (CAS), planta de Psiquiatría (PSQ) (Agudos y Subagudos), hospitales generales (servicio de Neurología o Medicina Interna), servicios de Neurorehabilitación, Asociaciones de familiares como la "Associació Catalana de Malalts de Huntington" [ACMAH], centros de convalecencia, hospitales de día de PSQ, centros de día de PSQ, planta de NPQ y consultas externas (CCEE) de SAIHD de la misma UPBN.

Objetivo

El objetivo es describir la capacidad resolutoria del HDD de NPQ a lo largo del año 2015, entendiéndola como la capacidad para mejorar las habilidades cognitivas y funcionales de los perfiles de pacientes anteriormente descritos, y de alcanzar un porcentaje de reingresos a los 30 y 90 días tras el alta inferior al 5%.

Metodología de trabajo

El equipo de HDD de NPQ está integrado por una neuróloga, una neuropsicóloga, un/a fisioterapeuta, una terapeuta ocupacional, una educadora social, una trabajadora social, una enfermera y un auxiliar de enfermería, con la supervisión del coordinador de la unidad (psiquiatra) y la supervisora de enfermería, y el soporte de la psiquiatra de la unidad de hospitalización de NPQ.

La valoración inicial de todos los pacientes ingresados incluye las exploraciones psicopatológica, neurológica, de enfermería, neuropsicológica, funcional, social y la administración de escalas clínicas (ver tabla 1). En la valoración inicial se determina el estado clínico y funcional, se establecen unos objetivos terapéuticos, y se prevén potenciales complicaciones. Es imprescindible la participación de la familia para incorporarla en el programa terapéutico desde el primer momento. Una vez definidos los diferentes diagnósticos y los objetivos a conseguir, se elabora el plan de actividades terapéuticas de cada paciente. En las reuniones interdisciplinarias realizadas quincenalmente, se realiza el seguimiento de cada paciente y se adapta el plan terapéutico a los progresivos cambios que se producen. Para monitorizar los resultados se administran las mismas escalas clínicas quince días antes del cumplimiento del tiempo previsto de ingreso. Una vez programada el alta se coordina con el paciente, la familia y los dispositivos a los que se deriva el paciente.

La neuropsicóloga dirige los grupos de ayuda terapéutica (GAT) para los familiares. Los miembros del equipo del HDD de NPQ así como la psiquiatra de la planta de hospitalización de NPQ participan en las sesiones educativas para familias del HDD de NPQ.

Material y Métodos

La información ha sido obtenida a partir de la práctica clínica diaria habitual del HDD de NPQ. De manera sistemática, a todos los pacientes que ingresan se les administran tests de despistaje cognitivo como el Minimental State Examination (MMSE)², el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)³, y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA)⁴, así como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)⁵. La EEAG⁵ considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud – enfermedad. En los pacientes con EH, además, se valora el estado nutricional mediante el índice de masa corporal (IMC) y se administran exámenes de evaluación motora y funcional específicos como la Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) motora⁶ y modificada (la UHDRS motora modificada excluye los ítems relacionados con los movimientos oculares, la distonía y la corea), la UHDRS funcional⁶, la Total Functional Capacity (TFC)⁶, y la escala de Shoulson & Fahn⁶, así como el Physical Performance Test (PPT)⁷, la Berg Balance Scale (BBS)⁸, el Timed Up and Go Test (TUG)⁹, el Four Step Square Test (FSST)¹⁰, el Rivermead Mobility Index (RMI)¹¹, y una escala interna para valorar el control consciente del movimiento (CCM)¹² que no está validada y que está en fase de elaboración. A todos los pacientes se les administran los mismos exámenes 15 días antes de la fecha prevista de alta. Asimismo, al ingreso y previo al alta, se realiza una valoración neuropsicológica reglada (VNPL). La VNPL explora la dimensión cognitiva (orientación, atención, gnosias, praxias, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas) y la dimensión funcional (actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria)^{13,14}. El resultado de la VNPL se resume en: normal, trastorno neuro-

cognitivo leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve, trastorno neurocognitivo mayor en grado leve moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado, trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado grave, y trastorno neurocognitivo mayor en grado grave. La descripción de la gravedad se ha realizado según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) 5¹⁵. Ver tabla 1 y tabla 2. Los pacientes son informados de que los exámenes y las valoraciones realizadas sirven para valorar de manera objetiva su evolución a lo largo del ingreso.

Se realizó un diseño transversal descriptivo. Como instrumentos de medida se utilizaron los tests de despistaje cognitivo (MMSE², MEC³, MoCA⁴) y la EEAG⁵ (al ingreso y al alta); en los pacientes con EH se utilizaron también el IMC, la UHDRS⁶ motora y modificada, la UHDRS funcional⁶, la TFC⁶, la escala de Shoulson & Fahn⁶, el PPT⁷, la BBS⁸, el TUG⁹, el FSST¹⁰, el RMI¹¹, y la CCM¹². Se calculó el porcentaje de reingresos antes de los 30 y 90 días tras el alta.

Resultados

Desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015 ingresaron 48 pacientes (ver figura 1) procedentes de planta de hospitalización de NPQ y de CCEE de SAIHD de la misma UPBN, de los CSMA, de AP, de los CAS, de CCEE de Neurología (NRL) de otros hospitales, de planta de hospitalización de PSQ de otros hospitales, de otros hospitales de día de PSQ, de asociaciones de familiares (ACMAH) y de unidades de convalecencia (ver figura 2) (no se han incluido pacientes que ingresan a través de mutua privada, n = 2). Edad media al ingreso: 50 años (desviación estándar 9,77; mediana 50 años; moda 46

años; rango: 26 a 65 años). Sexo: 28 mujeres (58%) y 20 hombres (42%).

Atendiendo a las características clínicas de los pacientes, éstos fueron agrupados en cinco perfiles diferentes: pacientes con daño cerebral sobrevenido (n = 22) (evento vascular (n = 6), traumatismo cerebral (n = 5), infecciones cerebrales (n = 3), secuelas de neurocirugía (n = 3), anoxia cerebral (n = 2), tumores cerebrales (n = 2) y epilepsia sintomática a malformación cerebral (n = 1)), pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos (n = 13) (alcohol (n = 11) y sedantes (n = 2)), pacientes con EH (n = 9), y pacientes con DDIP (n = 2) (incluye un paciente con enfermedad de Parkinson de inicio precoz y complicaciones neuropsiquiátricas); además, se añade un grupo de pacientes con deterioro cognitivo no especificado (n = 2) según los criterios diagnósticos de trastorno neurocognitivo no especificado del DSM 5¹⁵ (ver figuras 3, 3a y 3b). En diez pacientes coexiste trastorno por uso de sustancias (TUS) y daño cerebral sobrevenido (vascular (n = 3), traumatismo cerebral (n = 2), infección cerebral (n = 1), anoxia cerebral (n = 1), neurocirugía por epilepsia (n = 1), neurocirugía por hidrocefalia (n = 1), y tumor cerebral (n = 1)). En tres pacientes coexiste TMS y daño cerebral sobrevenido (vascular (n = 2) y neurocirugía por epilepsia (n = 1)). En dos pacientes coexiste TMS y deterioro cognitivo no especificado. En un paciente coexiste TMS y deterioro cognitivo asociado a TUS (alcohol). En un paciente coexiste trastorno de personalidad (TP) premórbido y EH (ver figura 3c). Cuatro pacientes tenían también infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (uno de ellos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y daño cerebral adquirido por infección oportunista; el resto no cumplían criterios de SIDA: uno tenía daño

cerebral adquirido de etiología vascular, los otros dos tenían patología combinada: TMS y deterioro cognitivo no especificado, y TMS, deterioro cognitivo asociado a TUS y patología vascular cerebral de pequeño vaso). De los 9 pacientes con EH solo se han incluido las valoraciones de seis de ellos dado que en los otros tres no se pudieron realizar las valoraciones al alta.

De acuerdo al perfil clínico del paciente, a las necesidades identificadas y a los objetivos que se programan, los pacientes son incluidos en diferentes grupos terapéuticos.

En la figura 4 y en la tabla 3 se describen las valoraciones al ingreso y al alta de todos los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, excepto los tres pacientes con EH mencionados anteriormente (n = 45). En las figuras 4a, 4b, 4c y en las tablas 3a, 3b, 3c1, 3c2, 3c3 y 3c4 se hace el despliegue en función del perfil clínico (daño cerebral sobrevenido, deterioro cognitivo asociado a TUS y EH). No se realiza el despliegue de los perfiles de DDIP y deterioro cognitivo no especificado por tener una muestra muy pequeña (n = 2 en cada perfil) aunque sus valoraciones sí están incluidas en la figura 4 y en la tabla 3. En la figura 4d y en la tabla 3d se describen las valoraciones de los pacientes con patología combinada (estos pacientes están incluidos en los grupos anteriores en función del motivo de ingreso pero aquí se especifican como grupo con patología combinada).

En la figura 5 se puede observar la distribución del grado de deterioro cognitivo según la VNPL reglada al ingreso y al alta. El grado de deterioro cognitivo al ingreso de todos los pacientes oscila entre trastorno neurocognitivo leve y trastorno neurocognitivo mayor en grado moderado a grave, siendo el grupo más numeroso el de trastorno neurocognitivo mayor en grado leve. En el

momento del alta, el grupo más numeroso continua siendo el de trastorno neurocognitivo mayor en grado leve, es decir, dificultades exclusivamente con las actividades instrumentales cotidianas como tareas del hogar o gestión del dinero. En cuatro pacientes, la VNPL al alta se encuentra dentro de la normalidad (en los cuatro pacientes, la valoración al ingreso era compatible con un trastorno neurocognitivo mayor en grado leve). En 11 pacientes no se realizó la VNPL reglada al alta: incluye un paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar, dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente (en uno de ellos tampoco se realizó al ingreso por tener una VNPL reciente), dos pacientes que ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica, dos pacientes en los que el motivo de alta fue por traslado geográfico, y cuatro pacientes que abandonaron voluntariamente la asistencia al recurso rehabilitador.

En la figura 6 se realiza el despliegue de la EEAG según los criterios del DSM – IV - TR⁵. En la figura 6 se puede observar la distribución de la escala al ingreso y al alta. La puntuación de la muestra al ingreso oscila entre 41 – 50 y 61 – 70, y la puntuación al alta oscila entre 41 – 50 y 81 – 90, siendo el grupo más numeroso el de 51 – 60 (tanto al ingreso como al alta). En las valoraciones al alta no se incluyen las puntuaciones de los dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente.

Ninguno de los ingresos programados en HDD de NPQ ha sido un reingreso antes de los 30 días del alta previa y tampoco ha habido ningún reingreso en el HDD de NPQ por descompensación psicopatológica. Sí ha habido un ingreso (2,08% del total de la

muestra) antes de los 90 días del alta previa que corresponde a un paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar.

De los pacientes ingresados desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre de 2015, han sido dados de alta 48 pacientes (29 a fecha del 31.12.2015 y 19 más a fecha del 23.06.2016). Las 55 altas anuales del año 2015 incluyen 26 pacientes que habían ingresado en el año 2014 y que no han sido incluidos en este estudio.

Trenta y siete pacientes vivían en familia. De estas familias, ocho (21,62%) estuvieron vinculadas a los GAT. Veinte familias asistieron al menos a una de las nueve sesiones de educación sanitaria que se realizaron para ellas (incluyendo la familia de dos pacientes que vivían solos y de un paciente que vivía en un centro de acogida residencial para personas sin techo), 10 de las cuales asistieron a dos o más sesiones.

De los 48 pacientes ingresados desde el 1 de Enero de 2015 al 31 de Diciembre del 2015, 34 (70,83%) fueron dados de alta al domicilio, uno a un centro de acogida residencial para personas sin techo, uno a Llar Residencia, dos a residencia social, uno a un piso tutelado, dos, por complicación somática intercurrente en el contexto de su enfermedad de base (ambos con EH en estadio avanzado (estadio 4 de Shoulson & Fahn)) precisaron ingreso en hospital general de referencia, un paciente ingresó en planta de NPQ para respiro familiar, y dos pacientes (4,17% del total de la muestra) ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica. Cuatro pacientes (8,33% del total de la muestra) abandonaron voluntariamente el recurso (tres vivían en familia y uno vivía solo). Tres de los cuatro pacientes con falta de asistencia voluntaria estaban diagnosticados de TUS, dos de ellos con pa-

tología combinada; el cuarto paciente estaba diagnosticado de daño cerebral sobrevenido sin patología combinada.

Al alta del HDD de NPQ, al 79,17% de los pacientes se les realizó seguimiento en CCEE del SAIHD. El 20,83% restante corresponde a 10 pacientes a quienes no se les realizó seguimiento por los siguientes motivos: dos casos porque el motivo del alta fue por traslado geográfico no siendo posible el seguimiento, dos pacientes que ingresaron por proceso intercurrente en su hospital general de referencia, un paciente que ingresó para respiro familiar, dos pacientes que ingresaron en planta de NPQ por descompensación psicopatológica y tres pacientes que dejaron de asistir voluntariamente al recurso y que rechazaron el seguimiento (el cuarto sí mantuvo su vinculación en el SAIHD). Salvo cuatro pacientes, los pacientes con TUS fueron vinculados al CAS de zona (73,33% del total de pacientes con TUS), inclusive tres pacientes con falta de asistencia voluntaria. Los cuatro pacientes que no fueron vinculados al CAS (26,67%) fueron el paciente que ingresó para respiro familiar, un paciente que ingresó por descompensación psicopatológica, y dos pacientes con un trastorno mnésico grave inducido por alcohol que mantuvieron el seguimiento solo en el SAIHD (se consideró que el grave déficit mnésico limitaba la capacidad para seguir las pautas del CAS). De los 20 pacientes que previo al ingreso estaban vinculados al CSMA de zona, 19 (95%) también fueron vinculados a éste; el paciente que no fue vinculado fue el paciente que ingresó para respiro familiar.

En la figura 7 se despliega el motivo del alta: mejoría o consolidación de la mejoría (75%), alta por falta de asistencia voluntaria no justificada (8,33%), traslado geográfico e imposibilidad de continuar asistiendo al HDD de NPQ (por distancia, no por sec-

torización) (6,25%), ingreso en hospital general de referencia por proceso somático intercurrente (4,17%), ingreso en planta de NPQ por descompensación psicopatológica (4,17%), e ingreso en planta de NPQ para respiro familiar (2,08%).

De todos los pacientes ingresados entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, uno (2,08%) estaba considerado como paciente crónico complejo (PCC)¹⁶ y dos (4,17%) estaban considerados como pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA)¹⁶.

Discusión

Registrar la evolución de los pacientes al ingreso y en el momento del alta del HDD de NPQ es una herramienta indispensable para analizar los cambios y tendencias. Además, la revisión periódica de los resultados sirve como control de calidad interno.

Como punto fuerte del HDD de NPQ destaca la atención integral a pacientes con patología neurológica y conductual ya sea debida a daño cerebral sobrevenido, TUS, EH, o DDIP. Muchas de ellas son enfermedades con un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, y en la mayoría de los casos, también de sus familiares directos.

Se trata de una muestra heterogénea por lo que se han agrupado los diagnósticos. Como se puede apreciar en las figuras 4a, 4b, 4c, 4d, 5 y 6, y en las tablas 3a, 3b, 3c1, 3c2, 3c3, 3c4, y 3d, tanto teniendo en cuenta el total de los pacientes, los pacientes por diagnósticos agrupados (daño cerebral sobrevenido, deterioro cognitivo asociado a TUS, y EH), y los pacientes con patología combinada, se observa una mejoría cognitiva según los tests de despistaje (MMSE², MEC³ y MoCA⁴) y de la EEAG⁵. Por otro lado,

los pacientes con patología combinada no parecen evolucionar de manera diferente al conjunto de la muestra. En el caso de los pacientes con EH (figura 4c y tablas 3c1 a 3c4) el IMC indica que el estado nutricional se mantiene dentro de la normalidad; hay una discreta mejoría en la UHDRS motora⁶ y modificada, de la UHDRS funcional⁶, y se mantienen estables la PPT⁷, la RMI¹¹ y la TFC⁶; hay un discreto empeoramiento de la BBS⁸; y se objetiva un empeoramiento más evidente en los exámenes medidos con tiempo (TUG⁹ y FSST¹⁰). Hay que tener en cuenta que se trata de pacientes con una enfermedad neurodegenerativa progresiva para la que no existe un tratamiento curativo ni que modifique la evolución natural de la misma.

En la mayoría de los pacientes el motivo del alta es la mejoría o la consolidación de la mejoría según las escalas de despistaje cognitivo y de la EEAG. Asimismo, la mayoría regresan a su domicilio. No ha habido ningún reingreso en HDD de NPQ por descompensación psicopatológica, aunque sí ha habido dos altas de HDD de NPQ por necesidad de ingreso en planta de NPQ por descompensación psicopatológica, uno de ellos se trataba de un paciente con patología combinada (EH y TP premórbido) y el otro, un paciente con deterioro cognitivo asociado a TUS asociado a clínica psicótica. El único reingreso en HDD de NPQ antes de los 90 días tras el alta correspondió al paciente que ingresó de manera temporal en planta de NPQ para respiro familiar (los ingresos para respiro familiar son breves, con una duración que oscila entre 8 y 10 semanas). Asimismo, ha habido dos casos de ingreso en su hospital general de referencia por proceso somático intercurrente, ambos en el contexto de una EH en estadio avanzado (ambos casos estarían en el límite del perfil de aceptación para su ingreso en el HDD de NPQ dado lo

avanzado de su enfermedad); en ninguno de estos dos últimos pacientes se pudieron realizar las valoraciones al alta, y por tanto, los tests de despistaje cognitivo, la valoración motora y funcional, y el estado nutricional de estos pacientes no han sido incluidos en el estudio; tampoco se pudieron realizar (dado su estado psicopatológico) las valoraciones al alta del paciente con EH y TP que ingresó en planta de NPQ por descompensación psicopatológica y, por tanto, tampoco se han incluido los exámenes al ingreso (en cambio, sí se pudieron administrar en el otro paciente que también ingresó por descompensación).

Una de las dificultades que se repite en la mayoría de los pacientes en el momento de planificar el alta es la escasez de recursos comunitarios adaptados al perfil del paciente neuropsiquiátrico. La presencia de un diagnóstico neurológico o el propio deterioro cognitivo excluye la admisión de estos pacientes a los dispositivos actualmente existentes destinados a pacientes con enfermedad mental o TUS sin deterioro cognitivo (aunque como se puede observar en los resultados de este estudio, en la gran mayoría de los pacientes se trata de un trastorno neurocognitivo mayor en grado leve). En este sentido, se realizó una alianza con la "Associació per a la rehabilitació de les persones amb malaltia mental (AREP)" de manera que se dispone de cinco plazas para que algunos pacientes del HDD de NPQ puedan acceder a su centro de día donde continuarán realizando actividades para mejorar su autonomía y sus habilidades tanto cognitivas como sociales, siendo un recurso destinado a aquellos pacientes más autónomos. En el caso de los pacientes con EH, la dificultad de vinculación al alta es, aún si cabe, más evidente. Es por ello, que siempre que es posible, se intenta ser más flexible y

prolongar más tiempo su estancia en el HDD de NPQ dado que se considera fundamental el mantener un programa de rehabilitación específico a largo plazo.

También es muy importante la implicación de las familias en todo el proceso terapéutico, así como un asesoramiento cercano tanto durante la estancia en el HDD de NPQ como posteriormente en el seguimiento en CCEE del SAIHD. Por ello, se ofrece quincenalmente formación y asesoramiento en los GAT y se imparten sesiones educativas para las familias a lo largo de todo el año. Además, se realizan visitas informativas individuales a las familias siempre que se considere oportuno.

Como debilidades del estudio destaca que no se han incluido las figuras correspondientes a las evaluaciones de valoración de la conducta (como el Neuropsychiatric Inventory¹⁷ (NPI) o el Short Problem Behaviors Assessment for Huntington's Disease¹⁸ (PBA-s)) dado que no se ha recogido de manera sistemática a todos los pacientes; sí se han realizado, en todos los casos, entrevistas semiestructuradas al ingreso, a lo largo del seguimiento, y previo al alta.

Asimismo, el porcentaje de pacientes que precisaron ingreso hospitalario fue inferior al 10% (4,17% por descompensación psicopatológica y 4,17% por complicación somática intercurrente). El porcentaje de abandonos voluntarios fue inferior al 10%.

Aspectos a mejorar: Se destaca la necesidad de incluir de manera sistemática medidas objetivas de valoración de la conducta (como el NPI¹⁷ a todos los pacientes y el PBA-s¹⁸ a los pacientes con EH) con el objetivo de poder cuantificar los cambios conductuales. También se considera necesario incluir el tratamiento farmacológico y el tiempo de evolución de cada una de las patologías dado que ambos son factores determinantes de la evolución clínica (sin embargo, el evaluar su influencia iba más allá del propósito del presente trabajo). Asimismo, se considera necesario incluir una escala de evaluación de la calidad de vida del paciente y del cuidador tanto al ingreso como al alta del HDD de NPQ.

Conclusiones

Es esencial la existencia de hospitales de día de NPQ que den respuesta a las necesidades del paciente con perfil neuropsiquiátrico, es decir, personas con enfermedad mental y/o trastorno conductual derivado de un daño cerebral adquirido o neurodegeneración precoz.

Los pacientes atendidos en el HDD de NPQ mejoran sus habilidades cognitivas y funcionales, según los instrumentos de medida utilizados. El porcentaje de reingresos antes de los 90 días tras el alta fue inferior al 3%.

Figuras

Figura 1. Número de ingresos en HDD de NPQ.

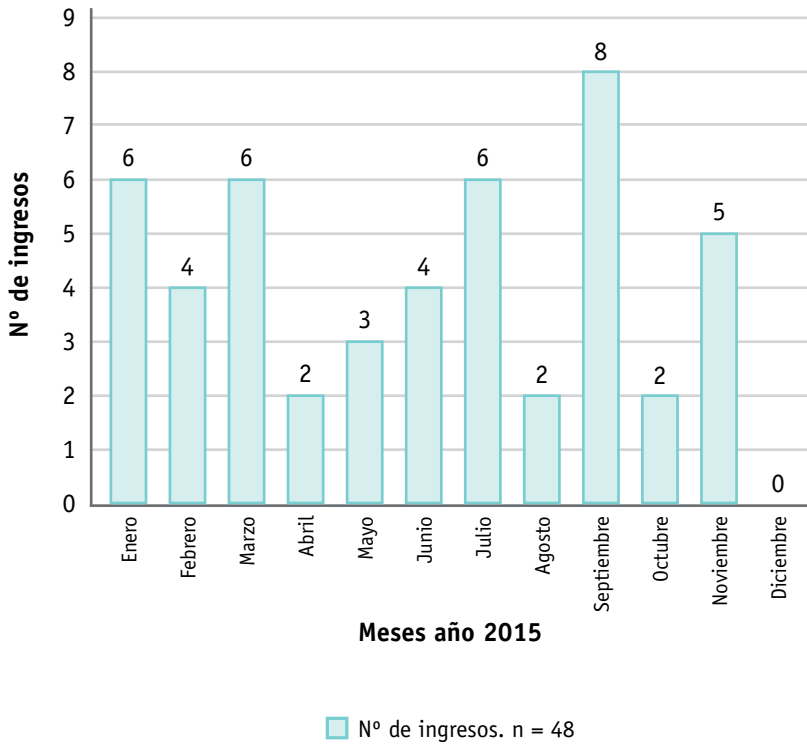
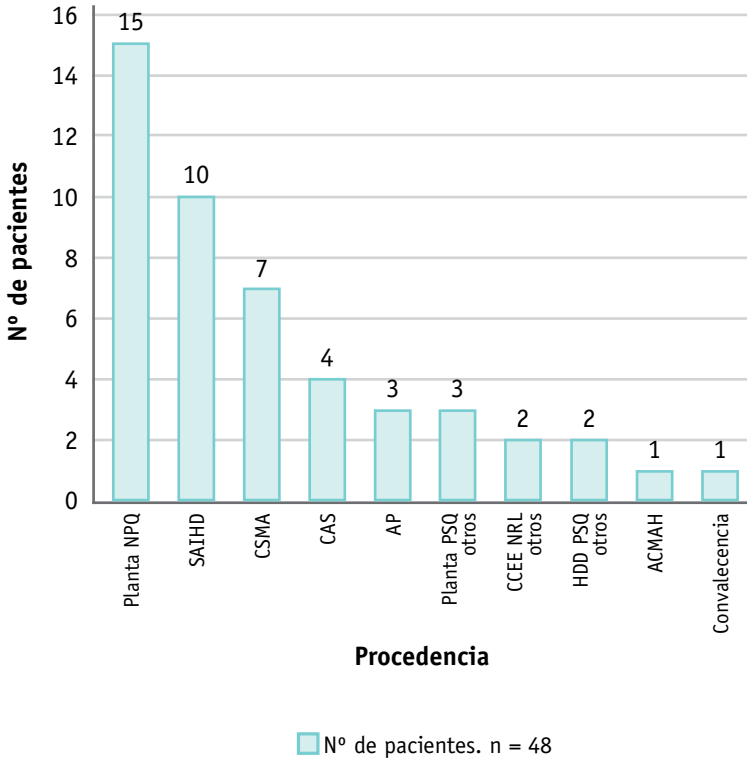
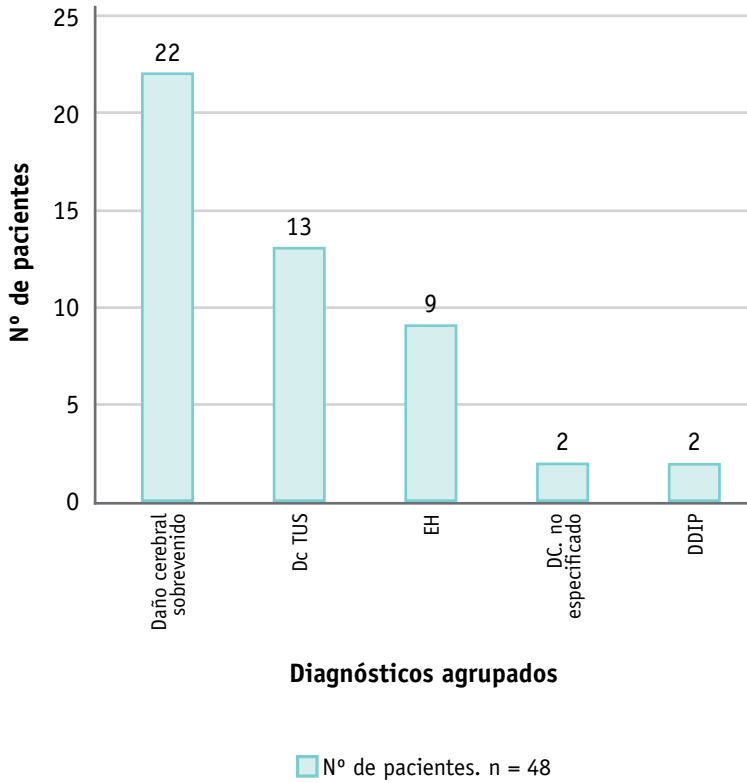


Figura 2. Procedencia de los ingresos en HDD de NPQ:



Planta NPQ = planta de Neuropsiquiatría de la misma Unitat Polivalent Barcelona Nord (UPBN). **SAIHD** = consultas externas del Servicio de Atención Integral a la enfermedad de Huntington y otras demencias de inicio precoz de la misma UPBN. **CSMA** = Centro de Salud Mental de Adultos. **CAS** = Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias. **AP** = Atención Primaria. **CCEE NRL otros** = consultas externas de Neurología de otros hospitales. **HDD PSQ otros** = hospitales de día de Psiquiatría de otros hospitales. **ACMAH** = Associació Catalana Malalts de Huntington. **Convalecencia** = unidades de convalecencia.

Figura 3. Diagnósticos agrupados:



Dc TUS = deterioro cognitivo asociado a trastorno por uso de sustancias. **EH** = enfermedad de Huntington. **Dc** = deterioro cognitivo. **DDIP** = demencia degenerativa de inicio precoz.

Figura 3a. Pacientes con daño cerebral sobrevenido:

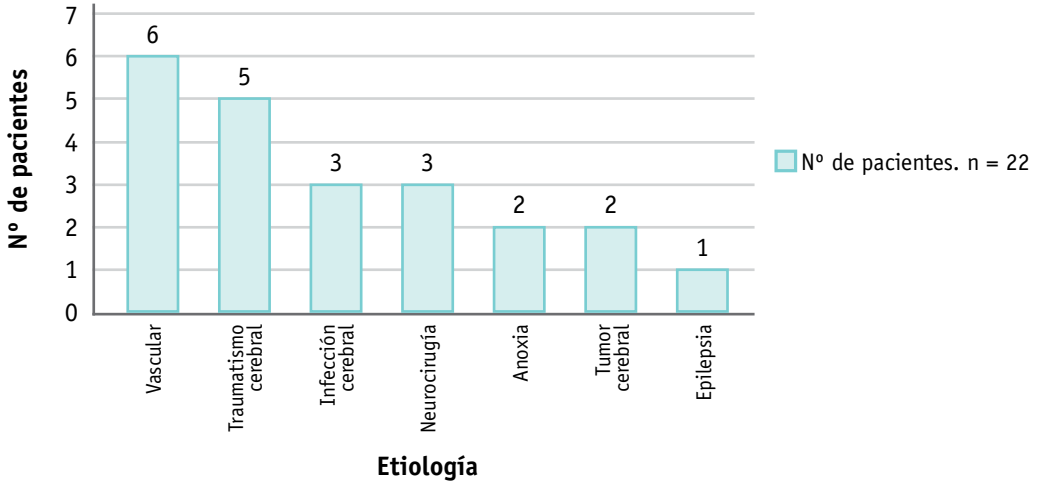


Figura 3b. Pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:

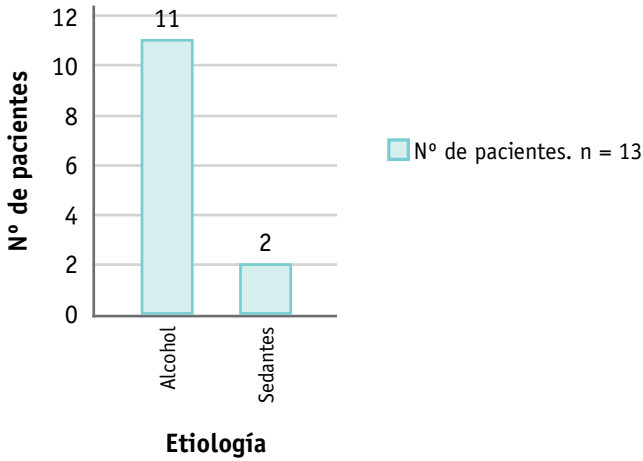
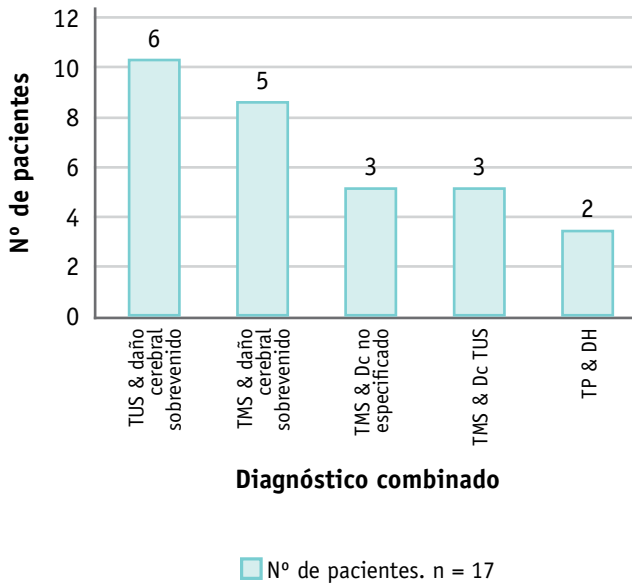
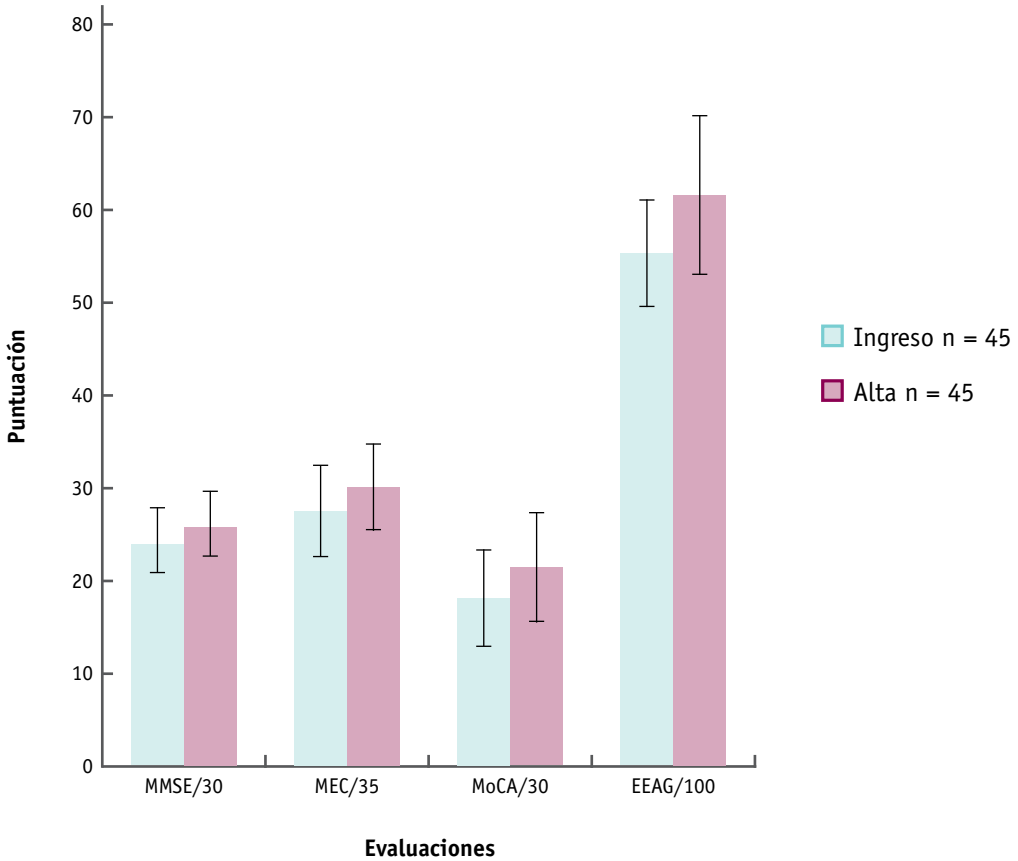


Figura 3c. Pacientes con patología combinada:



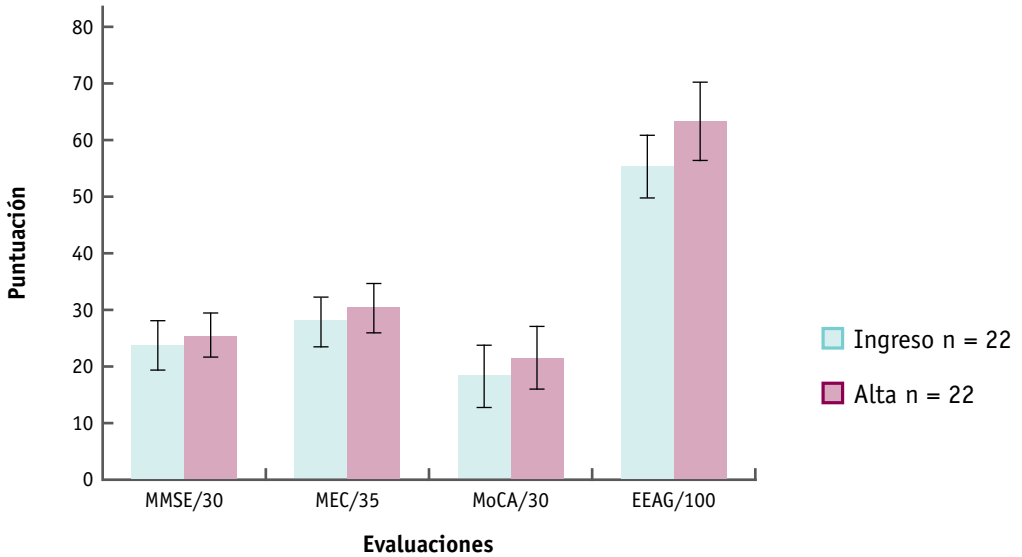
TUS = Trastorno por uso de sustancias, **TMS** = Trastorno mental severo, **Dc** = deterioro cognitivo. **Dc TUS** = deterioro cognitivo asociado a trastornos por uso de sustancias. **TP** = trastorno de personalidad. **EH** = enfermedad de Huntington.

Figura 4. Evaluaciones de todos los pacientes, excepto tres pacientes con EH a quienes no se les pudo realizar las valoraciones al alta:



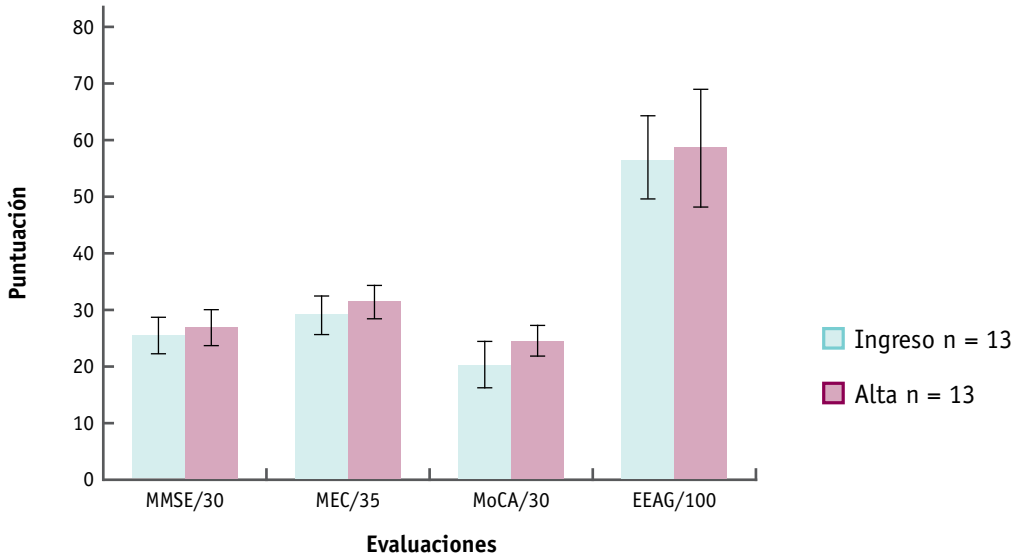
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4a. Evaluaciones de los pacientes con daño cerebral sobrevenido:



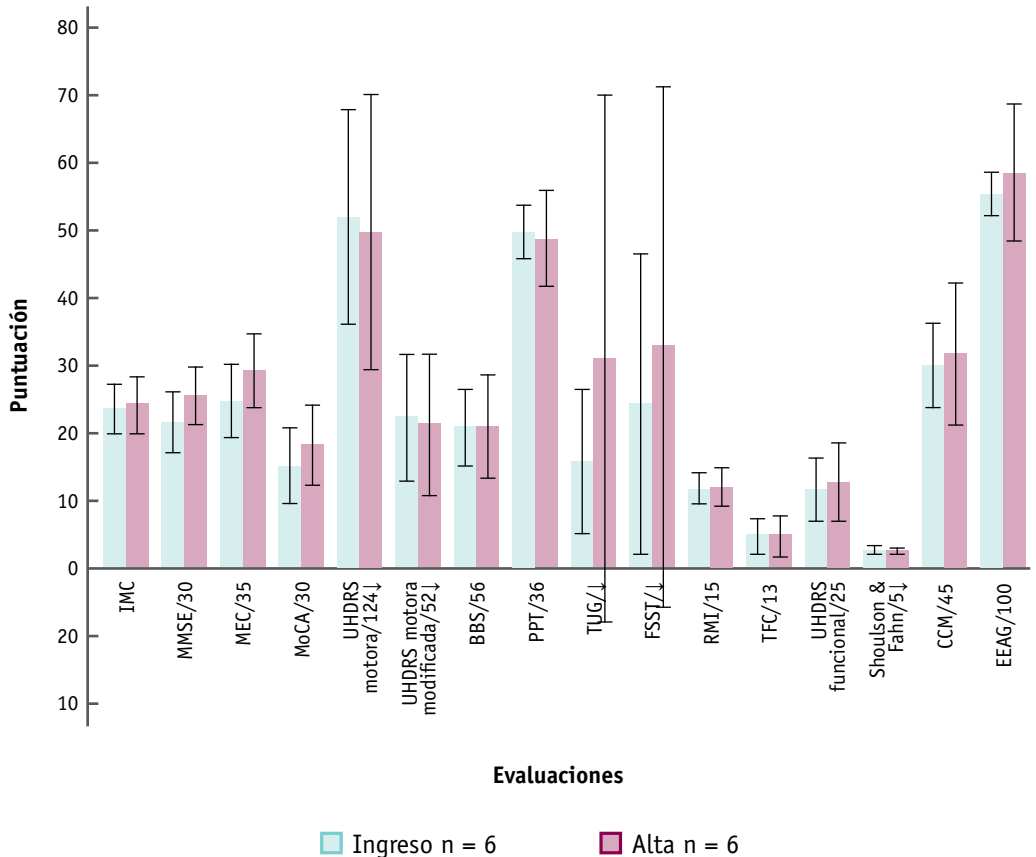
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4b. Evaluaciones de los pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:



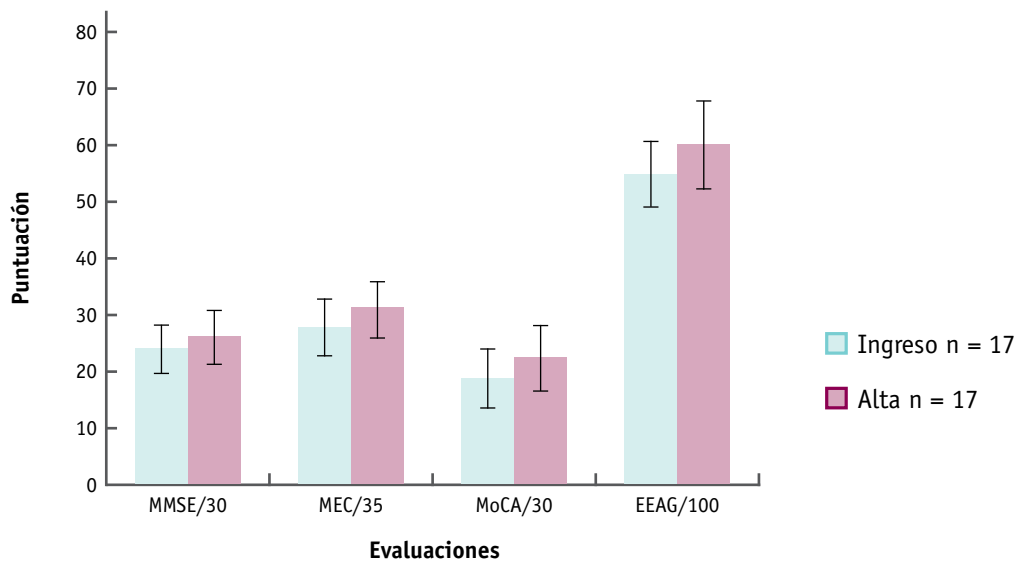
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 4c. Evaluaciones de los pacientes con enfermedad de Huntington:



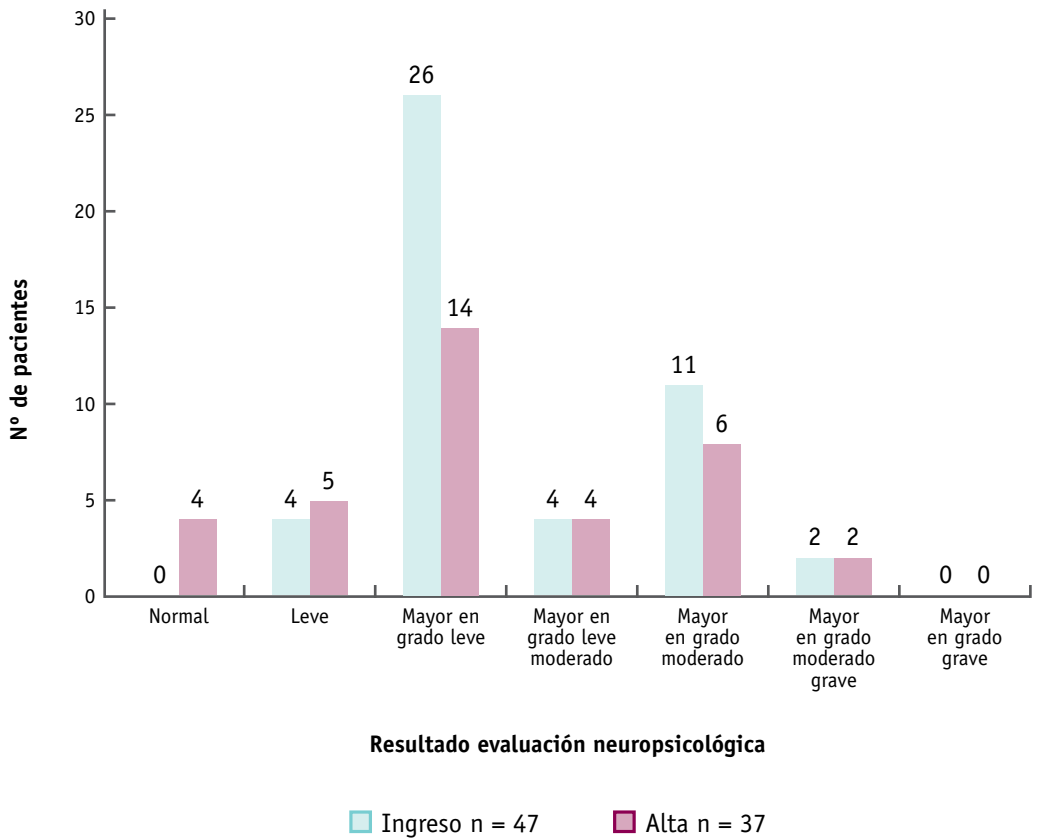
Índice de masa corporal (IMC), Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS⁶) motora y modificada, UHDRS funcional⁶, Total Functional Capacity (TFC)⁶, Escala de Shoulson & Fahn⁶, Physical Performance Test (PPT)⁷, Berg Balance Scale (BBS)⁸, Timed Up and Go Test (TUG)⁹ (puntuación en segundos), Four Step Square Test (FSST)¹⁰ (puntuación en segundos), Rivermead Mobility Index (RMI)¹¹, valoración del **control consciente del movimiento (escala interna no validada en fase de elaboración) (CCM)¹², **escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵)**. La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento, con la excepción de los ítems indicados con ↓ en los que a mayor puntuación peor rendimiento).**

Figura 4d. Evaluaciones de los pacientes con patología combinada:



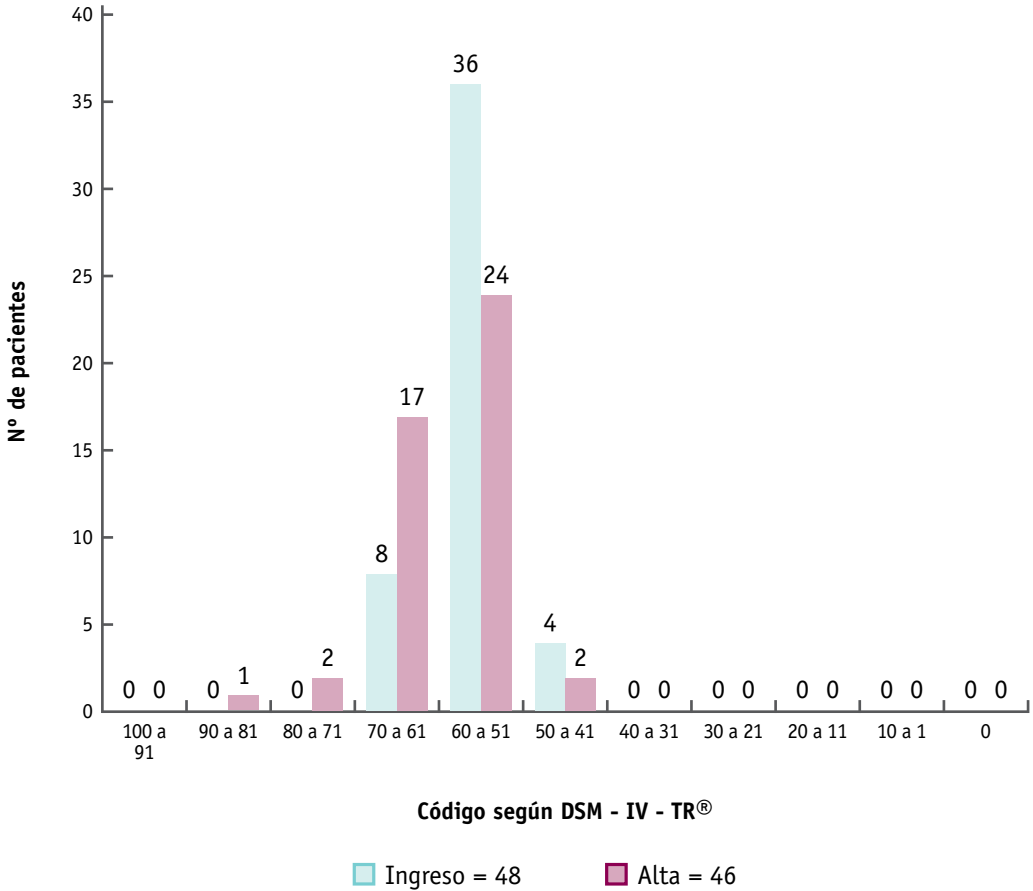
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE²), Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC³), Montreal Cognitive Assessment (MoCA⁴), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG⁵). La fracción indica la puntuación máxima del test o la escala (a mayor puntuación, mayor rendimiento).

Figura 5. Valoración neuropsicológica reglada:



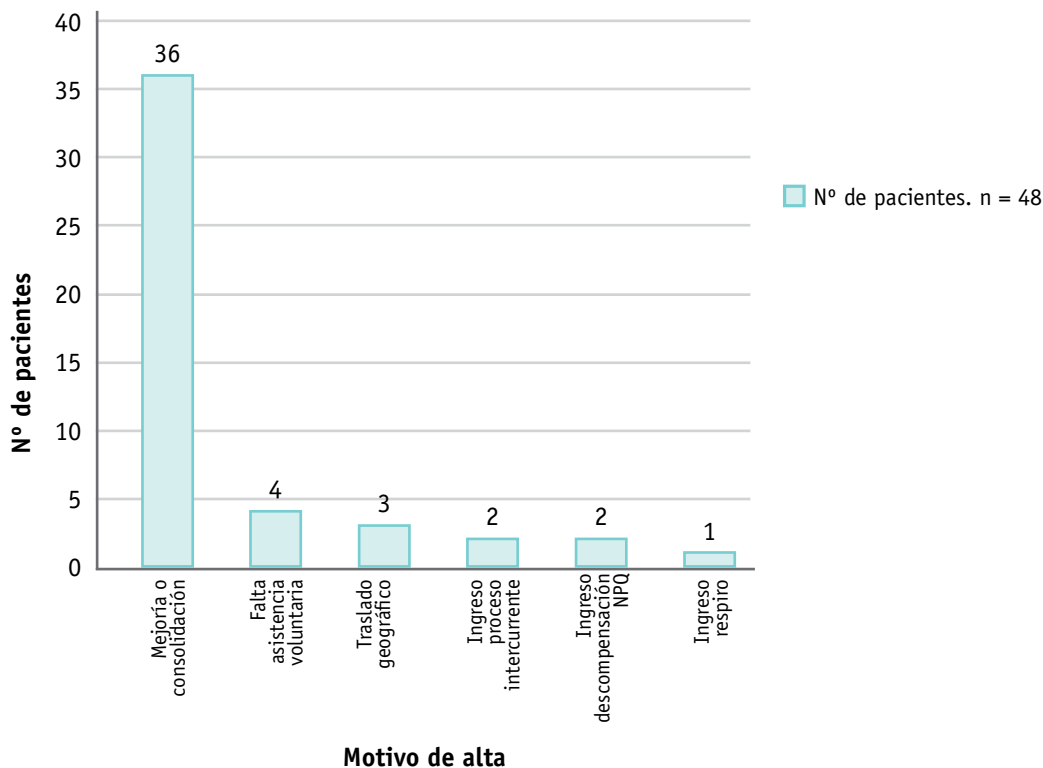
El resultado indica el grado de deterioro cognitivo según los instrumentos de evaluación neuropsicológica que se describen en la tabla 2. En un paciente no se realizó la evaluación neuropsicológica al ingreso, y en 11 pacientes no se realizó la evaluación neuropsicológica al alta (ver texto).

Figura 6. Escala de evaluación de la actividad global:



DSM - IV - TR^{®5} = Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. No se incluyen las valoraciones de los dos pacientes que ingresaron en su hospital general de referencia por complicación somática intercurrente.

Figura 7. Motivo del alta:



Mejoría o consolidación: mejoría o consolidación de la mejoría alcanzada tras ingreso hospitalario. **Traslado geográfico:** traslado geográfico con imposibilidad de continuar asistiendo al HDD de NPQ (por distancia, no por sectorización). **Falta asistencia voluntaria:** falta continuada de asistencia no justificada. **Ingreso proceso intercurrente:** ingreso en el hospital general de referencia del paciente por proceso somático intercurrente. **Ingreso descompensación NPQ:** ingreso por descompensación psicopatológica en planta de NPQ de la misma UPBN. **Ingreso respiro:** ingreso en planta de NPQ de la misma UPBN para respiro familiar.

Tablas

Tabla 1. Evaluaciones al ingreso y al alta:

A todos los pacientes:
Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE ²)
Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC ³)
Montreal Cognitive Assessment (MoCA ⁴)
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG ⁵)
Valoración neuropsicológica reglada (VNPL)
A los pacientes con enfermedad de Huntington:
Índice de masa corporal (IMC)
Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS) motora y modificada ⁶
UHDRS funcional ⁶
Total Functional Capacity (TFC) ⁶
Escala de Shoulson & Fahn ⁶
Physical Performance Test (PPT) ⁷
Berg Balance Scale (BBS) ⁸
Timed Up and Go Test (TUG) ⁹
Four Step Square Test (FSST) ¹⁰
Rivermead Mobility Index (RMI) ¹¹
Valoración del control consciente del movimiento (escala no validada en fase de elaboración) (CCM) ¹²

Tabla 2. Instrumentos de evaluación neuropsicológica:

Instrumentos de evaluación neuropsicológica			
Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado	Deterioro cognitivo grave
Estudios Primarios	Estudios medios o superiores		
Orientación t/e/p	Orientación t/e/p	Orientación t/e/p	Orientación t/e/p
Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})	Orientación (TBA ^{19,20,21})
Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida	Estimación inteligencia premórbida
Atención	Atención	Atención	
Dígitos (TBA o WMS-III ²²)	Dígitos directos (TBA o WMS-III ²²)	Dígitos (TBA o WMS-III ²²)	CAMCOG ^{23,24}
Series inversas (TBA ^{19,20,21})	Letras y números (WMS-III ²²)	Series inversas (TBA ^{19,20,21})	
Simbol-Digit (TBA ^{19,20,21})	Trail Making Test ²⁵	Simbol-Digit (TBA ^{19,20,21})	
STROOP test ²⁶	STROOP test ²⁶	STROOP test ²⁶	
Lenguaje	Lenguaje	Lenguaje	
Animales (TBA ^{19,20,21})	Animales (TBA ^{19,20,21})	Animales (TBA ^{19,20,21})	
FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	FAS o letra P (TBA ^{19,20,21})	
Memoria	Memoria	Memoria	
Lista de Palabras (WMS-III ²²)	Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey ^{27,28}	Lista de Palabras (WMS-III ²²)	
Memoria visual (TBA ^{19,20,21})	Figura Compleja de Rey ^{29,30}	Memoria visual (TBA ^{19,20,21})	
Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	Memoria verbal lógica (TBA ^{19,20,21})	
Construcción	Construcción	Construcción	
Dibujo del reloj	Figura Compleja de Rey ^{29,30}	Dibujo del reloj	
Cubos (TBA ^{19,20,21})	Cubos (TBA ^{19,20,21})	Cubos (TBA ^{19,20,21})	
Formación conceptos y razonamiento	Formación conceptos y razonamiento	Formación conceptos y razonamiento	
Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	Semejanzas (TBA ^{19,20,21})	
Evaluación de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III ³¹ (si procede)			

t/e/p = tiempo/espacio/persona. TBA^{19,20,21} = Test Barcelona Abreviado. WMS-III²² = Wechsler Memory Scale – III. CAMCOG^{23,24} = subescala cognitiva CAMCOG de la Cambridge Cognition Examination.

Tabla 3. Evaluaciones de todos los pacientes, excepto tres pacientes con EH a quienes no se les pudo realizar las valoraciones al alta:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	23,71	25,46	27,48	29,67	18,10	21,08	55,06	61,18
Desviación estándar	4,15	4,24	4,80	5,05	5,24	6,14	5,64	8,47

n = 45

Tabla 3a. Pacientes con daño cerebral sobrevenido:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	23,95	25,76	28,32	30,48	18,45	21,86	55,36	63,50
Desviación estándar	4,01	3,79	4,35	4,30	5,31	5,53	5,45	6,70

n = 22

Tabla 3b. Pacientes con deterioro cognitivo asociado al uso de tóxicos:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	25,31	26,78	28,92	31,33	20,23	24,44	56,54	58,46
Desviación estándar	3,01	2,99	3,17	2,65	4,02	2,51	7,25	10,40

n = 13

Tablas 3c1 a 3c4. Pacientes con enfermedad de Huntington:

Tabla 3c1:

	IMC ingreso	IMC alta	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta
Media	23,79	24,08	21,78	24,17	25,00	27,33	15,22	16,67
Desviación estándar	3,59	3,78	5,12	4,16	5,48	6,65	5,56	6,89

n = 6

Tabla 3c2:

	UHDRS motora ingreso	UHDRS motora alta	UHDRS motora modificada ingreso	UHDRS motora modificada alta	PPT ingreso	PPT alta	BBS ingreso	BBS alta
Media	52,00	51,00	22,44	23,00	20,89	21,33	49,67	48,67
Desviación estándar	15,74	18,50	9,15	10,14	5,62	6,71	3,97	6,35

n = 6

Tabla 3c3:

	TUG ingreso	TUG alta	FSST ingreso	FSST alta	RMI ingreso	RMI alta	TFC ingreso	TFC alta
Media	15,89	28,07	24,50	30,10	12,00	12,33	5,00	4,67
Desviación estándar	10,60	35,50	22,10	34,95	2,24	2,50	2,55	2,73

n = 6

Tabla 3c4:

	UHDRS funcional ingreso	UHDRS funcional alta	Shoulson & Fahn ingreso	Shoulson & Fahn alta	CCM ingreso	CCM alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	11,89	11,83	3,00	2,83	30,11	31,17	55,44	58,00
Desviación estándar	4,59	5,91	0,71	0,41	6,13	9,37	3,24	9,20

n = 6

Tabla 3d. Pacientes con patología combinada:

	MMSE ingreso	MMSE alta	MEC ingreso	MEC alta	MoCA ingreso	MoCA alta	EEAG ingreso	EEAG alta
Media	24,00	26,00	27,63	30,85	18,69	22,31	54,81	59,75
Desviación estándar	4,35	4,58	4,77	4,91	5,10	5,57	5,71	7,67

n = 17

Bibliografía

1. http://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
2. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198.
3. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
4. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr; 53(4): 695-9.
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Edición en español de la cuarta edición revisada de la obra original en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM - IV - TR*, Washington, Asociación Americana de Psiquiatría, 2002.
6. Huntington Study Group. Unified Huntington's disease Rating Scale: reliability and consistency. *Mov Disord* 1996; 11: 136-142.
7. Reuben DB, Siu AL. An objective measure of Physical Function of Elderly Outpatients (The Physical Performance Test). *Journal of the American Geriatric Society* 1990; 38: 1105-1112.
8. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83: suppl 2: S7-11.
9. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-148.
10. Vite W, Temple VA. A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1566-1571.
11. Collen FM, Wade DT, Robb GF, Bradshaw CM. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment. *Int Disabil Stud* 1991; 13: 50-54.
12. MF Robert, SS Garcia, JM Ruiz Idiago. A brief scale to assess the awareness of voluntary movement. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2014; 85 (Suppl 1). Presented at the 8th Plenary Meeting European Huntington's Disease Network September 19-21, 2014. Barcelona.
13. Floriach Robert M, Mareca Viladrich C, Ruiz Idiago JM, Mejía Acosta J, equipo de enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, y trabajadora social de la UPBN. Protocolo de valoración integral al ingreso en Unidad de Neuropsiquiatría y Hospital de Día de Neuropsiquiatría 2012 (protocolo interno Hospital Mare de Déu de la Mercè).
14. Mejía Acosta J y Floriach Robert M. Protocolo de estimación de la mejora

- en pacientes de Neuropsiquiatría 2012 (protocolo interno Hospital Mare de Déu de la Mercè).
15. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
 16. http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3674/2014_10_14_curs_3.pdf
 17. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994; 44: 2308-14.
 18. Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS: Behavioral changes in Huntington Disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14: 219-226.
 19. Peña-Casanova J, Guardia J, Bertran-Serra I, Manero RM, Jarne A. Versión Abreviada del Test Barcelona (I): subtest y perfiles normales. *Neurología* 1997; 12: 99-111.
 20. Guardia J, Peña-Casanova J, Bertran-Serra I, Manero RM, Meza M, Böhm P et al. Programa integrado de exploración neuropsicológica versión abreviada (II): normalización de una puntuación global. *Neurología* 1997; 12: 112-116.
 21. Peña-Casanova J, Meza M, Bertran-Serra I, Manero RM, Espel G, Martí A et al. Programa integrado de exploración neuropsicológica versión abreviada (III): validez de criterio como método de evaluación del deterioro cognitivo múltiple. *Neurología* 1997; 12: 117-120.
 22. Wechsler D. Wechsler Memory Scale-Third Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1997.
 23. Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*. 1986; 149:698-709.
 24. Huppert FA, Brayne C, Gill C, Paykel ES, Beardsall L. CAMCOG - a concise neuropsychological test to assist dementia diagnosis: socio-demographic determinants in an elderly population sample. *Br J Clin Psychol*. 1995; 34: 529-41.
 25. Reitan RM. Validiy of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*. 1958; 81:271-276.
 26. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol* 1935; 18: 643-662.
 27. Rey A. L'examen clinique en psychologie. Presses Universitaires de France, Paris (1964).
 28. Schmidt M. Rey Auditory and Verbal learning test: A handbook. Western Psychological Services, Los Angeles, CA (1996).

29. Rey A. Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes. Éditions Centre de psychologie appliquée, Paris (1959).
30. Osterrieth PA. Filetest de copie d'une figure complex: contribution a l'etude de la perception et de la memoire. Archives de Psychologie 1944; 30: 286-356.
31. Millon Th, Millon C, Davis R, Grossman S. The Millon® Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI® – III).