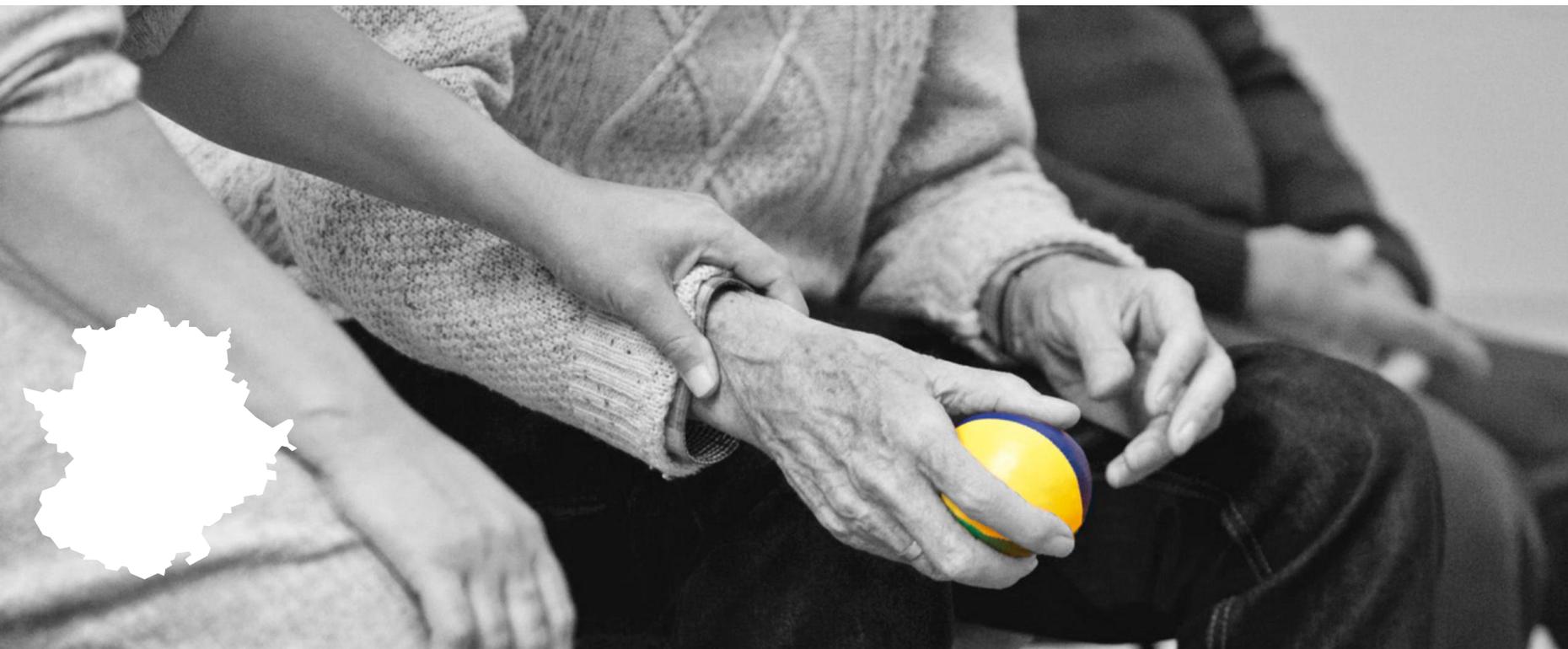




Proyecto MapEA



EXTREMADURA

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de **Extremadura** sobre la **gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA)** y una revisión bibliográfica. Los resultados de la encuesta revelan que **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**.

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Nivel de Implementación de las herramientas nacionales

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)



Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS



Nivel de conocimiento de las herramientas nacionales



75% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

La mayoría de las herramientas de planificación, exceptuando el **Plan Integral de Atención Sociosanitaria**, han sido actualizadas hace menos de 3 años.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

*Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, no de perfiles generales donde el acceso y uso puede ser más bajo.

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		ApoE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
67% de los profesionales. Se realiza al 65,8% de personas con sospecha.	> 3 meses (50%) inadecuado según el 50%	67% de los profesionales sanitarios. Se realiza al 74% de personas con sospecha.	2-3 meses (50%) inadecuado según el 60%	75% de los profesionales hospitalarios; al 8,3% de personas con sospecha.	1-2 meses*; considerado adecuado por el 67%	100% de los profesionales no tienen acceso para solicitar una prueba PET amiloide.	N/A	50% de los profesionales hospitalarios. Se realiza al 8% de personas con sospecha.	No existe un consenso sobre el tiempo medio de espera, si bien se considera adecuado por el 50%	57% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: número de pruebas (TAC, RM), perfil de pacientes (TAC), limitaciones impuestas por la persona con EA (LCR).

En comparación con 2017, Extremadura ha experimentado un leve incremento en los recursos tecnológicos de salud: el número de TACs ha aumentado de **24 a 29**, las RMs se han reducido de **14 a 13**, los SPECT se mantienen en **4**, al igual que los PET que se mantienen en **1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.



*No hay consenso

RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



Extremadura



BARRERAS: **88%** de los expertos identifican la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios; **75%** de los expertos identifican la **reticencia de pacientes y familiares**; un **38%** identifican **los problemas en la capacidad e infraestructura**.

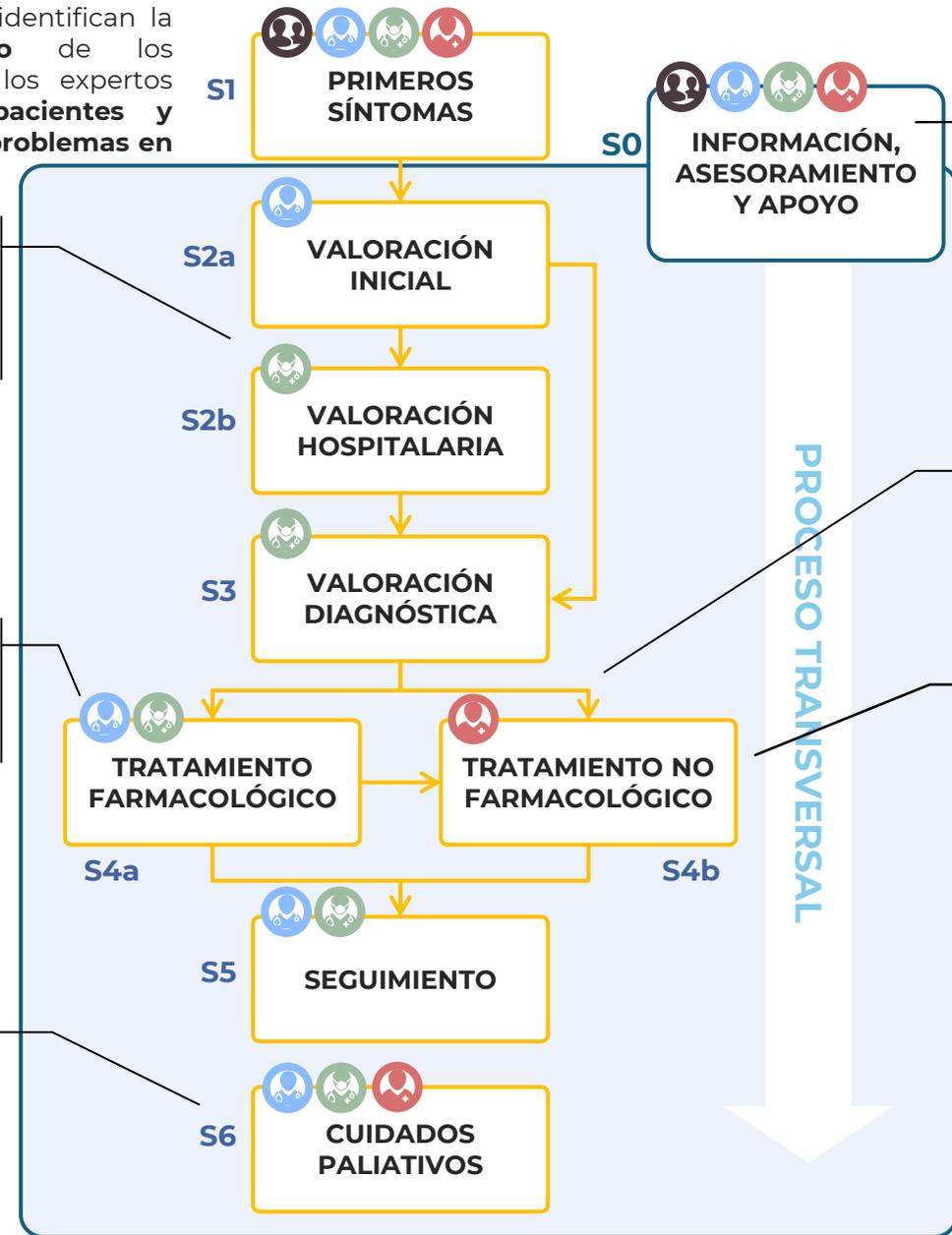
83% de los profesionales indican **que existe un protocolo de derivación** desde atención primaria hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **ALTO**.



Inicio tratamiento farmacológico: neurología, principalmente.
Continuidad prescripción: todos los profesionales sanitarios, habitualmente **medicina de familia**.

LIMITACIONES: existencia de **barreras burocráticas** (p. ej. visados).

Grado de cobertura para las personas con EA:



87% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.
38% de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

¿ No existe consenso sobre cuándo recomendar la planificación anticipada de decisiones ni el registro de voluntades anticipadas.

Tratamientos disponibles: talleres de memoria, estimulación cognitiva y técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.

Un **100%** consideran que las personas con EA pueden acceder a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente **profesionales de AP**.
Periodicidad: cada 6-12 meses en AH. <6 meses en AP.

FACILIDAD DE DERIVACIÓN



Además de las **limitaciones propias del sistema sanitario** en lo relativo a la falta de recursos materiales y humanos, la elevada carga asistencial y el limitado tiempo en consultas, etc., se han identificado una serie de **retos y recomendaciones enfocados a la mejora del abordaje de la EA en Extremadura**.



Retos y áreas de mejora



Falta de recursos especializados: carencia de servicios de geriatría en muchas áreas.



Sobrecarga asistencial. Alta presión en atención primaria y hospitalaria dificultando la continuidad asistencial.



Descoordinación entre niveles asistenciales: falta de circuitos claros y comunicación efectiva entre atención primaria, hospitalaria y trabajo social.



Tiempos de espera prolongados: retrasos significativos en la realización de pruebas diagnósticas como TAC, RM y biomarcadores avanzados (PET, LCR).



Acceso desigual a terapias no farmacológicas: falta de disponibilidad de programas de estimulación cognitiva y talleres de memoria en áreas rurales.



Formación profesional: insuficiente capacitación específica para médicos de atención primaria en protocolos de detección y manejo de la EA.



Recomendaciones



Fortalecer la atención primaria: aumentar el tiempo de consulta, implementar estrategias de búsqueda activa.



Promover la coordinación asistencial: establecer circuitos de derivación claros entre atención primaria, hospitalaria y servicios sociales



Optimizar el acceso a diagnóstico avanzado: reducir tiempos de espera mediante la mejora en infraestructura y contratación de personal.



Ampliar terapias no farmacológicas: Garantizar mayor acceso a terapias de estimulación cognitiva, talleres de memoria y programas.



Mejorar la equidad en la distribución de recursos: Aumentar la oferta de servicios en zonas rurales y garantizar una cobertura homogénea en toda la comunidad autónoma.



Revisar y actualizar el PIDEX: incorporar estrategias basadas en evidencia que respondan a las necesidades actuales y evalúen periódicamente su implementación.

1. INTRODUCCIÓN
2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN
3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE
4. RECURSOS DISPONIBLES
5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES
6. GLOSARIO
7. ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



A lo largo de este documento, se presentan los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica y el cuestionario online realizado a un **panel de expertos de Extremadura** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA) en esta Comunidad Autónoma.



HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Se describen, revisan y analizan las herramientas de planificación y organización disponibles y en proceso de desarrollo, que incluyen planes de salud, estrategias y planes estratégicos, guías clínicas, protocolos, programas, herramientas de valoración inicial, entre otros.



PROCESO ASISTENCIAL

Se describen, revisan y analizan los subprocesos que conforman el sistema, los niveles de atención y los perfiles involucrados, así como las interrelaciones entre ellos, destacando posibles retos y áreas de mejora.



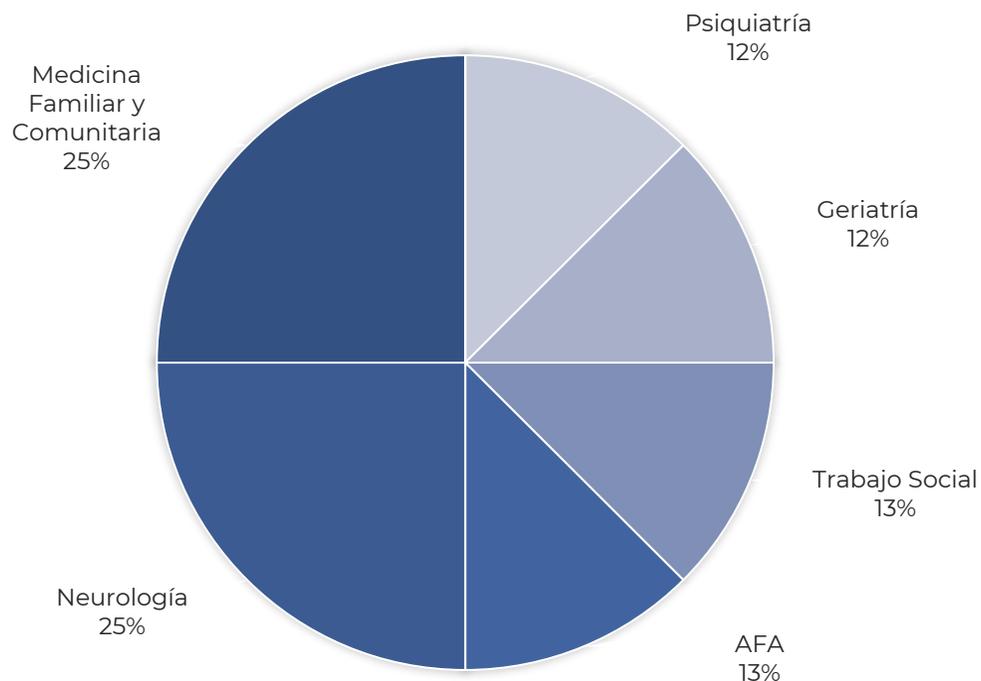
RECURSOS

Se describen, revisan y analizan los recursos estructurales y tecnológicos disponibles en la Comunidad Autónoma para abordar la gestión de la patología.

El Comité Asesor del proyecto, está conformado por 7 profesionales que incluyen especialistas en Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Psiquiatría, Neurología, Gerencia y Asociaciones de Pacientes.

PROFESIONAL	PERFIL
BELÉN GONZÁLEZ	Especialista en Geriátría en el Servicio de Geriátría en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
ENRIQUE ARRIETA	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de Segovia Rural (Segovia). Secretario del grupo de trabajo de neurología de SEMERGEN-AP.
FRANCISCO JAVIER OLIVERA	Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Miembro del grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)
JESÚS RODRIGO	Director Ejecutivo de CEAFA. Miembro de la Junta Directiva de ADI. Presidente de Alzheimer Iberoamérica.
JOAQUÍN ESCUDERO	Especialista en Neurología y Jefe de Servicio de Neurología en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
PABLO MARTÍNEZ-LAGE	Especialista en Neurología. Director científico de la CITA-Alzhéimer Fundazioa (Donostia) e investigador principal del Proyecto Gipuzkoa Alzheimer.
PALOMA CASADO	Directora gerente del Hospital Universitario del Sureste (SERMAS). Ha sido subdirectora general de Humanización de la Asistencia, Bioética, Información y Atención al paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La información que se presenta a continuación se ha recogido a partir de **fuentes públicas y mediante la realización de un cuestionario online** a un panel de expertos multidisciplinar. Algunas de las preguntas se han dirigido a perfiles concretos en función de su área de conocimiento y responsabilidad.



A lo largo de toda la presentación, se utilizará la siguiente nomenclatura para referirse a los distintos perfiles que conforman el panel de expertos:

- **Expertos encuestados:** todos los perfiles que conforman el panel.
- **Profesionales sanitarios:** medicina familiar y comunitaria, psiquiatría, geriatría, neurología.
- **Profesionales de atención hospitalaria:** geriatría, neurología, psiquiatría.
- **Profesionales de atención primaria:** medicina familiar y comunitaria.

PANEL DE EXPERTOS

PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Matilde Escobar	AFA	Presidenta de la Federación Extremeña del Alzheimer, Badajoz
Manuel Antón Giménez	Geriátría	Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres.
Jacinto Espinosa García	Medicina familiar y comunitaria	Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte, Badajoz.
Sergio González Blanco	Medicina familiar y comunitaria	Vocal SEMERGEN Extremadura
Pedro Enrique Jiménez Caballero	Neurología	Presidente SEXNE en Neurología
Fernando Castellanos Pinedo	Neurología	Hospital Virgen del Puerto
Sara Marquez Sánchez	Psiquiatría	SM Salud Mental, Badajoz
Ana Belén Carrasco Lobo	Trabajo social	Trabajo Social, Federación Extremeña del Alzheimer.

2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Se han identificado varias herramientas de planificación y organización a nivel nacional que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo en España. Los expertos han valorado su grado de implementación en **Extremadura**, así como el grado de conocimiento sobre dichas herramientas por parte de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la EA.

NACIONAL

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN EN EXTREMADURA	GRADO DE CONOCIMIENTO EN EXTREMADURA
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad CEFA	BAJO	BAJO
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	MODERADO	ALTO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia	2018	Sociedad Española de Neurología	MODERADO	ALTO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	BAJO	BAJO-MODERADO-ALTO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología	MODERADO	MODERADO

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN EXTREMADURA

50%

de los expertos encuestados consideran como **MODERADO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias**, el resto lo consideran **BAJO** o **NULO**.

38%

de los expertos consideran como **BAJO** el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**, el resto no hay consenso.

NOTA: El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal)

*No hay consenso entre los diferentes perfiles.

IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EXTREMADURA

En Extremadura, la **implementación del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** y de la **Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** presenta variaciones según las respuestas de diferentes expertos. Aunque ambos planes son **generalmente conocidos** en la comunidad autónoma, la **aplicación práctica y el desarrollo de acciones específicas muestran disparidades** significativas.

Algunas iniciativas destacadas incluyen la elaboración de procesos asistenciales integrados, como el **Proceso Asistencial Integrado (PAI)** para demencia, que actualmente se encuentra en fase de desarrollo. Además, se está actualizando el **Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX)**, con proyectos en vías de finalización.

Sin embargo, en otras áreas de la región, se reporta la ausencia de acciones específicas o un desconocimiento sobre el avance de estos planes. Aunque la mayoría de los profesionales reconoce la existencia de los programas, pocos cuentan con contratos-programa asociados a objetivos concretos relacionados con la EA o las enfermedades neurodegenerativas.

En resumen, el desarrollo y la implementación de estas estrategias en Extremadura parecen estar en etapas iniciales o con un enfoque limitado, con varias áreas aún trabajando en proyectos en elaboración o que directamente desconocen las acciones implementadas.

Se han identificado varias herramientas de planificación y organización en **Extremadura**, que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo a nivel regional. Los expertos encuestados, además, han evaluado el grado de implementación y de conocimiento de estas herramientas entre los profesionales involucrados en el manejo de estas patologías.

EXTREMADURA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Manual de Habilidades para Personas Cuidadoras de Personas Mayores Dependientes.	2022	Consejería de Salud y Servicios Sociales	MODERADO	MODERADO
Coordinación de los Equipos de Salud Mental y las Consultas de Deterioro Cognitivo.	2021	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	MODERADO	MODERADO
Plan de Salud de Extremadura.	2021	Plan de Salud de Extremadura	ALTO	MUY ALTO
Plan Estratégico 2021-2023 para desatar al mayor y al paciente de Alzheimer del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a personas en situación de Dependencia.	2021	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	ALTO	ALTO
Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de Extremadura 2019-2023*.	2019	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales	MODERADO	BAJO-ALTO
Guía para Familiares: Problemas de conducta en las demencias-PIDEX.	2010	Junta de Extremadura	ALTO	ALTO
Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura PIDEX.	2007	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	ALTO	MUY ALTO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN EXTREMADURA

En Extremadura, el **75% de los expertos encuestados** desconoce quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

En Extremadura, la mayoría de las herramientas de planificación, exceptuando el Plan Integral de Atención Sociosanitaria, han sido actualizados hace menos de 3 años.

Otras herramientas identificadas por los expertos encuestados son:

- **Proceso Asistencial Integrado (PAI) para el Deterioro Cognitivo Degenerativo y Vascular.**
- *Manual de Información y Orientación sobre los Recursos Disponibles.*
- *Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura 2024-2027.*

NOTA: Se resaltan aquellos planes específicos para EA/demencia.

El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal). *No hay consenso entre los encuestados.

1. PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA (PIDEX)



Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Nivel de implementación:

ALTO

Nivel de conocimiento:

MUY ALTO

Enmarcado en el **Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010**, desde la **Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura** en el año 2007 se elabora el Plan Integral de Atención Sociosanitaria de Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX). El fenómeno de las demencias es un ejemplo paradigmático y creciente de deterioro patológico crónico que se acompaña de discapacidad y dependencia progresiva. Ocasiona gran nivel de sufrimiento, no sólo de quien la padece, sino de sus cuidadores, por lo que su abordaje ha de ser global, desde la prevención hasta la rehabilitación, pasando por los cuidados continuándose intersectorial, es decir, unión de los sistemas sanitario y social, para poder atender

En este contexto, este documento nace con el **objetivo es posibilitar que los profesionales de la salud y de los servicios sociales, junto con los directivos de la administración, los presidentes de sociedades científicas, y con las percepciones de los propios familiares de los afectados, elaboren el modelo de funcionamiento**. Para ello, se hicieron doce grupos de trabajo formados por médicos de familia, enfermería de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, neurólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y farmacéuticos de atención especializada, los cuales consensuaron los modelos de funcionamiento clínico y social que están incluidos en este documento.



Puntos clave tratados en el documento

- **Justificación del PIDEX:** planes sanitarios y sociales en los que se apoya el PIDEX, prevalencia, epidemiología, discapacidad y dependencia, esperanza de vida, recursos y servicios sanitarios y sociales, investigación y formación en demencias, costes, estructura sociosanitaria.
- **Aspectos clínicos de las demencias:** definición, manifestaciones, diagnóstico, neuropatología, clasificación, tratamiento, profesionales sanitarios involucrados.
- **Aspectos sociales y jurídicos de la demencia:** dependencia, unidad de convivencia, demencia y sociedad, intervención social, elementos éticos y jurídicos, profesionales sociales, instrumentos sociales de valoración.
- **Modelo de funcionamiento sanitario en el PIDEX:** detección deterioro cognitivo, derivación, diagnóstico, tratamiento, tiempos de atención, información, seguimiento y profesionales involucrados en el abordaje, investigación, formación.
- **Guía de práctica clínica en las demencias:** manejo clínico de la enfermedad.
- **Modelo de actuación social en el PIDEX:** detección del deterioro cognitivo, diagnóstico social, intervención social, información, ámbito jurídico, profesionales sociales.
- **Guía de atención social en las demencias:** manejo social de la enfermedad.
- **Implantación del PIDEX y recursos necesarios. Medidas de evaluación y seguimiento.**

2. PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA. 2021-2028



En el año 2021, la **Consejería de Salud y Servicios Sociales** publica el **Plan de Salud de Extremadura 2021-2028**. Este documento nace en un contexto de necesidad de mantener la **coordinación, cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud**, lo que obliga a la planificación de actividades, y a formular estrategias y objetivos que garanticen resultados que mejoren el estado de salud individual y colectivo, manteniendo los principios básicos de la legislación vigente. Este documento tiene como objetivo garantizar la igualdad efectiva y la accesibilidad universal a los diferentes programas y servicios del Sistema Sanitario Público en Extremadura, así como la equidad y la eliminación de desigualdades que se pudieran generar, relacionadas con otros aspectos como la diversidad sexual, la raza, religión, discapacidad...

En el documento se definen **tres ejes estratégicos** los cuales contienen 45 objetivos generales que recogen líneas de actuación específicas para cada uno de ellos.

+ Ejes Estratégicos

- Eje I. Mejora y protección del estado de salud, prevención y atención a la enfermedad.
- Eje II. Prevención y atención a los problemas de salud prevalentes y emergentes en Extremadura.
- Eje III. Mejora del sistema sanitario público en Extremadura.

+ Aspectos destacados sobre Alzheimer, demencias y pacientes crónicos

Eje III. Mejora del sistema sanitario público en Extremadura

Objetivo 34. Fomentar el desarrollo, seguimiento y evaluación de la Estrategia de Prevención y Atención a las personas con enfermedades crónicas en Extremadura (2017-2022), dando continuidad a la misma, una vez finalizada su vigencia.

Objetivo 37. Elaborar, implantar, desarrollar y realizar seguimiento y evaluación de líneas de actuación para la atención a la discapacidad, dirigidas al fomento de la calidad de vida, el bienestar y la autonomía de las personas con discapacidad.

Objetivo 41. Elaboración, desarrollo, seguimiento y evaluación de actuaciones y programas para mejorar la atención a personas con deterioro cognitivo/demencia en Extremadura en el marco del Plan Integral de Atención al Deterioro Cognitivo de Extremadura (PIDEX).

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Nivel de implementación:

ALTO

Nivel de conocimiento:

MUY ALTO

3. GUÍA PARA FAMILIARES: PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS



En el marco del **Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEEX)** se publica desde la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y el Servicio Extremeño de Salud, en 2010, la **Guía para familiares: problemas de conducta**.

Las personas con algún tipo de demencia presentan habitualmente trastornos o comportamientos que pueden llegar a adquirir distintas formas. Dichas conductas desencadenan en la persona que ha de cuidarles una **sobrecarga emocional** que se puede traducir en ansiedad, irritación, desánimo, abatimiento, pérdida de contactos sociales y un sin fin de estados más. La formación adecuada, sobre todo en las causas que provocan este tipo de conductas y en cómo pueden ser manejadas, ayudarán a desmontar la falsa percepción del familiar sobre la perdurabilidad de los trastornos de conducta en la demencia y, por tanto, a atenuar la sintomatología relacionada con la sobrecarga del cuidador.

La **ausencia de control en el comportamiento de las personas con demencia** es uno de los aspectos que **mayor sobrecarga ocasionan en el cuidador**. Cuando el familiar que presta cuidados a personas con esta enfermedad advierte que la conducta del enfermo parece que no responde a una “lógica concreta”, una consecuencia general muy probable es el **desajuste del entorno familiar**.

Ante esta situación, y con el **objetivo de disminuir la sobrecarga del cuidador**, nace este documento. Esta guía pretende **ayudar a los familiares en las tareas de cuidado** que realiza en el domicilio a las personas con demencia y, en concreto en la tarea de redirigir los comportamientos alterados en esta enfermedad. Se trata de una guía que pretende ofrecer apoyo y formación en el rol de familiar-cuidador en forma de actuaciones concretas con las que mejorar las habilidades de estos para manejar ciertos síntomas de la demencia.

Junta de Extremadura

Nivel de implementación:

ALTO

Nivel de conocimiento:

ALTO

+ Puntos clave incluidos

- ¿Cómo se modifica una conducta?
- Consejos generales
- Problemas de conducta en las demencias
- Consideraciones finales

4. PLAN ESTRATÉGICO 2021-2023 PARA DESATAR AL MAYOR Y AL PACIENTE DE ALZHEIMER DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.



El **Plan Estratégico 2021-2023 para desatar al mayor y al paciente de Alzheimer del Servicio Extremeño de promoción de la autonomía Y atención a personas en situación de dependencia: “Desaciendo Nudos por el Buen Trato”** del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es una iniciativa que impulsa la **atención centrada en la persona** para mejorar el cuidado de personas mayores y dependientes.

Este plan tiene como **objetivo principal eliminar el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en centros residenciales**, promoviendo un entorno de buen trato que **respete la dignidad, la autonomía y los derechos individuales**. A través de un enfoque que prioriza las necesidades y preferencias de cada persona, el plan busca una atención adaptada que sea menos restrictiva y que fomente el bienestar emocional y físico de los usuarios.

Para lograr estos objetivos, el plan contempla **5 ejes estratégicos, 6 objetivos y 6 líneas de actuación específicas**, una **evaluación de los servicios actuales y programas de formación continua** para los profesionales de cuidado. Además, se establecen estrategias para promover un cambio cultural dentro de las instituciones, con la intención de alcanzar una práctica de atención más humana e integradora, que reduzca prácticas de contención y fomente el trato personalizado. Este enfoque considera también el entorno familiar y social de los usuarios, buscando incluir a estos actores en el proceso de atención y cuidado.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Nivel de implementación:

ALTO

Nivel de conocimiento:

ALTO

+ Ejes estratégicos

- Eje I: Derechos, ético y dignidad de la persona.
- Eje II: Cambio de actitud de profesionales y familiares.
- Eje III: Análisis de caídas.
- Eje IV: Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.
- Eje V: Retirada de sujeciones.

5. COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL Y LAS CONSULTAS DE DETERIORO COGNITIVO



En el marco del **PIDEX** se publica, desde la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y el Servicio Extremeño de Salud, la guía **Coordinación de los Equipos de Salud Mental y las Consultas de Deterioro Cognitivo**, como Anexo al PIDEX N.º1.

Esta guía detalla los **procesos de colaboración entre los equipos de salud mental y las consultas especializadas** en deterioro cognitivo, con el objetivo de optimizar la detección, diagnóstico y tratamiento de estos trastornos. Se centra en establecer **criterios claros de derivación y seguimiento** basados en la complejidad de los casos, proponiendo un protocolo que facilita la detección temprana desde atención primaria. Además, incluye **recomendaciones para la evaluación clínica y criterios de diagnóstico y manejo**, abordando la psicopatología común asociada al deterioro cognitivo, como ansiedad o depresión.

La guía también pone énfasis en la **atención integral** y en la participación de un **equipo multidisciplinario** que abarque tanto el bienestar físico como psicológico de los pacientes. Establece **rutas asistenciales específicas** para garantizar que los pacientes reciban la atención más adecuada y eficiente, optimizando los recursos disponibles en salud mental y geriatría. Asimismo, sugiere estrategias para apoyar a los familiares y cuidadores, quienes también enfrentan desafíos significativos. Esta coordinación es clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo y facilitar su integración en el entorno familiar y comunitario.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Nivel de implementación:

MODERADO

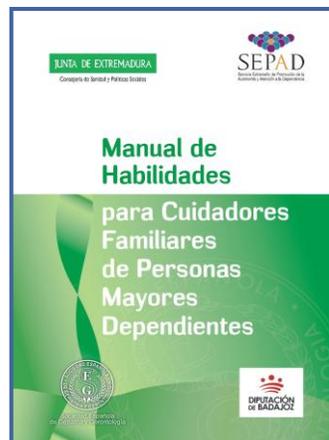
Nivel de conocimiento:

MODERADO

+ Posibilidad de derivación contemplada en el documento

- Pacientes con deterioro cognitivo en seguimiento actual por los Equipos de Salud Mental.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica que comiencen o cursen con deterioro cognitivo.
- Pacientes derivados a los Equipos de Salud Mental por sospecha de enfermedad psiquiátrica y a los que se diagnostica un cuadro de posible deterioro cognitivo.

6. MANUAL DE HABILIDADES PARA PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES



El **Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes**, desarrollado por la **Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la Consejería de Salud y Servicios Sociales**, es una guía completa que capacita a los cuidadores en habilidades prácticas para mejorar la calidad de los cuidados en el entorno familiar.

El manual aborda **temas esenciales** como el autocuidado del cuidador, higiene personal, movilización, alimentación, manejo de incontinencia y prevención de úlceras y caídas. También ofrece **recomendaciones** para el uso de sujeciones físicas, administración de medicación, y habilidades de comunicación. Incluye **recursos sociales** y pautas para mantener la autonomía de la persona mayor y afrontar el duelo.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

MODERADO

+ Puntos clave incluidos en el documento

- Cuidese...para poder cuidar.
- Higiene personal.
- Vestido.
- Transferencias y movilizaciones.
- Alimentación y nutrición.
- Incontinencia urinaria.
- Úlceras por presión.
- Caídas en el hogar.
- Sujeciones físicas.
- Medicación.
- Habilidades para la comunicación.
- Autonomía e incapacitación.
- Recursos sociales.

7. PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DE EXTREMADURA 2019 – 2023



En 2019, la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura publica el **Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de Extremadura 2019-2023**, con el objetivo de **mejorar la seguridad en el sistema sanitario de Extremadura** mediante una serie de estrategias y prácticas centradas en reducir riesgos y eventos adversos en la atención. Incluye la promoción de una cultura de seguridad que involucre a profesionales y pacientes, la implementación de sistemas de notificación de incidentes, y el uso de protocolos basados en buenas prácticas clínicas. El plan también fomenta la participación de los pacientes y la comunidad en la gestión de su seguridad y destaca la importancia de la investigación y la formación continua para los profesionales.

Este plan incluye **cinco líneas estratégicas**, cada una con **objetivos** y **líneas de acción específicas** enfocadas a distintos niveles asistenciales, buscando una gestión integral de la seguridad en hospitales, atención primaria y centros de cuidado. Asimismo, se enfoca en fortalecer la comunicación y transparencia sobre incidentes y procesos de mejora. La meta principal es avanzar hacia un sistema de atención más seguro, con mecanismos de aprendizaje y mejora continua que impacten positivamente en la experiencia del paciente y en la calidad del servicio.

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

BAJO-ALTO

+ Líneas estratégicas

- Línea Estratégica 1. Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos.
- Línea Estratégica 2. Prácticas clínicas seguras.
- Línea Estratégica 3. Gestión del riesgo y sistema de notificación y aprendizaje de los incidentes.
- Líneas Estratégico 4. Participación de pacientes y ciudadanía por su seguridad.
- Líneas Estratégico 5. Investigación en seguridad de pacientes.

8. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) PARA EL DETERIORO COGNITIVO DEGENERATIVO Y VASCULAR

El Servicio Extremeño de Salud (SES) está desarrollando un Proceso Asistencial Integrado (PAI) para el deterioro cognitivo degenerativo y vascular, coordinado por el neurólogo Dr. Ignacio Casado. Este PAI tiene como objetivo **abordar de manera integral y coordinada enfermedades como el Alzheimer** y otras demencias, enfrentando los nuevos retos que estas patologías suponen para el sistema sanitario.

Los Procesos Asistenciales Integrados son **herramientas diseñadas para mejorar la calidad de los servicios sanitarios**, orientando la atención hacia la obtención de resultados en salud y **umentando la satisfacción de los pacientes**. Se basan en principios como la **orientación hacia el usuario, evaluaciones periódicas y planes continuados de mejora**.

Además, el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX) ha desarrollado recursos y servicios específicos para demencias degenerativas, facilitando la **atención integral de los pacientes y sus familias**.

Estas iniciativas reflejan el compromiso de Extremadura en mejorar la atención a las personas con demencia, mediante la implementación de procesos estructurados y coordinados que aborden tanto los aspectos sanitarios como sociales de estas enfermedades.

+ Líneas estratégicas

- **Línea Estratégica 1. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Crónica.** Busca fomentar estilos de vida saludables que reduzcan los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas, como la EA y otras demencias. Incluye iniciativas para promover la actividad física regular, una dieta equilibrada, la estimulación cognitiva y la prevención de hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Busca, además, aumentar la concienciación sobre la importancia de la detección temprana de los primeros signos de deterioro cognitivo, a través de campañas de información y educación en salud dirigidas a la población general como a grupos de riesgo específicos, como las personas mayores.
- **Línea Estratégica 2. Atención a la Persona con Enfermedad Crónica.** Desarrollo de modelos de atención integral que aborden todas las dimensiones del bienestar de las personas con enfermedades crónicas, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La atención integral implica la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, para garantizar un diagnóstico temprano, el acceso a tratamientos efectivos y el seguimiento adecuado de los pacientes.
- **Línea Estratégica 3. Atención al Paciente Crónico Complejo.** Diseñar procesos asistenciales específicos para pacientes con múltiples enfermedades crónicas y necesidades asistenciales complejas, como es el caso de muchas personas con demencia avanzada. Estos procesos buscan identificar y priorizar las intervenciones más adecuadas para cada paciente, integrando la atención médica con el soporte social y psicológico necesario. Implica la creación de equipos multidisciplinares que incluyan médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales, con el fin de ofrecer una atención coordinada y eficaz.

9. MANUAL DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE LOS RECURSOS DISPONIBLES

El Manual de Información y Orientación sobre los Recursos Disponibles en Extremadura, es una guía elaborada conjuntamente por el SEPAD y el SES. Está dirigido principalmente a los familiares y cuidadores de personas con demencia, con el propósito de ofrecer **información accesible y práctica sobre los servicios y recursos disponibles en Extremadura**. Su objetivo es **facilitar la comprensión de los pasos necesarios para acceder a una atención integral**, desde la detección temprana hasta la gestión del cuidado diario.

El manual aborda aspectos clave como la **detección temprana de la demencia**, detallando los signos iniciales que los familiares deben observar y la importancia de buscar ayuda profesional a tiempo. También ofrece una descripción exhaustiva de los recursos sanitarios y sociales disponibles en la región, destacando cómo y dónde se puede acceder a servicios específicos, programas de apoyo y orientación para el cuidado de las personas con deterioro cognitivo.

También se incluye información sobre el **proceso de atención, desde la sospecha de un diagnóstico hasta la obtención de una atención personalizada y coordinada**, así como estrategias para los cuidadores. Reconoce la carga emocional y física que puede suponer cuidar de un familiar con demencia y proporciona consejos prácticos y herramientas de apoyo.

+ Líneas estratégicas

- **Línea Estratégica 1. Detección Temprana.** Sensibilizar a los familiares sobre los primeros síntomas de demencia, fomentando la búsqueda temprana de atención médica para obtener un diagnóstico oportuno.
- **Línea Estratégica 2. Acceso a Recursos.** Facilitar información detallada sobre los recursos disponibles en Extremadura, tanto en el ámbito sanitario como social, para que las familias sepan a dónde acudir según sus necesidades.
- **Línea Estratégica 3. Atención Integral.** Garantizar que el proceso asistencial sea claro y coordinado entre los distintos niveles de atención, desde atención primaria hasta hospitalaria, promoviendo la continuidad asistencial.
- **Línea Estratégica 4. Apoyo al Cuidador.** Proporcionar herramientas y consejos prácticos para aliviar la carga emocional y física del cuidador, incluyendo orientación sobre servicios de respiro y apoyo psicológico.
- **Línea Estratégica 5. Promoción de la Autonomía del Paciente.** Potenciar la inclusión del paciente con demencia en la planificación de su propio cuidado siempre que sea posible, respetando su dignidad y fomentando su calidad de vida.

Estas Líneas buscan no sólo garantizar una atención sanitaria adecuada, sino también ofrecer un soporte integral a las familias y cuidadores, reconociendo su papel fundamental en el cuidado de las personas con demencia.

10. PLAN INTEGRAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES DE EXTREMADURA 2024-2027



El **Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura 2024-2027 (PIECC)** es una iniciativa impulsada por la Consejería de Salud y Servicios Sociales en colaboración con el SES. Este plan tiene como **objetivo principal** reducir la incidencia, la carga de enfermedad y la mortalidad asociadas a patologías cardiovasculares y cerebrovasculares en Extremadura, abordando desde la prevención hasta la atención especializada.

El PIECC se basa en una estrategia integral que busca no sólo mejorar la atención médica a estas enfermedades, sino también **fomentar estilos de vida saludables y una detección temprana de los factores de riesgo**. Además, pone un fuerte énfasis en la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la implementación de herramientas tecnológicas para una atención más eficiente y personalizada.

El plan se alinea con las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea, así como otras estrategias nacionales y regionales, asegurando un enfoque integral y coordinado. De este modo, el PIECC representa un compromiso firme por parte de las autoridades sanitarias extremeñas para abordar estas patologías, que constituyen una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en la región.

+ Líneas estratégicas

- **Línea Estratégica 1. Prevención y promoción de la salud vascular.** Fomentar hábitos de vida saludables para reducir factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo, hipertensión y obesidad. Sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención mediante campañas educativas y programas para identificar tempranamente a las personas en riesgo.
- **Línea Estratégica 2. Atención sanitaria de las enfermedades cardiovasculares.** Mejorar el diagnóstico temprano de patologías como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias y valvulopatías. Garantizar el acceso equitativo a tratamientos adecuados y desarrollar unidades específicas de atención cardiológica para ofrecer una atención especializada.
- **Línea Estratégica 3. Atención sanitaria de las enfermedades cerebrovasculares.** Optimizar la atención integral a pacientes con ictus, asegurando su rehabilitación neurológica y continuidad asistencial. Ampliar y mejorar los recursos para la atención en la fase del ictus, incluyendo implementación de unidades específicas y estrategias para la detección temprana en poblaciones de riesgo.
- **Líneas Estratégico 4. Instrumento de apoyo a la atención de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.** Promover la formación continua e innovación tecnológica en estas áreas y mejorar los sistemas de información y registro para un seguimiento más eficiente de los pacientes y una planificación sanitaria más efectiva.

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



El proceso asistencial de las personas con EA se puede subdividir en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo de la enfermedad. Esta estructura garantiza una atención integral y coordinada, optimizando los recursos y mejorando la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

SUBPROCESO 0 Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso transversal que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
SUBPROCESO 1 Primeros síntomas	Subproceso inicial de detección de los primeros síntomas del paciente, ya sea en su entorno familiar o social, así como en el entorno médico, tanto de atención primaria como hospitalaria.
SUBPROCESO 2 Valoración del paciente	Subproceso 2A: Subproceso de valoración inicial , que abarca el manejo por parte del equipo integral de atención primaria. Subproceso 2B: Subproceso de valoración hospitalaria que abarca el manejo por parte del equipo de atención hospitalaria (unidades especializadas, neurología, geriatría y psiquiatría).
SUBPROCESO 3 Valoración diagnóstica	Subproceso valoración diagnóstica de pacientes. Incluye la batería de pruebas disponibles desde cada nivel asistencial.
SUBPROCESO 4 Tratamiento	Subproceso 4A: Subproceso de tratamiento farmacológico . Incluye los circuitos de prescripción, renovación y control de medicación, así como los agentes implicados. Subproceso 4B: Subproceso de tratamiento no farmacológico y los agentes implicados.
SUBPROCESO 5 Seguimiento	Subproceso de seguimiento de pacientes a lo largo de la evolución natural de la EA.
SUBPROCESO 6 Cuidados paliativos	Subproceso sobre cuidados paliativos y su manejo en personas con EA.

AGENTES



Entorno del paciente



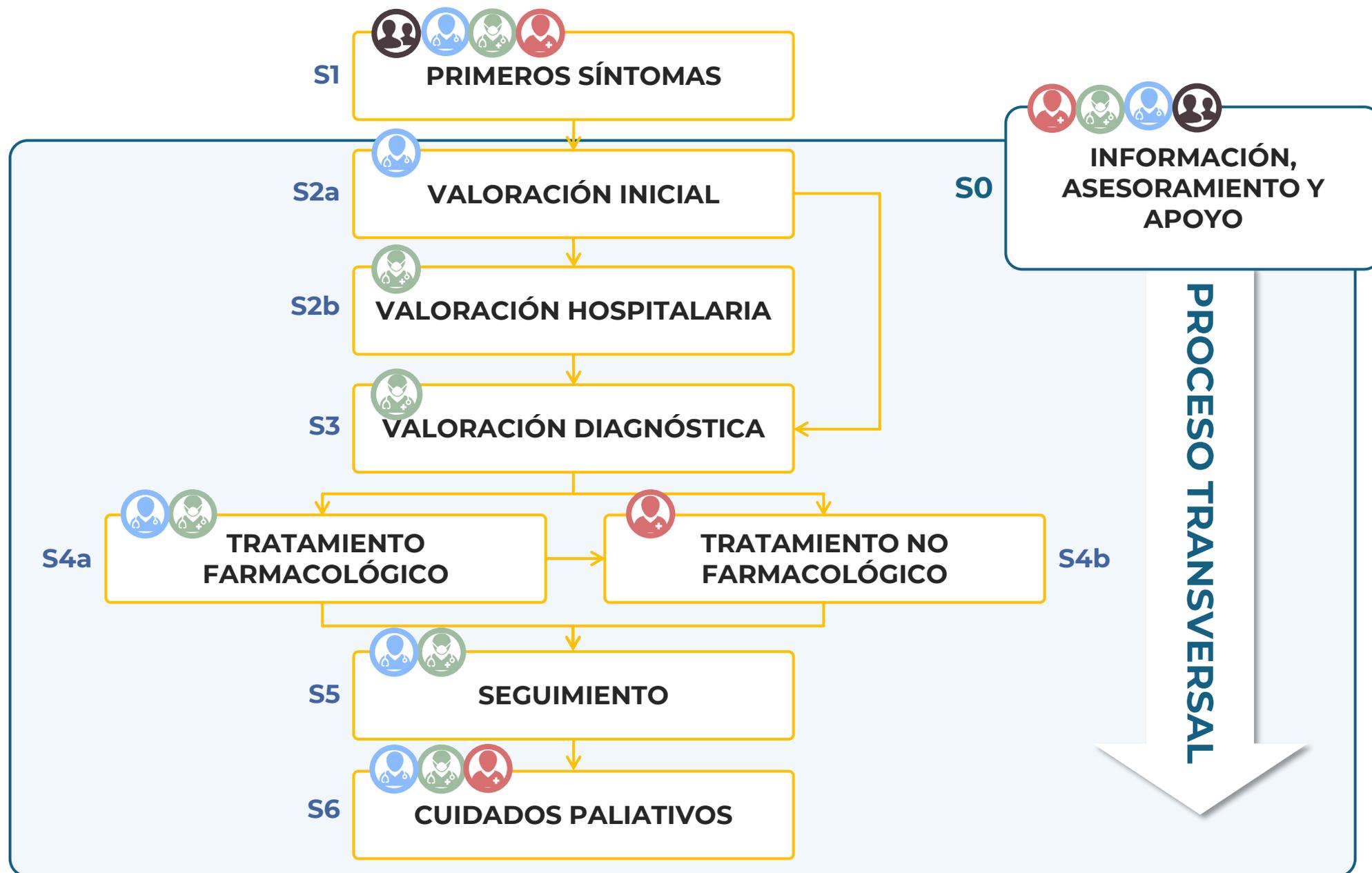
Atención primaria



Atención hospitalaria

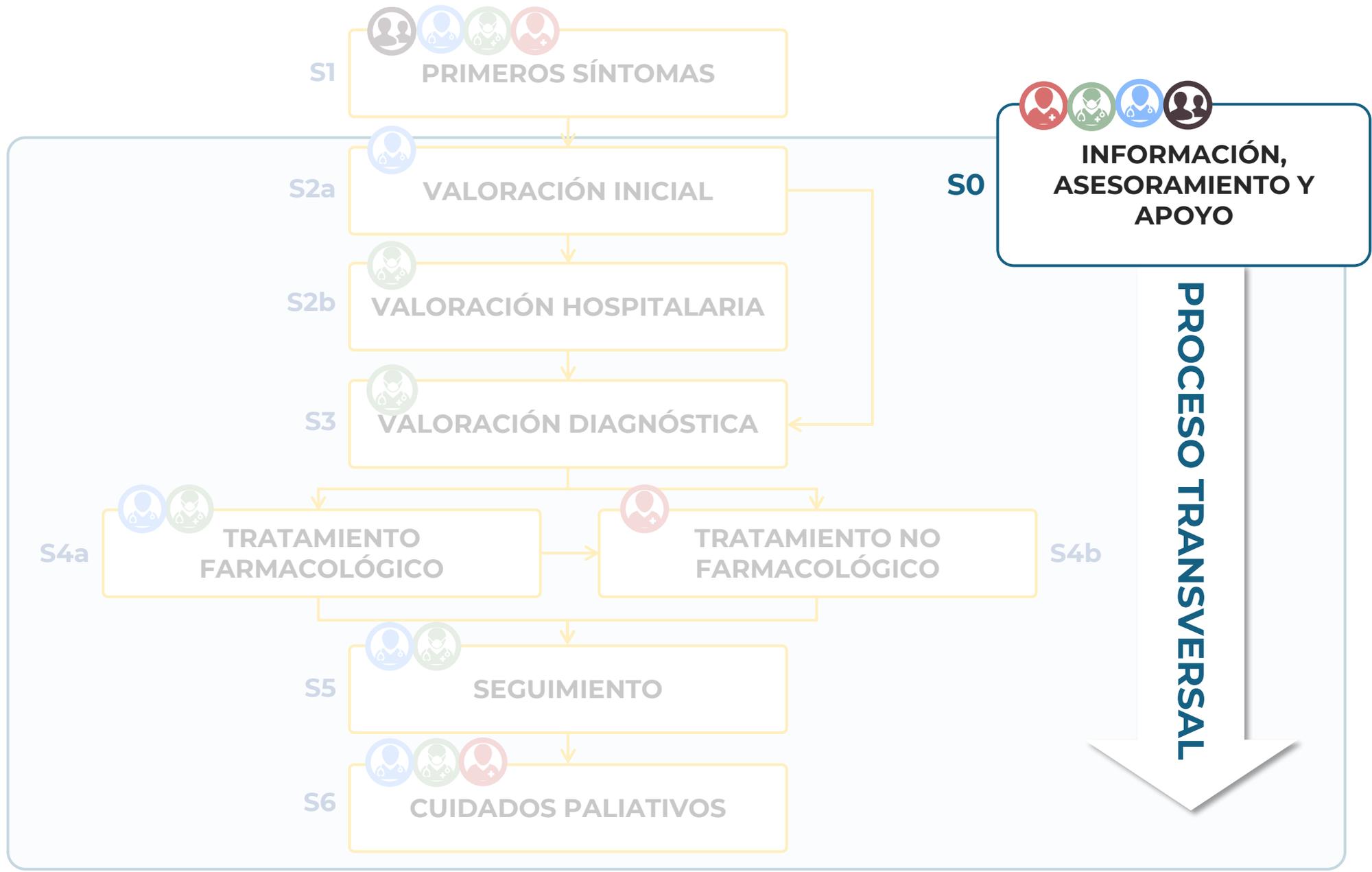


Ámbito sociosanitario



AGENTES

- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN EXTREMADURA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: el **87%** de los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido, en menor medida, por los de medicina familiar y comunitaria y geriatría.

- **El 50%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, siendo la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta.
- **El 100%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - **Todos los expertos encuestados** (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas que se tratan, de forma más habitual, durante la comunicación del diagnóstico es la información sobre la propia enfermedad.
 - **El 71%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las terapias no farmacológicas.
 - **El 57%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN EXTREMADURA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda al paciente que realice la planificación anticipada de decisiones, pudiendo realizarse desde en la valoración inicial hasta en fases más avanzadas del proceso.

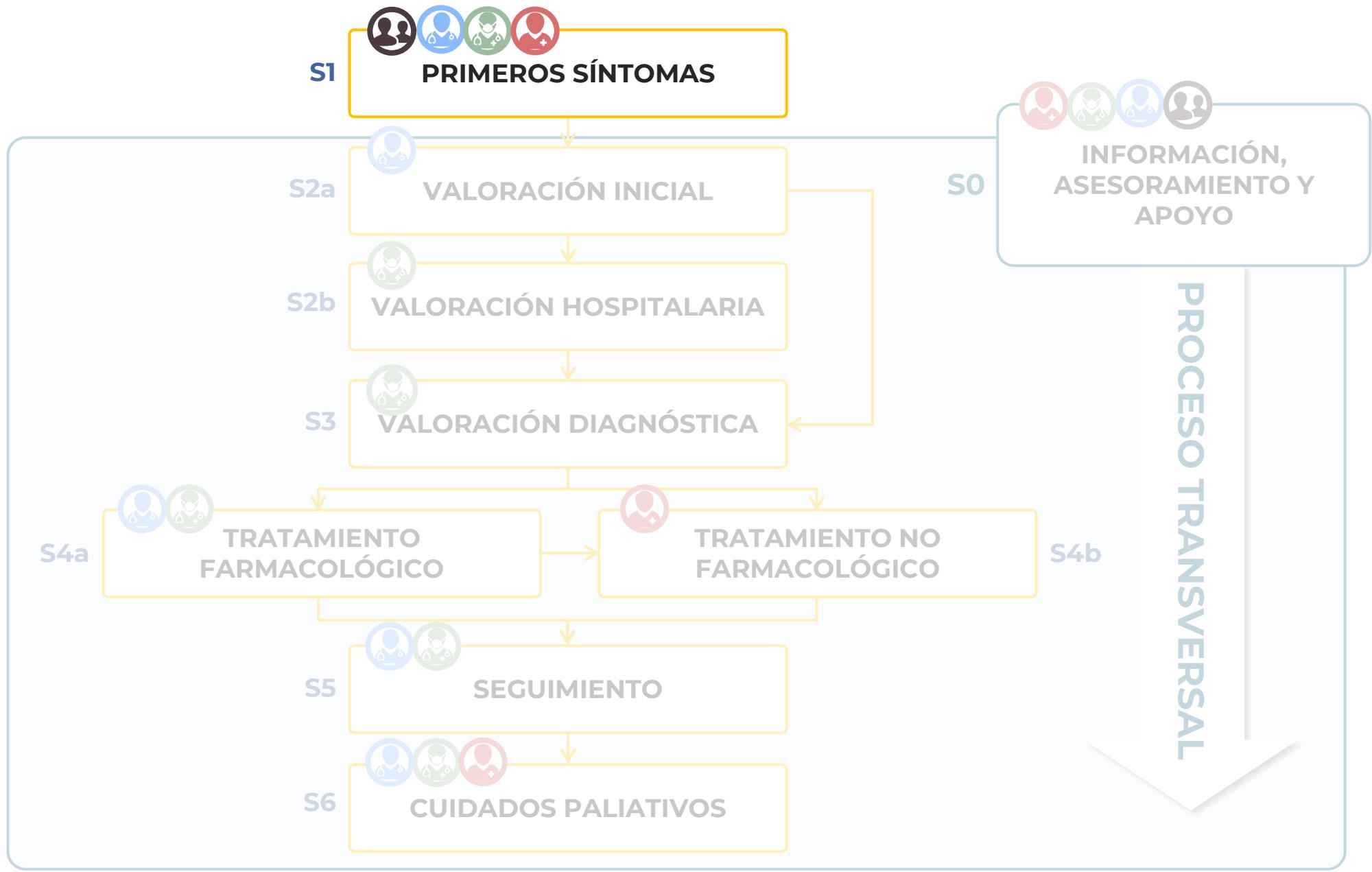
- No es un tema habitualmente tratado durante la comunicación del diagnóstico.
- **Un 39%** de los expertos encuestados refieren que se realiza durante o después del diagnóstico, el 12% afirma que se realiza durante el seguimiento. Y el restante afirma que no se realiza, o se desconoce.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son medicina familiar y comunitaria y neurología.
- **Un 38%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente**.

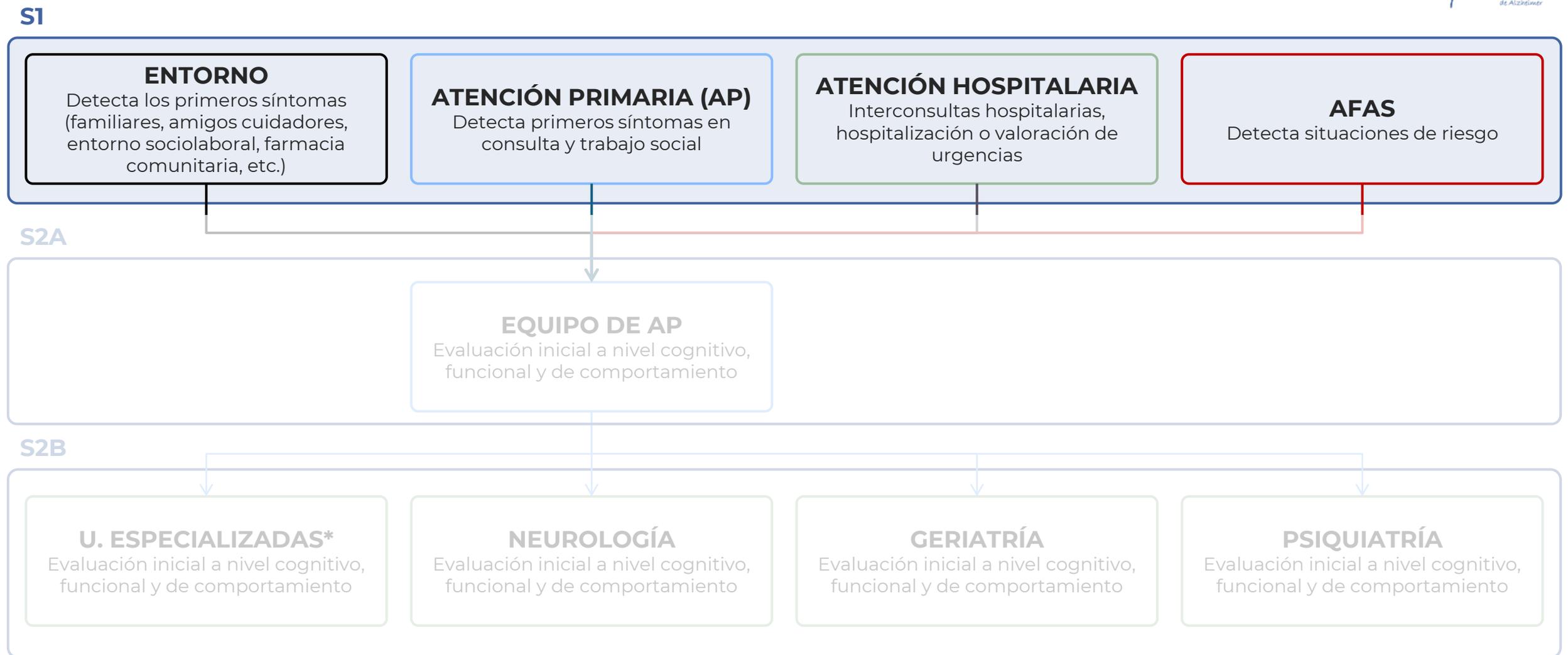
REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda al paciente que realice el registro de las voluntades anticipadas, pudiendo realizarse desde la valoración inicial hasta en fases avanzadas del proceso.

- **El 88%** de los expertos encuestados refiere que existe un protocolo específico de acceso y registro para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para registro de voluntades anticipadas.
- **El 37%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza para la mayoría de los pacientes, en algún momento del proceso a partir del diagnóstico.

AGENTES

- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**





*Consulta con dedicación a la evaluación de pacientes con EA, distinta de S. neurología general, geriatría o psiquiatría. Uno de los expertos encuestados menciona, asimismo, la valoración desde S. urgencias.



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DE SUBPROCESO 1: el **75%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en Extremadura.**

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: los profesionales de atención primaria afirman que en las consultas preguntan activamente a los pacientes y/o familiares ante la presencia de cualquier sospecha de deterioro cognitivo.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: no existe un consenso sobre el principal momento de actuación por parte de trabajo social. Algunos de los expertos encuestados consideran que su intervención en fases iniciales de la enfermedad tiene por objetivo acompañar al paciente y valoración de las necesidades sociales tanto del paciente como de la familia, así como asesoramiento de recursos disponibles. Otros encuestados consideran que el principal papel de trabajo social es dar información y asesorar al paciente sobre cómo actuar y dónde consultar. Por último, hay expertos que afirman que no hay ninguna función esencial que realice trabajo social en las primeras valoraciones.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN EXTREMADURA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados han detectado retos relacionados con la **mejora de la formación en el personal sanitario**, aumentar el **tiempo de consulta** para los médicos de familia, implementar programas de **prevención y detección temprana**, fortalecer la **coordinación entre niveles asistenciales** y el apoyo a familiares y pacientes.

En concreto, no hay un consenso entre las principales **BARRERAS** identificadas, los encuestados mencionan los siguientes:

- El **88%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **75%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **reticencia de pacientes y familiares** sobre la sintomatología de la enfermedad que cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento.
- El **38%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.

Las principales barreras detectadas por **atención primaria**, es la falta de conocimientos de los pacientes por parte de los profesionales y la falta de tiempo en consulta. En **atención hospitalaria**, sostienen la falta de tiempo como principal barrera y la falta de recursos.

AGENTES

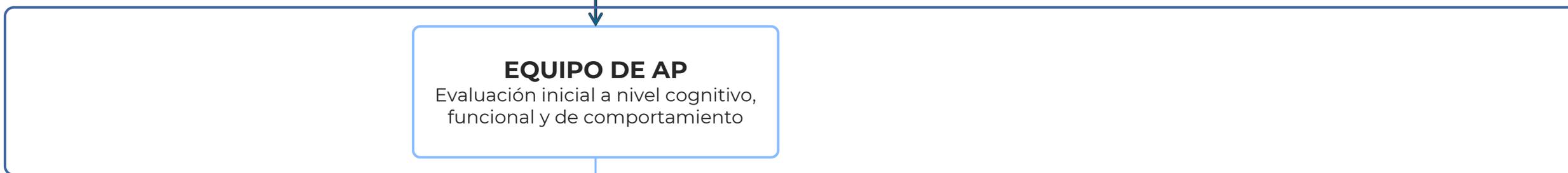
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



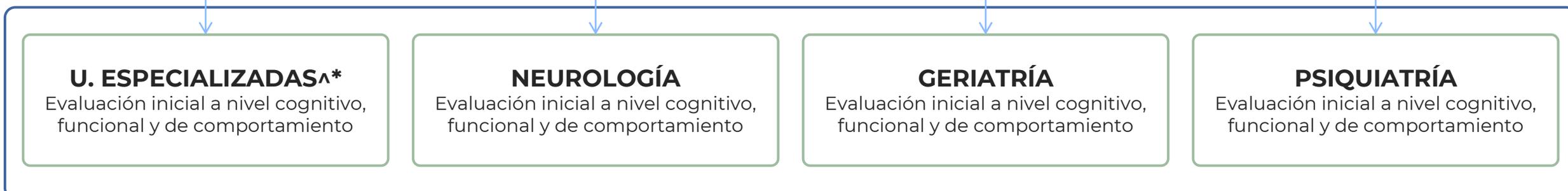
S1



S2A



S2B



*Consulta con dedicación a la evaluación de pacientes con EA, distinta de S. neurología general, geriatría o psiquiatría. Uno de los expertos encuestados menciona, asimismo, la valoración desde S. urgencias.



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **63%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 2A de valoración inicial y 2B de valoración hospitalaria se ajusta a la realidad en Extremadura.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **83%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que existe un protocolo de derivación desde atención primaria al servicio de neurología/geriatría en Extremadura. Frente a los encuestados restantes, que desconocen su existencia. El grado de conocimiento es **ALTO**.

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: los profesionales de atención primaria refieren tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas, siendo lo más habitual las derivaciones a **unidades especializadas de neurología.**

- **El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria es muy variable,** sin poder determinarse un rango concreto (oscila entre 2 y más de 5 visitas previas a la derivación).
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente se solicita una analítica. Además, siguiendo los protocolos o guías del área correspondiente se recomienda desde atención primaria, asimismo, la realización de valoración neuropsicológica y tests de valoración cognitiva.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen y pruebas en líquido cefalorraquídeo. Los profesionales de atención hospitalaria identifican alguna limitación para la realización de análisis genéticos, tomografía de emisión de positrones (PET) y valoración neuropsicológica, como un perfil de pacientes específico o tiempos de espera demasiado largos.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es menor a 3 meses*.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria es entre 2-3 y entre 3-6 meses*, según los encuestados.

*Estos tiempos se consideran similares a otras patologías neurológicas, no difiriendo en los casos de sospecha de EA.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EXTREMADURA

EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE PERSONAS CON SOSPECHA EA: según los expertos encuestados, se centra principalmente, en el **apoyo a pacientes y familias**, especialmente aquellas con pocos recursos. Los trabajadores sociales **detectan situaciones de riesgo** y, en algunos casos, realizan una primera valoración del paciente, considerando factores como el nivel educacional, el aislamiento social y la presencia de melancolía. Su labor también incluye **asesorar a las familias** sobre cómo proceder y dónde buscar ayuda, aunque señalan que, en muchas ocasiones, la detección inicial suele ser realizada por los propios pacientes y sus familiares, quienes luego acuden a los equipos de atención primaria. Los expertos destacan que el trabajo social tiene **una participación limitada** y reactiva en estos casos, actuando principalmente a petición del interesado o cuando se presentan problemas evidentes relacionados con el deterioro cognitivo. A pesar de esto, los trabajadores sociales cumplen un rol esencial en **identificar situaciones problemáticas, orientar a las familias y derivar a atención primaria para una evaluación médica más específica**. Sin embargo, no parece haber un enfoque sistemático o preventivo en su actuación, lo que limita su impacto en la detección temprana de la EA.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: la participación de neuropsicología es ocasional. El **57%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) refiere que neuropsicología suele participar de esta parte del proceso. Un **71%** de los expertos encuestados refieren que cuentan con recursos de neuropsicología en el propio centro.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel principal de enfermería de atención primaria es proporcionar acompañamiento y valoración de las necesidades sociales del paciente y familia, así como asesoramiento de los recursos disponibles. Además, afirman que otro papel clave es dar información y asesorar al paciente sobre cómo y dónde actuar.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria consideran que el papel principal de enfermería de atención hospitalaria es participar en labores fundamentalmente administrativas.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **100%** de los profesionales sanitarios refieren que no disponen o desconocen la existencia de estas figuras en su entorno.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EXTREMADURA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos coinciden en que uno de los principales retos en esta etapa es **mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, particularmente entre atención primaria y especializada**, para garantizar una derivación adecuada. Esto implica definir claramente qué pacientes deben ser atendidos por neurología y cuáles por geriatría, una tarea que actualmente enfrenta dificultades debido a recursos limitados y a la falta de un circuito claro para el manejo del paciente.

En algunas regiones, como Cáceres, esta coordinación es más efectiva, pero en otras áreas de Extremadura no se dispone de servicios de geriatría, lo que sobrecarga a los servicios de neurología.

Otro desafío señalado es la **mejora de los tiempos de espera y la accesibilidad a atención hospitalaria**. Esto incluye acortar las demoras en la realización de pruebas complementarias y en el seguimiento en consulta, así como dotar a los servicios de los profesionales especializados necesarios para reducir la sobrecarga asistencial. Además, se destaca la **necesidad de mejorar la comunicación entre los equipos de atención primaria y hospitalaria**, optimizando los procesos de derivación para facilitar un acceso más rápido y eficiente de los pacientes a los recursos adecuados.

En cuanto a las **áreas de mejora** en la valoración inicial en atención primaria, los expertos subrayan la importancia de la **formación continua de los profesionales para asegurar un mejor abordaje y diagnóstico de la EA**.

A nivel hospitalario, proponen la **creación de unidades específicas y la implementación de circuitos definidos** que permitan un manejo más estructurado del paciente. En general, se enfatiza la necesidad de un enfoque integral que aborde tanto la capacitación de los profesionales como la optimización de los recursos y la reducción de tiempos de espera.

En Extremadura, se destacan los siguientes **resultados sobre el uso de herramientas de valoración inicial**, y se analiza su frecuencia de utilización, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria:

EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

ATENCIÓN PRIMARIA

Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer
Test del Reloj	Memory Impairment Screen

Escala de Lawton y Brody (AIVD)
Índice de Barthel (ABVD)

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Mini-Mental State Examination	Test de Pfeiffer
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairment Screen
Fototest	Test del Reloj
Montreal Cognitive Assessment	

Escala de Lawton y Brody (AIVD)
Índice de Barthel (ABVD)

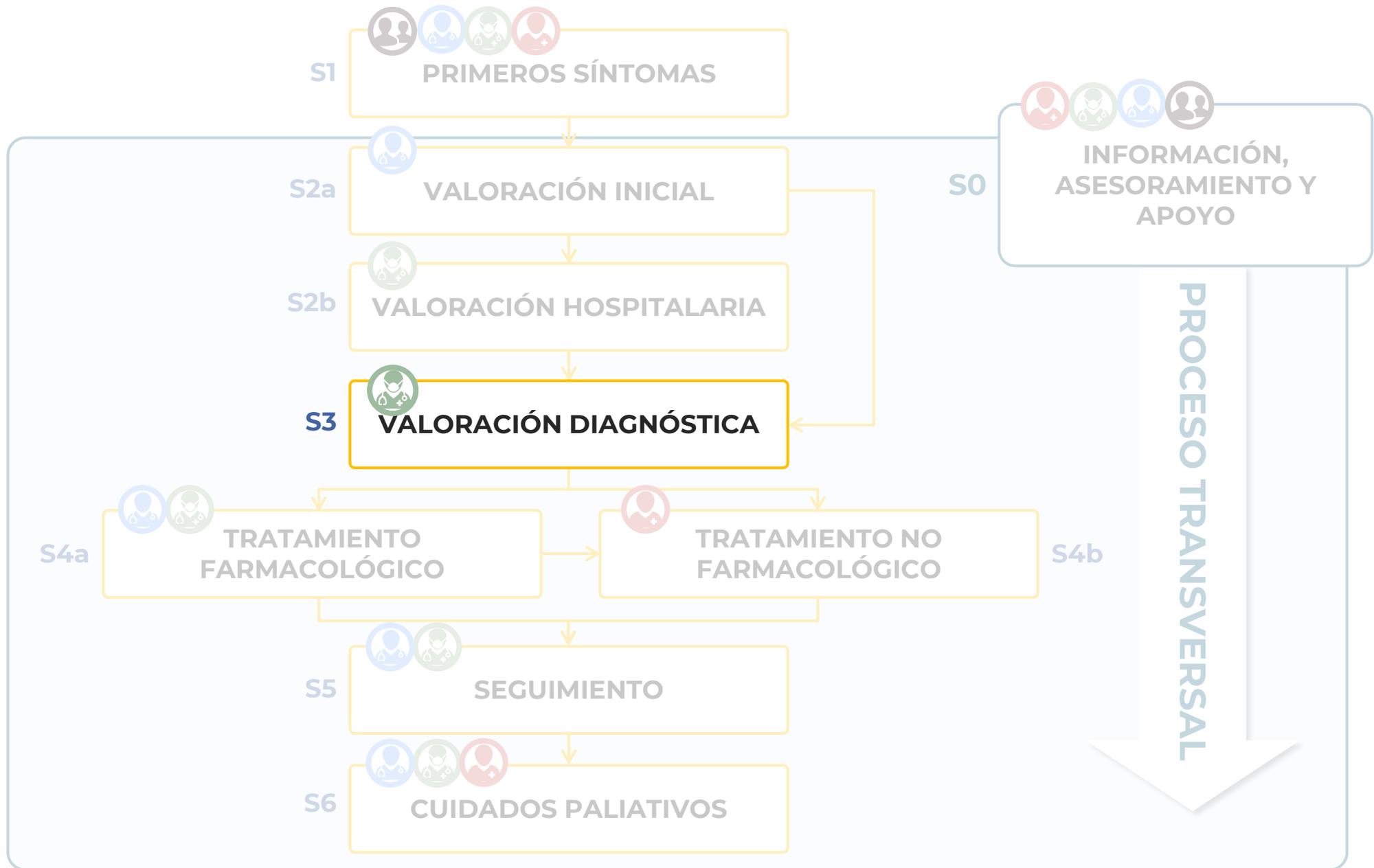
Escala de negrita a gris en función de la frecuencia de utilización según los expertos encuestados (negrita las herramientas más frecuentes y gris a aquellas que han sido nombradas ocasionalmente).

Exploración neuropsicológica abreviada: los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Minimental State Examination (MMSE)**, el **test del Reloj** y el **Fototest**.

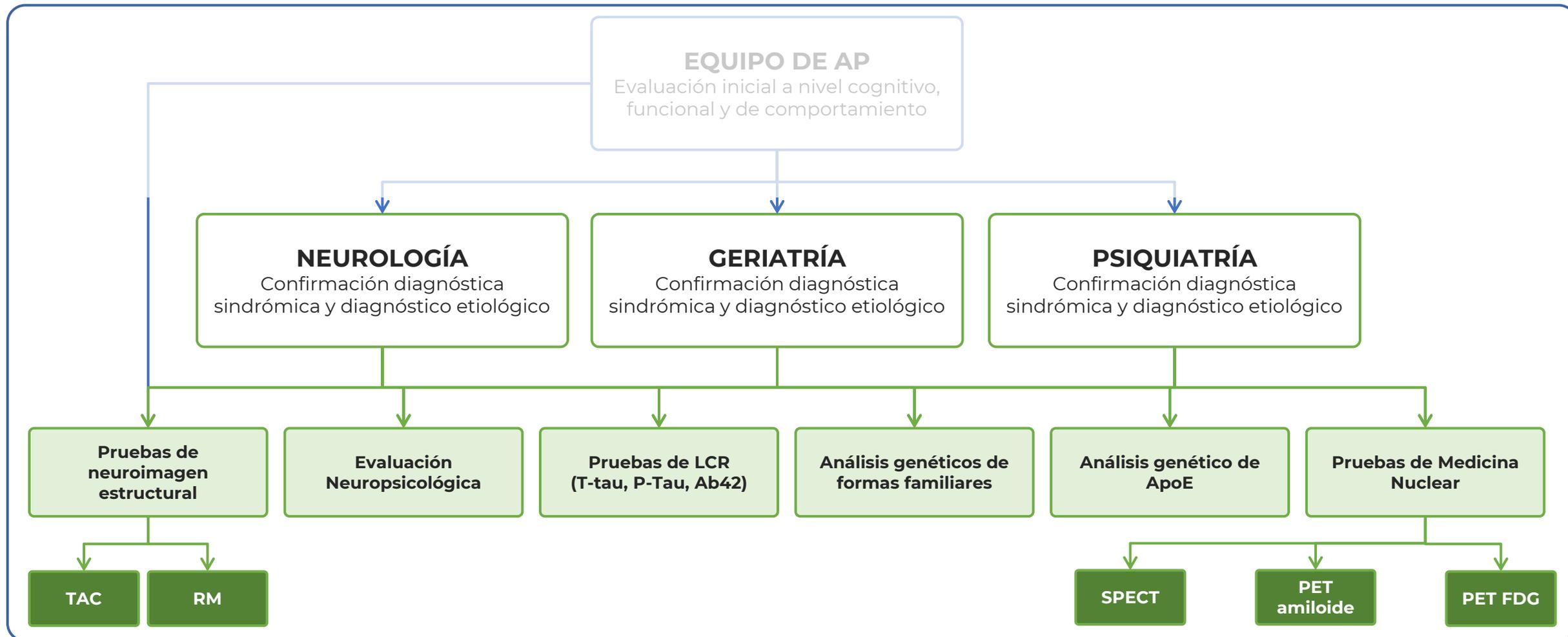
Valoración de la repercusión funcional: el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Índice de Barthel (ABVD)**.

AGENTES

- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **50%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre la valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en Extremadura.**

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: TAC

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA, ya que sostienen que está en la cartera de servicios de la CA. Los encuestados restantes sostienen que no tienen acceso o, en el caso de atención primaria, que solo tienen acceso desde las consultas de atención hospitalaria (neurología).

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **74% (44%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas TAC es **ALTO**.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro.

El **100% sostiene que no se dispone de un uso específico** de esta tecnología para personas con sospecha de EA o que lo desconocen. (Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- De **2 - 3 meses**, según el **50%** de los profesionales sanitarios encuestados.**
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **60%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan entre 2-3 meses y >3 meses) o desconocido, y **adecuado** por el **40%** restante (reportan entre 2-3 meses y <1 mes).
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es el aumento del número profesionales y maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles.
- El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener una limitación en el número de pruebas de este tipo que puede solicitar. Algunos profesionales sanitarios afirman que, en ocasiones, los pacientes son excluidos de la técnica diagnóstica por motivo de su edad, sin que se tenga en cuenta su situación funcional o cognitiva.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: RM

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA, ya que está incluida en la cartera de servicios de la CA. El porcentaje restante sostiene que no tiene acceso o en el caso de primaria, que esta prueba sólo se puede realizar desde atención hospitalaria.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **65,8% (33%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas RM es **ALTO**.

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro.

Un **80%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro no se dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, o que se desconoce (*Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina*).

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Superior a 3 meses, según **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados.**
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados (que reportan >3 meses).
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce o niega la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los encuestados sostiene que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles. El **60%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva, es el aumento del número de máquinas, unido al aumento del número de profesionales.

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados refiere tener limitación en el número de pruebas de este tipo que pueden solicitar.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: SPECT

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA, ya que está incluido en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **6% (1%-10%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas SPECT es **MEDIO**.

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas no se realizan, en las máquinas del propio centro.

Un **66%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro no dispone o lo desconocen, de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Superior a 3 meses según **el 67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados.**
- Este tiempo es considerado como **inadecuado** por el **67%** de los encuestados (que reportan >3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera o que desconocen su existencia.
- El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería aumentar el número de profesionales disponibles. También se menciona como estrategia, aumentar el número de máquinas o maximizar tanto la maquinaria como los profesionales.

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere tener limitación en el número de pruebas de este tipo que pueden solicitar.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: PET AMILOIDE

El 100% de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no tener acceso** para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA.*

****Nota:** según la última actualización para la regulación de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el acceso a PET amiloide para aquellos radiofármacos que estén incluidos en la prestación farmacéutica debería estar garantizado en todas las comunidades autónomas y en todos los hospitales en los próximos meses.*

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: PET FDG

El **13%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **25%*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de PET FDG es **MEDIO**.

El **100%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS.

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Desconocido por los profesionales.
- Se desconoce si es adecuado o no, ya que no existe conocimiento de cuál es el tiempo aproximado de espera.
- Se desconoce de si existe alguna política pública en Extremadura para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales afirman que la mejor estrategia para reducir los tiempos de espera en personas con EA pasa por maximizar el uso de máquinas y de profesionales disponibles.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Única respuesta. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: PET TAU

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no tener acceso** para solicitar una prueba PET tau en el caso de sospecha de EA: su uso no está aprobado, de momento, para uso clínico.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: LCR (T-tau, P-tau y Ab-42)

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA, ya que está incluida en la cartera de servicios de la CA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **8,3%(3%-12%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de LCR es **ALTO**.

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro, y un **67%** de los profesionales sanitarios encuestados sostienen que no se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología o que se desconoce, para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- No hay consenso entre los encuestados, pero entre 1-2 meses de tiempo de espera.**
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan <2 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera el aumento de los profesionales disponibles para la realización de la prueba.

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados, en concreto, desde psiquiatría y neurología, refieren que la limitación principal para la realización de esta prueba son las barreras impuestas por el propio paciente o familia. Además, que la principal limitación en base al perfil del paciente es el déficit de memoria a corto plazo y desorientación temporoespacial.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA, ya que está incluido en la cartera de la CA y financiado a través de los fondos propios del hospital.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **8,0% (6%-10%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes del test genético (Apo E) es **ALTO**.

El **50%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro privado, y un **100%** de los profesionales sanitarios encuestados sostienen que no se dispone o desconocen, de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- No hay un consenso, pero se estima que el tiempo de espera es entorno a 1 o 2 meses.**
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (que reportan <1 mes).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es aumentar el número de máquinas, aumentar el número de profesionales, y maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles.

Un **50%** de los profesionales de atención hospitalaria, en concreto, desde neurología, refieren no encontrar ninguna barrera en la petición de esta prueba. El porcentaje restante afirman que, uno de los principales retos es en geriatría, que se solicitan sólo en casos muy seleccionados.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3 meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares).

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **51%(2%-100%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

El **grado de satisfacción**, por parte de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, con la calidad de los informes del test genético (formas familiares) es **MUY ALTO**.

El **50%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS, y el otro **50%**, en un centro privado, y un **100%** de los profesionales sanitarios sostienen que no se dispone o se desconoce, de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- No hay consenso, pero se estima que aproximadamente 2 meses de tiempo de espera.**
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan entre 1-2 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera el aumento del número de profesionales. El otro **50%** restante sostiene que no es necesario políticas para la reducción de tiempos de espera.

Un **100%** de los profesionales de atención hospitalaria, en concreto, desde neurología, refieren no encontrar ninguna barrera en la petición de estas pruebas.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados. Valor mín y máx. **Las opciones para los tiempos de espera incluyen: < 1 mes, 1-2 meses, 2-3 meses, > 3meses. **NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN EXTREMADURA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos en la valoración diagnóstica, según los expertos, incluyen **reducir las listas de espera en pruebas como neuroimagen y neuropsicología**, e implementar técnicas avanzadas como el PET de amiloide. También destacan la necesidad de **detectar de forma temprana a pacientes frágiles** para priorizar análisis genéticos y determinaciones específicas de proteínas plegadas en LCR y sangre.

Como **áreas de mejora**, se recomienda **agilizar el tiempo entre la atención en atención primaria y hospitalaria**, así como entre consultas de seguimiento y pruebas complementarias. Para ello, se requiere **mayor dotación económica** que permita contratar profesionales especializados en neuropsicología y geriatría, aliviar la sobrecarga asistencial y mejorar la coordinación entre niveles.

Además, se plantea la creación de servicios de geriatría y un seguimiento en etapas preclínicas, junto con una mejor comunicación con psiquiatría.

En cuanto a los test de biomarcadores en sangre para EA: aunque aún no están comercializados (solo disponibles para investigación y validación en cada centro), los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias anti-amiloide. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



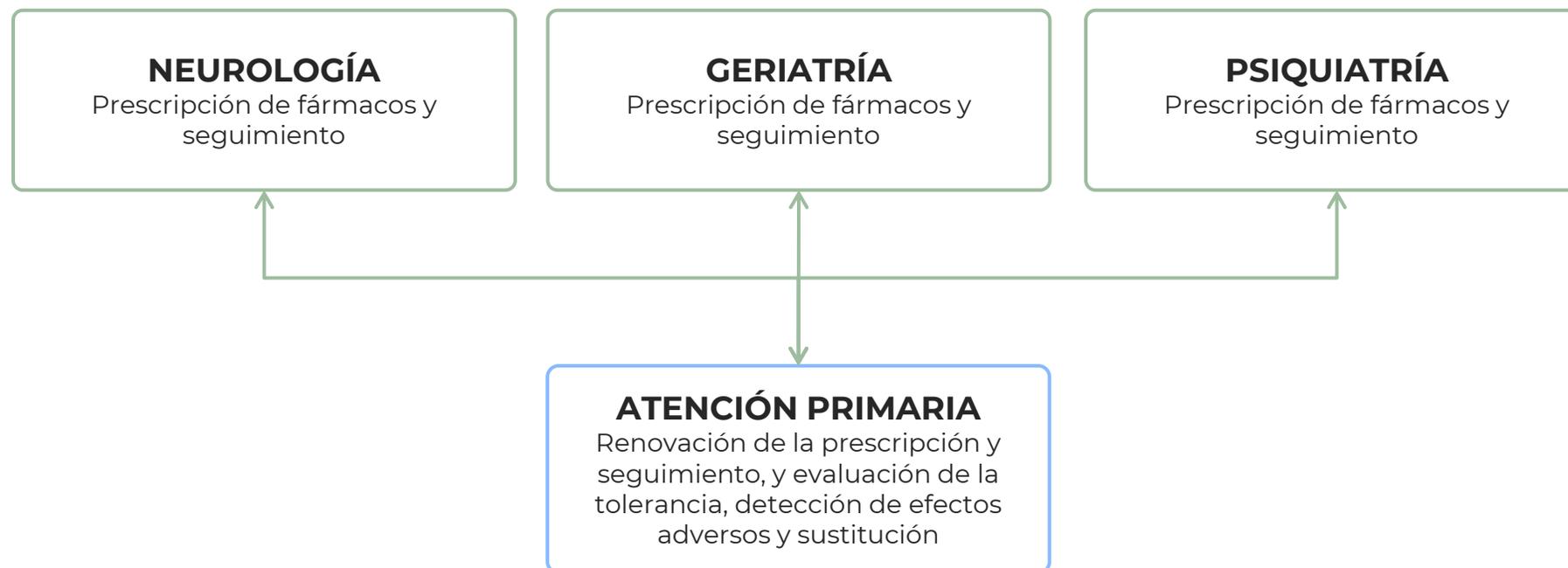
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **50%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A de tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en el Extremadura.**

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de **iniciar el tratamiento farmacológico suele ser neurología**, aunque en algunos casos también se menciona geriatría (**50%**). Esto refleja que, dependiendo de la organización y los recursos del sistema de salud, ambos servicios pueden estar implicados, aunque neurología asume un papel predominante en la mayoría de los casos.

El **100% de los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico**, siendo más habitual que la continuidad de este la realice el profesional de neurólogo, seguido de médicos de familia y de geriatras.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EXTREMADURA

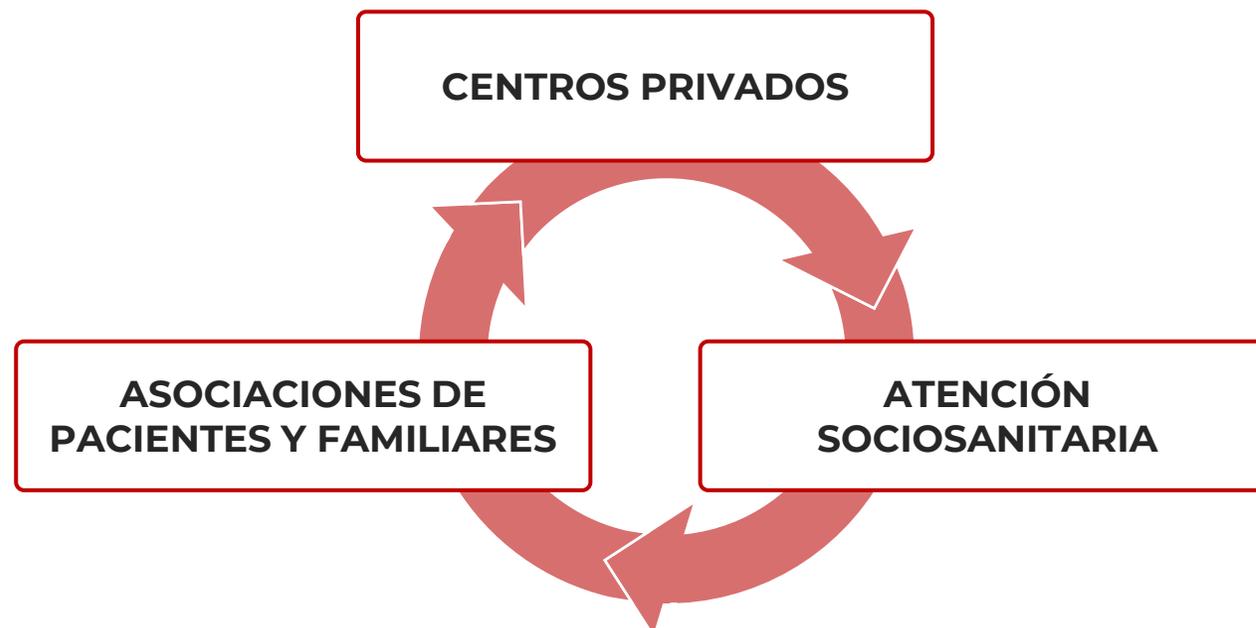
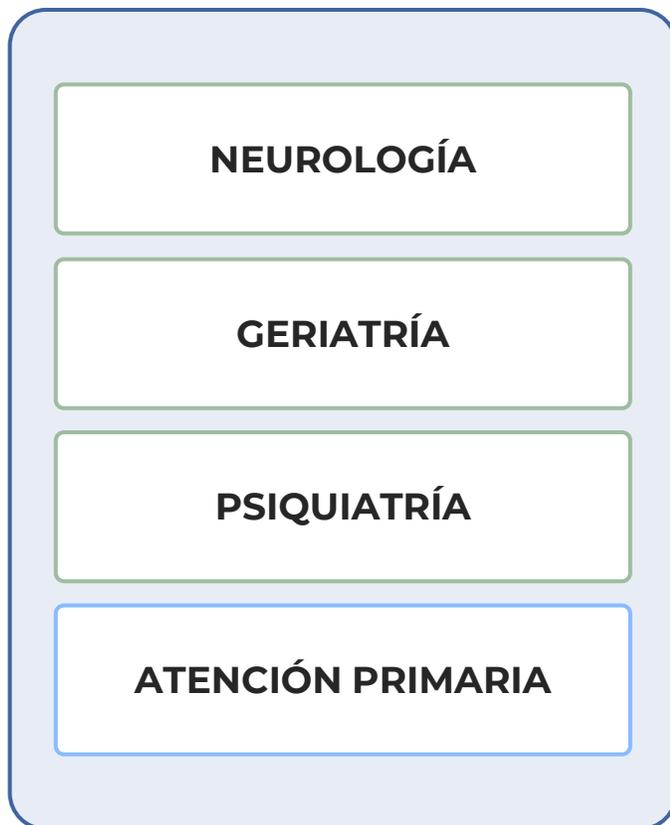
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: en el subproceso de tratamiento farmacológico, los principales retos y áreas de mejora señalados por los expertos giran en torno a la **coordinación y la accesibilidad.**

Uno de los desafíos más destacados es la **dificultad para combinar dos fármacos con diferentes mecanismos de acción**, lo que limita las opciones terapéuticas en ciertos casos. Además, se enfatiza la **necesidad de mejorar el conocimiento de los profesionales y la comunicación entre niveles asistenciales**, particularmente entre atención primaria y atención hospitalaria, para optimizar el diagnóstico y garantizar un tratamiento farmacológico adecuado lo antes posible.

Un punto crítico señalado es la **falta de claridad en la información y el feedback hacia atención primaria** respecto a los criterios para continuar o abandonar un tratamiento, así como la adecuación de los fármacos según el estadio del deterioro cognitivo. También se menciona la importancia de **facilitar el acceso de atención primaria a los tratamientos farmacológicos**, ya que actualmente los profesionales de este nivel suelen limitarse a renovar recetas de medicamentos prescritos por los especialistas, lo que restringe su participación en el manejo de la enfermedad.

A pesar de estos retos, algunos expertos **valoran positivamente el control, la prescripción y el seguimiento de los tratamientos**, así como las pautas ofrecidas a los pacientes y sus familias para manejar posibles efectos secundarios. Sin embargo, persiste la necesidad de fortalecer la comunicación y la coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario para mejorar tanto la continuidad asistencial como el acceso a tratamientos más personalizados y adecuados.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **86%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4B sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Extremadura.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para pacientes con EA, **el 86%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) refieren los **talleres de memoria** y la **estimulación cognitiva**; un **71%** de los expertos encuestados las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.**

Otras terapias disponibles en Extremadura son: estimulación cerebral no invasiva y, desde las AFAs, se ofrecen **tratamientos no farmacológicos con el fin de mantener las capacidades preservadas del paciente el mayor tiempo posible**, además de las terapias de estimulación cognitiva, se llevan a cabo **entrenamientos de las actividades de la vida diaria, estimulación sensorial Snoezelen, reminiscencia, orientación a la realidad, estimulación del lenguaje e intervenciones asistidas con animales.**

Los tratamientos no farmacológicos prescritos de manera más habitual a las personas con EA son:

- Al **66,1%**, se les prescriben talleres de memoria.
- Al **57,3%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.
- Al **53,6%**, estimulación cognitiva.
- Al **20,0%** técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales*.

El 100% de los encuestados afirman que las personas con EA de su comunidad sí tienen acceso a estos tratamientos no farmacológicos.

El 75% de los encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas es la estimulación cognitiva y talleres de memoria.**

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados.

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN EXTREMADURA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: el **78%** de los encuestados señala la necesidad de mejorar la formación y coordinación entre niveles de atención, y el **72%**, ve urgente la información sobre estimulación y terapias específicas.

BARRERAS: el **100%** de los encuestados señala falta de centros específicos como una barrera crítica. Otras barreras identificadas, para el **85%** de los encuestados, es la necesidad de mayor financiación, seguido de un **65%**, que mencionan las dificultades de acceso en áreas rurales, largos desplazamientos y listad de espera.

El 37% de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de Bienestar Social, otro **37%** de los encuestados afirman que está financiado por la Consejería de Salud y Servicios Sociales. El resto o bien lo desconocen o sostienen que está financiado por la Consejería de Sanidad.

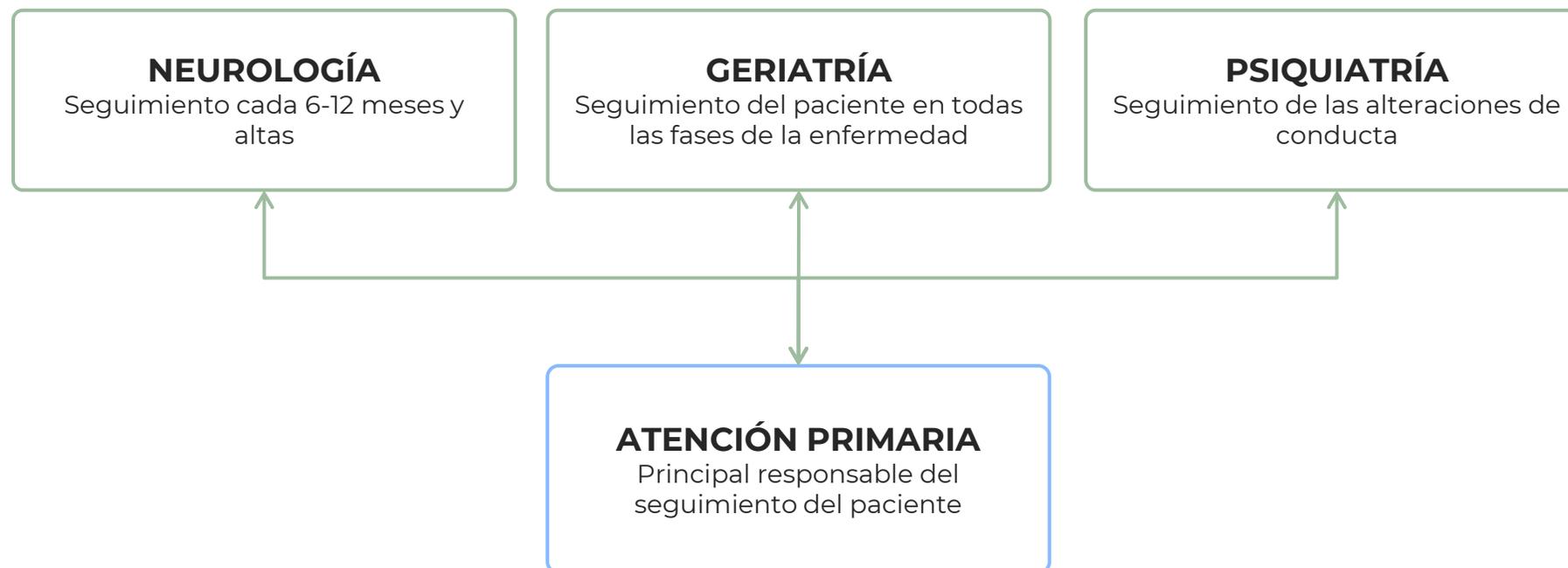
El 100% de los encuestados consideran las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Los encuestados proponen además otras técnicas no farmacológicas como la musicoterapia, las terapias orientadas al cuidador, la estimulación o la neuromodulación.

AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **50%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en Extremadura**.

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el **seguimiento** se realiza **principalmente por los profesionales de medicina familiar y comunitaria (83%) y de neurología (83%)**, seguido por geriatría (**33%**).

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: el **66%** de los expertos encuestados **no identifica** la existencia de un protocolo específico o niega que haya, para el seguimiento de los pacientes.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el **seguimiento se realiza cada 6-12 meses** en la mayoría de los casos. En el caso de medicina familiar y comunitaria, en cambio, el seguimiento se realiza más frecuentemente (<6 meses). Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que este tiempo debería de ser a demanda de atención primaria, aunque se realice un seguimiento periódico por enfermería o medicina familiar, y al menos cada 6 meses por parte de neurología.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, todos los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan **pruebas de evaluación clínica, valoración del entorno del cuidador y valoración funcional**.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por el **100% de los profesionales sanitarios encuestados es la renovación de la prescripción**. En menor medida, el **83%** de los profesionales sanitarios encuestados señalan la adherencia, los efectos adversos y la información y asesoramiento al paciente, como papel clave de atención primaria en el seguimiento de tratamiento farmacológico. Finalmente, el **67%** de los profesionales encuestados señalan como una de las principales funciones la valoración clínica.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EXTREMADURA

DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivación de pacientes entre niveles asistenciales en situaciones de necesidad es **MEDIA**.

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: desde las gerencias de atención primaria de Extremadura se promueven ciertos programas como el CEDEC (Consultas Especializadas de Deterioro Cognitivo) o el PIDEX, al igual que se fomenta que se posibilite la opción de contactar por vía telemática.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento de la enfermedad, trabajo social interviene tanto en el diagnóstico y a lo largo el seguimiento, como en el post-diagnóstico. Esto incluye servicios de atención domiciliaria y apoyo a pacientes y familias, adaptando la intervención a las fases de la enfermedad para mejorar el bienestar y calidad de vida. El **86%** de los expertos consultados refiere que la facilidad para derivar a los pacientes a trabajo social es **MEDIA**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **75%** de los expertos encuestados resaltan que existe un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- **El 100%** de los expertos encuestados afirman que la salud psíquica de los cuidadores es una de las áreas con mayor repercusión de la EA justo con la calidad de vida. **Un 86%** de los expertos encuestados responden que, además, las relaciones familiares también se ven afectadas, junto con repercusiones en el entorno laboral y salud física de estos cuidadores.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: aumentar los recursos sociales; desarrollar apoyos institucionales; incrementar los medios estructurales y humanos para la atención sociosanitario al paciente, permitiendo una descarga del cuidador; incrementar técnicas de relajación para el cuidador; aumentar los recursos dirigidos a familias-cuidadoras.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra casi nunca, según el **63%** de los expertos encuestados, y frente a un **38%** de los encuestados que manifiestan que sí, siempre se registran las voluntades anticipadas.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EXTREMADURA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos en la atención a pacientes con demencia y fragilidad incluyen la **falta de coordinación entre atención primaria y especializada, largos tiempos de espera y sobrecarga asistencial debido a la escasez de profesionales.**

Como **áreas de mejora**, es esencial establecer **unidades de geriatría especializadas** en demencia en todas las áreas de salud, **aumentar la dotación de personal** para reducir los tiempos entre consultas, y reforzar la **coordinación entre el ámbito sanitario y sociosanitario**, facilitando una atención integral y continua que optimice recursos y mejore la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



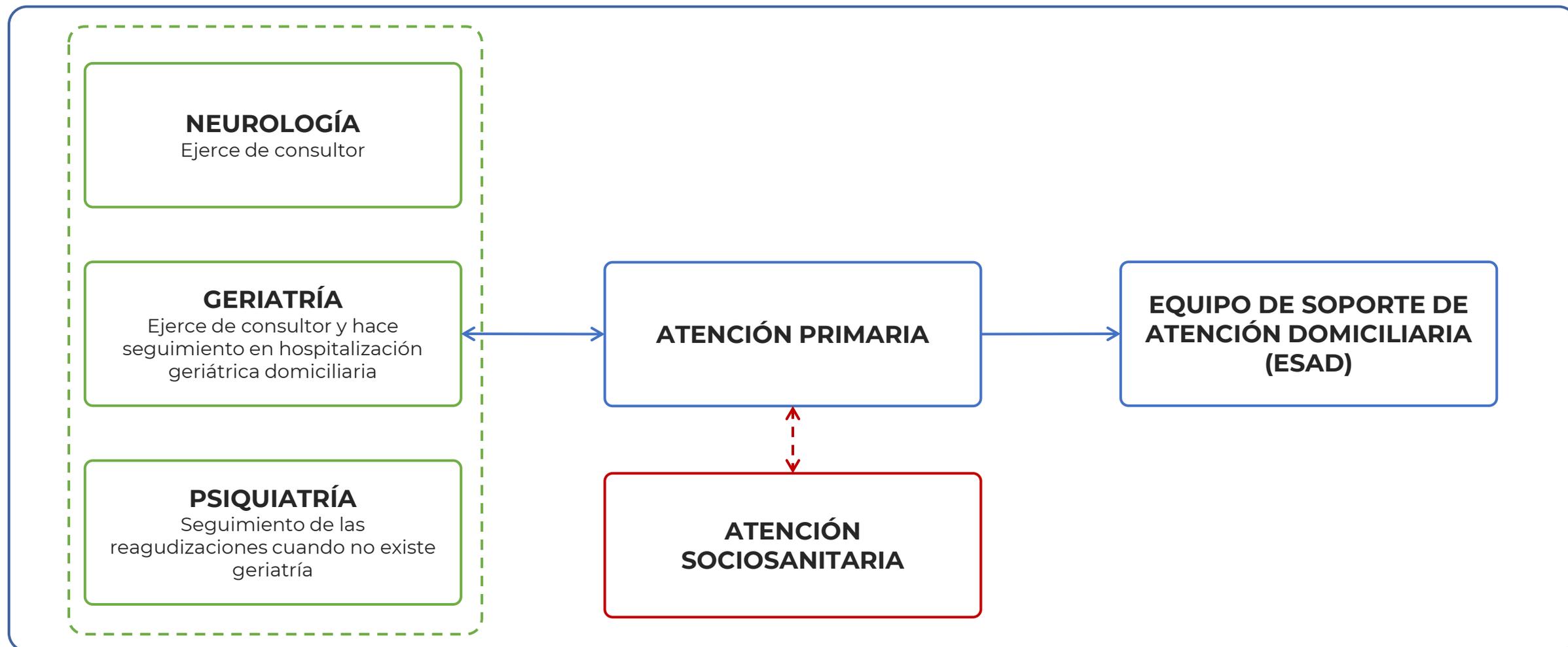
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EXTREMADURA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **50%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en Extremadura.**

El **87%** expertos encuestados consideran que esta parte del proceso es importante ya que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. El resto de los participantes, lo desconoce. Valoran el grado de cobertura actual como **BAJO**.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados la función principal de trabajo social en este punto del proceso es **atender las necesidades sociales que puedan tener, el paciente y la familia, potenciando sus habilidades y capacidades y conseguir así adaptarse y ayudar con las necesidades sociosanitarias.**

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son cruciales en esta etapa e incluyen contacto con el equipo de cuidados paliativos para la valoración del paciente, así como seguimiento con el equipo. A su vez también se encarga de la atención integral del paciente y los familiares del paciente en situación de cuidados paliativos.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO (1,5-2,5)**; MODERADO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 – 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EXTREMADURA

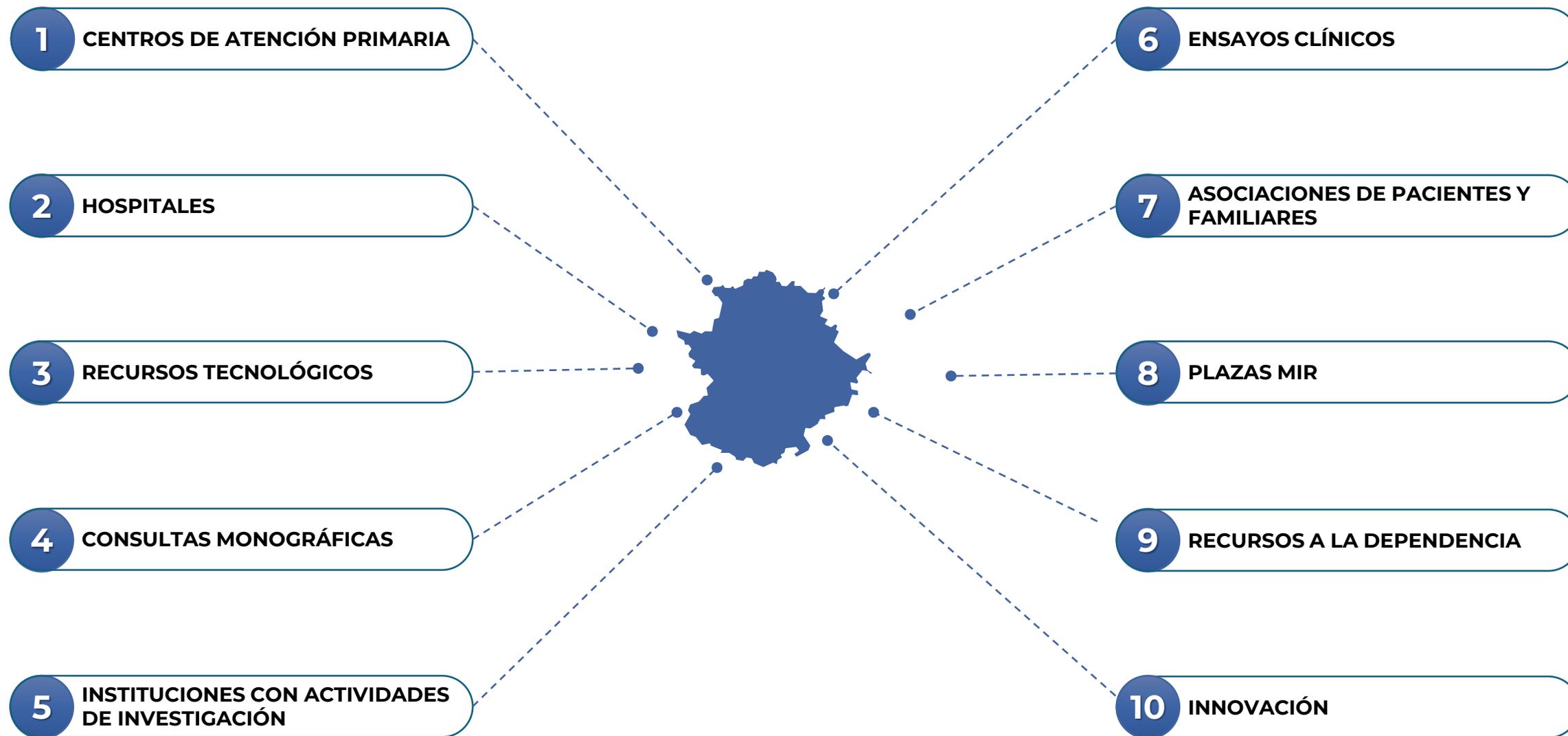
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos en cuidados paliativos destacan varios retos fundamentales que afectan a la calidad y accesibilidad de estos servicios.

- **Desconocimiento de los recursos disponibles** por parte de familiares y cuidadores limita el uso adecuado de los cuidados paliativos.
- **Falta de médicos especializados** en cuidados paliativos dificulta el acceso a atención adecuada y manejo integral de los síntomas.
- **Escasez de plazas** en residencias de cuidados paliativos, lo que sobrecarga los servicios y obliga a los pacientes a recibir cuidados en lugares menos preparados.
- **Dificultades de acceso a equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)**, impidiendo que los pacientes reciban cuidados en el hogar.
- **Escasez de centros concertados** limita las alternativas accesibles y asequibles, especialmente en áreas con infraestructura sanitaria limitada.
- **Enfoque limitado en pacientes oncológicos**, dejando de lado a otros pacientes que también requieren cuidados paliativos.
- **Baja percepción de la necesidad de cuidados paliativos** entre algunos profesionales de la salud, lo que retrasa las derivaciones y limita el acceso en fases críticas de la enfermedad.

4. RECURSOS DISPONIBLES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer





1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Total de centros	Centros de salud	Consultorios locales
SNS	13.040	3.042	9.998
Andalucía	1.514	409	1.105
Aragón	990	118	872
Principado de Asturias	213	69	144
Islas Baleares	163	59	104
Canarias	263	107	156
Cantabria	165	42	123
Castilla y León	3.875	247	3.628
Castilla-La Mancha	1.315	204	1.111
Cataluña	1.187	419	768
Comunidad Valenciana	853	285	568
Extremadura	526	111	415
Galicia	463	398	65
Madrid	424	263	161
Región de Murcia	264	85	179
C. Foral de Navarra	291	60	231
País Vasco	333	139	194
La Rioja	194	20	174
Ceuta y Melilla	7	7	0



526 CENTROS DE AP

- 111 Centros de salud
- 415 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Materno-Infantil (C.H. Universitario de Badajoz)	Hospital de Zafra (C.H. Llerena-Zafra)
Hospital Perpetuo Socorro (C.H. Universitario Badajoz)	Hospital General de Llerena (C.H. Llerena- Zafra)
Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario Badajoz)	Hospital de San Pedro de Alcántara (C.H. de Cáceres)
Hospital Don Benito – Villanueva de La Serena (C.H. de Don Benito- Villanueva de la Serena)	Hospital Universitario de Cáceres (C.H. de Cáceres)
Hospital Siberia-Serena (C.H. de Don Benito- Villanueva de la Serena)	Hospital Ciudad de Coria
Centro Sociosanitario de Mérida	Hospital Campo Arañuelo
Hospital de Mérida (C.H. dl Área de Salud de Mérida)	Hospital Virgen del Puerto
Hospital Tierra de Barros ((C.H. dl Área de Salud de Mérida)	Centro Sociosanitario de Plasencia
Hospital de Santa Justa	

HOSPITALES PRIVADOS

Hospital Quironsalud Clideba	Hospital Quironsalud Cáceres
Hospital Ribera Badajoz	Hospital Parque San Francisco
Hospital de San Antonio	Clínica Soquimex
Hospital Parque Vegas Altas	Hospital Ribera Almendralejo
Casaverde Centro de Rehabilitación Neurológico de Extremadura S.L.	



26 HOSPITALES

- 17 Públicos
- 9 Privados

2 HOSPITALES

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	Total de camas	Puestos de hospital de día
SNS	114.671	21.000
Andalucía	15.826	3.831
Aragón	4.088	444
Principado de Asturias	3.074	764
Illes Balears	2.458	407
Canarias	4.418	593
Cantabria	1.317	289
Castilla y León	6.797	984
Castilla-La Mancha	4.728	633
Cataluña	26.232	5.523
Comunitat Valenciana	10.156	1.413
Extremadura	3.480	341
Galicia	7.409	931
Comunidad de Madrid	12.240	2.602
Región de Murcia	3.570	433
Comunidad Foral de Navarra	1.520	286
País Vasco	6.052	1.373
La Rioja	973	100
Ceuta y Melilla	333	53



32,3

Puestos de hospital de día por cada **100.000** habitantes

3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

	TAC	RM	SPECT	PET
ANDALUCÍA	159	110	31	18
ARAGÓN	28	20	7	4
PRINCIPADO DE ASTURIAS	22	19	4	4
ISLAS BALEARES	26	28	5	2
CANARIAS	40	39	13	5
CANTABRIA	11	9	1	2
CASTILLA Y LEÓN	53	36	11	6
CASTILLA-LA MANCHA	42	30	8	3
CATALUÑA	156	156	28	27
COMUNIDAD VALENCIANA	93	85	14	16
EXTREMADURA	29	13	4	1
GALICIA	54	42	13	7
C. DE MADRID	114	140	30	24
REGIÓN DE MURCIA	31	22	4	4
C. FORAL DE NAVARRA	14	12	4	3
PAÍS VASCO	46	37	7	8
LA RIOJA	6	5	1	1
CEUTA	1	1	0	0
MELILLA	1	0	0	0
TOTAL NACIONAL	926	804	185	135



- 29 TAC
- 13 RM
- 4 SPECT
- 1 PET

PET	Tomografía de emisión de positrones
RM	Resonancia Magnética
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada

4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

La atención especializada en la EA se ve facilitada por **las consultas monográficas**, donde profesionales sanitarios altamente dedicados abordan esta patología. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional centralizado de estas consultas ha generado la necesidad de examinar detenidamente informes de hospitales y servicios de neurología para identificar el número de estas consultas en la Comunidad Autónoma.

Este capítulo presenta una lista detallada de hospitales con consultas de EA identificadas. Otro reto en la identificación de consultas monográficas de EA radica en la diversidad de nomenclaturas empleadas. Estas unidades pueden variar en denominaciones, como "unidad" o "consulta", y abarcar términos como demencias, memoria, deterioro cognitivo, Alzheimer, psicogeriatría entre otros.

La información recopilada no solo destaca estos recursos, sino que también sirve como una guía valiosa para pacientes, familias y profesionales de la salud en la búsqueda de atención especializada.

CENTRO	UNIDAD
Hospital Don Benito - Villanueva de La Serena	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)
Hospital Universitario de Badajoz	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)
Hospital de Mérida	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)
Hospital General De Llerena	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)
Hospital Universitario de Cáceres	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)
Hospital Virgen del Puerto Plasencia	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo (CEDEC)



Se han identificado un total de **6** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

NOTA: Se consideran tanto consultas monográficas públicas como privadas; sin embargo, algunas pueden no estar recogidas, lo que representa una limitación del estudio.

FUENTE: Webs institucionales de hospitales. Acceso: noviembre 2024

HOSPITAL DON BENITO - VILLANUEVA DE LA SERENA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: CEDEC Don Benito-Villanueva de la Serena

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: CEDEC de Badajoz

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

HOSPITAL DE MÉRIDA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: CEDEC de Mérida

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

+

En Extremadura, existen **0,23** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario.

+

Se calcula que la ratio de consultas monográficas y/o unidades especializadas por cada 100.000 habitantes en Extremadura es de **0,38**

HOSPITAL GENERAL DE LLERENA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: CEDEC de Llerena

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: CEDEC de Cáceres

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO PLASENCIA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO*: 3.601 pacientes para primera consulta

LISTA DE ESPERA PRUEBAS*: TAC 1.685 pacientes | RM 4.553 pacientes

5 INSTITUCIONES CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se recogen las instituciones con actividades de investigación y las líneas de investigación relacionadas con la demencia y/o EA en Extremadura.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

No se han identificado Institutos de Investigación Sanitaria acreditados con líneas de investigación relacionadas con demencia o Alzheimer en Extremadura.

OTRAS INSTITUCIONES

Instituto de Investigación Biosanitaria de Badajoz (INUBE).

+

Se han identificado un total de **1** institución con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>Unidad de Enfermedades Neurodegenerativas CTS038 - Neurodegeneración. Mecanismos moleculares y modos de protección INUBE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de agentes neuroprotectores a partir de sustancias de origen natural. • Neurodegeneración y Neuroprotección. • Aproximaciones proteómicas, genómicas, transcriptómicas y metabolómicas. • Biomarcadores de diagnóstico y pronóstico.

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

A continuación, se incluye el listado de los ensayos clínicos autorizados en **Extremadura** según el Registro Español de Ensayos Clínicos (REEC).

CÓDIGOS EECC

2013-001119-54	2016-003440-36
2014-002601-38	2016-004128-42
2015-000967-15	2017-001800-31
2015-003034-27	2017-001365-24
2015-005625-39	2017-002702-12
2016-000108-27	2020-000766-42
2016-003288-20	

+ **13** Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Extremadura

DATOS SOBRE EECC EN EXTREMADURA

En Extremadura existen **0,50 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en Extremadura es de **1,23**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN EXTREMADURA

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2013-001119-54	Progreso de la enfermedad de Alzheimer leve en pacientes con Solanezumab versus Placebo.
2014-002601-38	Estudio para valorar el efecto de AZD3293 en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial.
2015-000967-15	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2015-003034-27	Estudio en fase III, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de crenezumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer de prodrómica a leve.
2015-005625-39	Estudio de LY3314814 en participantes con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve (Daybreak).
2016-000108-27	Estudio fase 3 destinado a probar si el fármaco frena la progresión de la enfermedad en pacientes con problemas de memoria leves (enfermedad de Alzheimer prodromica).
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodromica a leve.
2016-003440-36	Un estudio de LY3314814 (AZD3293) en la enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2016-004128-42	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2017-001800-31	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer de prodromal a leve.
2017-001365-24	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana..
2017-002702-12	Extensión de fase Abierta de CREAD: Estudio de Crenezumab para evaluar eficacia y seguridad en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) de prodrómica a leve.
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer.

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

FEDERACIÓN EXTREMEÑA DE ALZHEIMER	alzheimerextremadura@hotmail.com	924316731 / 635511507
ALZHEIMER TIERRA DE BARROS	supervision@alzheimertierradebarros.es	924667057 / 657279202
AFAEX	sede@afaex.org	924229178 / 625980691
AFAD JEREZ SIERRA SUROESTE	afadjerezsierrasuroeste@gmail.com	924145774 / 699238359
AFAD LLERENA	afenadcad@gmail.com	924871499 / 637819494
AFA MÉRIDA	afamerida@hotmail.com	924235070 / 646166537
AFAD RECUERDA EXTREMADURA	afads@afads.org	627564183 / 924803111
AFAD ZAFRA	afadeal@gmail.com	697536686
ASOCIACIÓN CACEREÑA DE FAMILIARES DE PERSONAS COM ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	alzeicaceres@gmail.com	927223757 / 606699779
AFA VALLE DEL AMBROZ	afeava@valledelambroz.com	647233984 / 927473713
AFADS NORTE CÁCERES	alzheimer.plas@outlook.com	927425239



10

Asociaciones de Familiares y Pacientes en Extremadura

DATOS SOBRE LAS AFAS EN EXTREMADURA

43%

de los expertos encuestados consideran que no se tiene en cuenta la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA. El **29%** de los encuestados lo desconoce.

57%

de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones, incluido la propia Asociación. El resto de encuestados afirman la participación de la AFA como **NULA**.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos. FUENTE: Confederación Española de Alzheimer CEAFA.

8 PLAZAS MIR

Las plazas MIR para residentes en las especialidades de **neurología, psiquiatría, geriatría y medicina familiar y comunitaria** en **Extremadura** constituyen un elemento fundamental del manejo de las personas con EA. Esta información adquiere gran relevancia al considerar que estos residentes no solo representan nuevos recursos humanos, sino también futuros especialistas destinados a desempeñar un papel crucial en el tratamiento de personas con EA. El conocimiento de las plazas de cada una de las especialidades proporciona una visión detallada de la capacidad de formación y desarrollo de especialistas en estas áreas clave de la atención médica local.



PLAZAS MIR 2024

- **3 Neurología**
- **3 Geriatría**
- **9 Psiquiatría**
- **98 Medicina familiar y comunitaria**

A continuación, se incluyen el número de plazas para las diferentes especialidades hospitalarias de interés para el manejo de la EA:

NEUROLOGÍA

BADAJOS	C.H. UNIVERSITARIO DE BADAJOS	2
CÁCERES	C.H. UNIVERSITARIO DE CÁCERES	1

PSIQUIATRÍA

BADAJOS	UDM SALUD MENTAL C.H. UNIVERSITARIO DE BADAJOS	2
BADAJOS	UDM SALUD MENTAL DEL C.H. DE MÉRIDA	1
CÁCERES	UDM SALUD MENTAL DEL C.H. UNIVERSITARIO DE CÁCERES	2
CÁCERES	UDM SALUD MENTAL DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA	4

GERIATRÍA

CÁCERES	UDM GERIATRÍA H. VIRGEN DEL PUERTO	1
CÁCERES	UDM GERIATRÍA DEL C.H. DE CÁCERES	2

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

BADAJOS	UDM AFYC ÁREA DE SALUD BADAJOS	29
BADAJOS	UDM AFYC ÁREA DE SALUD DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA	16
BADAJOS	UDM AFYC ÁREA DE SALUD LLERENA-ZAFRA	6
BADAJOS	UDM AFYC ÁREA DE SALUD MÉRIDA	10
CÁCERES	UDM AFYC AREA DE SALUD CACERES	18
CÁCERES	UDM AFYC AREA DE SALUD DE CORIA	4
CÁCERES	UDM AFYC DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA	6
CÁCERES	UDM AFYC PLASENCIA	9

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

43%

de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en Extremadura es **MODERADO**.

57%

de los profesionales sanitarios afirman que no se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

Escala: NULO (1-1,5); **BAJO** (1,5-2,5); **MEDIO** (2,5-3,5); **ALTO** (3,5-4,5); **MUY ALTO** (4,5 – 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos. **FUENTE:** Boletín Oficial del Estado. Orden SND/888/2024. BOE-A-2024-17246

9 DEPENDENCIA

La dependencia se refiere al **estado de carácter permanente** en el que se encuentran las personas que, debido a factores como la edad, la enfermedad o la discapacidad, requieren la atención de otra persona o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

La **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** reconoce el derecho de los ciudadanos a la promoción de la autonomía personal y a la atención de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia.

GRADOS DE DEPENDENCIA

- **Dependencia moderada (Grado I):** si necesita apoyo al menos una vez al día para realizar ciertas actividades básicas de la vida cotidiana (asearse, comer, ir a la compra, etc.) o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Dependencia severa (Grado II):** si necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal
- **Gran dependencia (Grado III):** si necesita ayuda varias veces al día o cuando por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.



El **Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia** es un Ente público que tiene por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociosanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, y desarrollo y coordinación de las políticas sociales de atención a personas con discapacidad y mayores.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

TELEASISTENCIA

Consiste en un servicio, en el que, a través de un **dispositivo instalado en el domicilio de la persona**, se desencadena, en caso de necesidad, una **señal de alarma que identifica una central de atención**. Los profesionales de dicha central se ponen en contacto telefónico con el interesado o, si lo requiere, envían ayuda urgente al domicilio de la persona.

Esta ayuda se solicita en el **Servicio de Atención Social Básica del Ayuntamiento** de la localidad donde reside **o en el Servicio Extremeño de Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD)** una vez obtenido el reconocimiento de la situación de dependencia.

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

El SEPAD ofrece una serie de servicios dirigidos a la promoción de la autonomía personal, tales como:

- **Funcionamiento cognitivo.** Prevenir el deterioro cognitivo y así la aparición de la dependencia, a través de programas como “Ajedrez Saludable”; “Entrenamiento de la Memoria”
- **Participación social y cultural.** Promover la participación activa del colectivo en ámbitos sociales, culturales y políticos, facilitar la creación de redes sociales estables y grupos de apoyo, a través de programas como: Clubes de Lectura y otras actividades culturales, Certamen Literario Experiencia y Vida, Programas Intergeneracionales, Voluntariado, etc.
- **Seguridad física y emocional.** Reducir los factores predisponentes de enfermedades prevalentes, crear conciencia e incrementar hábitos de vida saludable, a través de programas como “El Ejercicio Te Cuida”, Estrategia de cronicidad y Plan de Salud del SES, Escuelas de Cuidados y Salud del SES, Programa para la Prevención de Caídas: “8 pasos”, Acciones Formativas para la Prevención de la Violencia de Género y del Maltrato a las Personas Mayores.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

El objetivo de este servicio es mejorar la calidad de vida de las personas o grupos familiares con dificultades en su autonomía y prevenir situaciones de deterioro personal y social.

Se refiere al conjunto de **actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia**, con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible y retardando una posible institucionalización.

Este Servicio comprende la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas, mediante las siguientes actuaciones:

- **Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o personales:** limpieza, aseo y cuidado, cocina, supervisión de toma medicación, cambios posturales a encamados, etc.
- **Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria,** como acompañamiento fuera del domicilio, apoyo psicosocial, compras, gestiones, etc.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

CENTROS DE DÍA Y/O UNIDADES RESIDENCIALES DE DÍA

Su **objetivo** es facilitar la **permanencia de las personas en su entorno habitual**, evitando o retrasando la institucionalización. Además, ayuda a descargar a las familias durante el día, cuando puedan estar trabajando u ocupadas. Ofrece distintos servicios como, por ejemplo: **la asistencia a actividades de la vida diaria, atención sanitaria y rehabilitación, terapias ocupacionales y recreativas o fomento de la socialización y mantenimiento de las capacidades cognitivas y físicas.**

Las unidades residenciales de día ofrecen **servicios similares**, pero están **integradas dentro de una residencia de mayores**, aunque los asistentes a estas solo lo hacen durante el día

237

CENTROS DE DÍA

17 CENTROS DE DÍA DE
DEMENCIAS

CENTROS RESIDENCIALES

Instalaciones donde las personas en situación de dependencia residen de manera permanente o temporal. En ellas, se ofrecen **servicios completos** como, por ejemplo: atención sanitaria y de enfermería continuada, rehabilitación y terapias, alimentación y nutrición, asistencia emocional y psicosocial, actividades sociales y recreativas o incluso atención especializada, por ejemplo, a personas con demencias o Alzheimer.

295

RESIDENCIAS

3 CENTROS RESIDENCIALES
DE DEMENCIAS

PRESTACIONES ECONÓMICAS

El reconocimiento de la situación de dependencia es un acto que garantiza el **derecho a las prestaciones y servicios reconocidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** y de ésta manera poder atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

El importe de cada prestación individual depende de una fórmula matemática, si bien, existen unos importes máximos y mínimos dependiendo del tipo de prestación y el grado de dependencia:

GRADO\PRESTACIÓN	VINCULADA AL SERVICIO	ASISTENTE PERSONAL	ENTORNOS
III	715,07	715,07	387,64
II	426,12	426,12	268,79
I	300	300	153

*Las prestaciones económicas vinculadas a servicios se reconocen únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público de atención y cuidado.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: todos los expertos encuestados afirman que la teleasistencia, los centros de día y las residencias son los recursos habitualmente disponibles para la dependencia; un **76%** de los expertos encuestados también mencionan la asistencia domiciliaria.

OFERTA DE OTROS RECURSOS: un **100%** de los expertos encuestados opinan que el recurso más ofertado es recurso de apoyo a la dependencia.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En **Extremadura** se han iniciado terapias no farmacológicas innovadoras tales como:

- **Jornadas Interdisciplinarias de FAEX:** la Federación Extremeña de Alzheimer (FAEX) organiza periódicamente jornadas dirigidas a profesionales del ámbito de las demencias. Estas sesiones buscan compartir buenas prácticas y mejorar la atención y calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.
- **Formación en Zonas Rurales:** FAEX también lleva a cabo talleres formativos en áreas rurales, con el objetivo de acercar información y recursos a comunidades con menor acceso a servicios especializado.
- **Colaboración con la Plataforma Stimulus Salud:** FAEX ha unido fuerzas con Stimulus Salud para avanzar en la innovación tecnológica aplicada a terapias para demencias. Esta colaboración facilita el acceso a herramientas de estimulación y rehabilitación cognitiva para las asociaciones de familiares de personas con EA en la comunidad.
- **Proyecto de Formación en Zonas Rurales de CEAFA y Cinfa:** la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) y Cinfa han implementado un proyecto formativo en zonas rurales de Extremadura, dirigido a cuidadores y familiares de personas con EA. Este programa busca mejorar la formación sobre la enfermedad y facilitar información sobre recursos y servicios disponibles.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



Fortalecer la detección y el seguimiento en atención primaria:

- Implementar estrategias de detección temprana para identificar pacientes con riesgo de demencia en fases iniciales.
- Aumentar el tiempo disponible en consulta para médicos de atención primaria para una evaluación más detallada de los síntomas de deterioro cognitivo.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre protocolos de detección, manejo y seguimiento de la EA, alineados con el PIDEX.

Optimizar el acceso a diagnósticos avanzados:

- Garantizar la disponibilidad de herramientas diagnósticas clave como TAC, resonancias magnéticas y neuroimagen funcional en los hospitales de Extremadura.
- Reducir los tiempos de espera para las pruebas diagnósticas avanzadas, como biomarcadores en LCR y PET, mediante la contratación de más profesionales y la mejora en la infraestructura tecnológica.

Mejorar el acceso a tratamientos no farmacológicos:

- Incrementar la oferta de programas como estimulación cognitiva, talleres de memoria y terapias de orientación a la realidad en todo el territorio.
- Ampliar las plazas en centros de día y fomentar la implementación de terapias no farmacológicas innovadoras, como la reminiscencia y las intervenciones asistida con animales.

Reforzar la coordinación entre niveles asistenciales

- Establecer circuitos de derivación claros entre atención primaria y hospitalaria, especialmente para el acceso a especialistas en neurología y geriatría.
- Potenciar la integración entre servicios sociales y sanitarios, promoviendo un enfoque multidisciplinar en la atención de las personas con demencia y sus cuidadores.

Revisión y actualización del PIDEX:

- Evaluar periódicamente la implementación del Plan Integral de Atención al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX) para garantizar su alineación con las necesidades actuales.
- Incorporar nuevas estrategias de prevención y atención basadas en evidencia para enfrentar las crecientes demandas relacionadas con el Alzheimer y otras demencias.

Aunque las preguntas realizadas y la metodología para obtener la información son diferentes respecto al estudio MaPEA realizado en 2017, se pueden extraer algunas conclusiones generales que se presentan a continuación:

HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

- La implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** en Extremadura presenta un avance **limitado**, con áreas críticas de mejora, especialmente en su integración con la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS.
- La **actualización del PIDEX** y la **elaboración de nuevos planes asistenciales**, como el Proceso Asistencial Integrado (PAI) en desarrollo, representan oportunidades para mejorar la atención integral y coordinada.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
 - Se identifican importantes barreras en la detección y el diagnóstico temprano, incluyendo la falta de recursos especializados y la sobrecarga en atención primaria.
 - Los tiempos de espera para pruebas diagnósticas avanzadas y tratamientos representan un desafío para la equidad y eficacia del sistema. Extremadura presenta carencias significativas en el acceso a tecnologías diagnósticas avanzadas como PET y neuroimagen funcional, además de una limitada disponibilidad de profesionales especializados en geriatría y neuropsicología.
 - Aunque existen tratamientos no farmacológicos, su cobertura y accesibilidad requieren expansión, especialmente en áreas rurales.

RECURSOS:

- En comparación con **2017**, Extremadura **no** ha experimentado **un notable incremento en los recursos tecnológicos** de salud: el número de TACs ha variado de **24** a **29**, los RMs se han reducido de **14** a **13**, los SPECT se mantienen en **4**, al igual que los PET que se mantienen en **1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

GLOSARIO

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFA	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ApoE	Apolipoproteína E
CEAFA	Confederación Española de Alzheimer
CEDEC	Consulta Especializada en Deterioro Cognitivo
EA	Enfermedad de Alzheimer
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
FADEX	Federación Extremeña de Alzheimer
HCE	Historia clínica electrónica
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMES	Minimental State Examination
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
PIDEX	Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura
PIECC	Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares de Extremadura 2024-2027
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
RM	Resonancia Magnética
SEPAD	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
SES	Servicio Extremeño de Salud
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada



Proyecto MapEA



ANEXOS

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BADAJOZ (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Piso tutelado de Aceuchal	Aceuchal	924 68 74 64
Residencia de mayores Juan Espino Marín	Ahillones	924 87 60 01
Residencia Nuestra Señora de la Milagrosa	Alange	695 91 02 60 / 924 11 45 78
Residencia Las Caleñas	Albuera (La)	673 41 72 93 / 638 85 01 50
Residencia de mayores de La Albuera	Albuera (La)	924 48 00 88
Residencia de mayores Nuestra Señora de Carrión	Alburquerque	924 40 16 55
Residencia municipal Santa Lucía	Alburquerque	924 40 00 23
Residencia Los Baldíos	Alburquerque	924 40 11 38
Centro residencial de Alconchel	Alconchel	924 42 05 05
Residencia de mayores de Alconera	Alconera	924 57 00 07
Residencia COMSER	Almendralejo	924 67 71 76
Residencia Nuestra Señora de la Piedad	Almendralejo	924 01 76 20 / 924 01 76 21
Fundación San Juan de Dios de Extremadura	Almendralejo	924 67 00 17 / 924 66 50 37
Residencia Nuestra Señora de Perales	Arroyo de San Serván	924 34 27 50
Hogar San José	Azuaga	924 89 01 04
Residencia club Fuente Atenor	Azuaga	924 01 87 38
Puente Real Palacio de Guadiana	Badajoz	924 17 13 60
DomusVi Ciudad de Badajoz	Badajoz	924 28 65 30
Residencia de mayores Puente Real I	Badajoz	924 28 60 65
Residencia de mayores Puente Real II	Badajoz	924 28 67 08
Caser Residencial Guadiana	Badajoz	924 26 21 00

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BADAJOZ (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Santa Teresa Jornet	Don Benito	924 80 17 26
Hospital San Antonio	Don Benito	924 80 85 75
Residencia El Encinar de las Cruces	Don Benito	924 81 25 99
Residencia Alonso de Mendoza	Don Benito	924 02 18 50
Pisos tutelados Santa Cristina	Esparragosa de Lares	924 63 35 70
Piso tutelado de Feria	Feria	924 69 42 47
Piso tutelado de Fregenal de la Sierra	Fregenal de la Sierra	924 70 08 08
Residencia de Fuenlabrada de los Montes	Fuenlabrada de los Montes	924 65 60 05
Residencia club de ancianos Nuestra Señora de Guadalupe	Fuente de Cantos	924 50 03 35
Residencia de mayores La Molineta	Fuente del Arco	924 87 82 49
Residencia Virgen de la Cabeza	Fuente del Maestre	924 53 00 33
Piso tutelado de Fuentes de León - Residencia Santa Ana	Fuentes de León	924 72 44 50
Residencia municipal	Garbayuela	924 63 56 01
Residencia de mayores de Granja de Torrehermosa	Granja de Torrehermosa	678 86 05 29 / 924 89 50 11
Residencia de Guareña	Guareña	924 35 13 41
Residencia La Naciente	Helechosa de los Montes	924 65 80 11 / 924 65 83 19
Residencia La Siberia	Herrera del Duque	924 01 99 85
Residencia Higuera Serena	Higuera de la Serena	924 77 17 35 / 692 16 82 69
Pisos tutelados	Higuera de Vargas	924 42 43 45
Piso tutelado de Higuera la Real	Higuera la Real	924 72 70 01
Residencia de ancianos Nuestra Señora de los Remedios	Hornachos	924 53 42 35

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BADAJOZ (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Hernando de Soto	Jerez de los Caballeros	924 02 57 50 / 924 02 57 52
Centro residencial mixto de Llerena	Llerena	924 87 20 69
Residencia de mayores El Balcón	Magacela	924 85 31 97
Residencia de Medina de las Torres	Medina de las Torres	924 56 00 07
Casaverde Centro de Rehabilitación Neurológica	Mérida	924 38 03 30
Rosalba Mérida	Mérida	924 38 86 73
Residencia de mayores El Prado	Mérida	924 00 95 80
Residencia geriátrica Los Olivos	Mérida	924 31 07 55
Hogar Santa Teresa Jornet	Mérida	924 31 39 04
Residencia de mayores de Monesterio	Monesterio	924 71 19 70
Residencia de Montemolín	Montemolín	924 51 02 58
Pisos tutelados de Monterrubio de la Serena	Monterrubio de la Serena	924 61 05 86
Residencia de mayores Virgen de Barbaño	Montijo	924 45 51 54
Centro Residencial El Valle	Montijo	924 45 92 79
Centro Residencial Eugenia de Montijo	Montijo	924 45 03 81 / 924 45 03 82
Residencia de Navalvillar de Pela	Navalvillar de Pela	924 86 18 00
Pisos tutelados de Oliva de la Frontera	Oliva de la Frontera	924 75 44 54
Hospital y Santa Casa de Misericordia	Olivenza	924 49 03 70 / 924 49 01 60
Residencia de mayores Virgen de Guadalupe	Olivenza	924 49 01 86 / 924 49 29 34
Caser Residencial Olivenza	Olivenza	924 49 13 05
Piso tutelado	Orellana la Vieja	747 78 32 79

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BADAJOZ (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencial mixta de Peñalsordo	Peñalsordo	924 61 43 39
Residencia Virgen de Fátima	Peraleda del Zaucejo	924 63 66 31
Residencia San Antón	Puebla de Alcocer	924 62 02 75
Residencia El Chalet	Puebla de la Calzada	622 14 74 86
Hogar club con piso tutelado de Puebla del Maestre	Puebla del Maestre	924 51 21 92
Residencia de mayores de Quintana de la Serena	Quintana de la Serena	924 77 76 22
Residencia de mayores de Retamal de Llerena	Retamal de Llerena	924 77 41 71
Residencia geriátrica San Juan Macías	Ribera del Fresno	924 53 72 80 / 606 81 83 17
Piso tutelado	Salvaleón	924 75 28 85
Pisos tutelados de San Vicente de Alcántara	San Vicente de Alcántara	924 41 02 57
Residencia Sociosanitaria San Vicente	San Vicente de Alcántara	924 41 08 35 / 924 41 10 32
Residencia de mayores de Sancti Spiritus	Sancti-Spíritus	924 62 40 01
Residencia San Miguel	Santa Amalia	652 83 38 35
Centro Residencial Mixto de Santa Marta	Santa Marta	924 69 09 95
Residencia de mayores Antonio Zapata	Santos de Maimona (Los)	924 57 15 35
Residencia de mayores San Roque	Segura de León	924 70 30 11 / 924 72 24 01
Residencia Mixta Virgen de Altagracia	Siruela	924 63 41 25 / 924 63 80 24
Residencia Geriátrica San Roque	Talarrubias	924 63 80 23
Pisos tutelados de Talarrubias	Talarrubias	924 63 16 19
Piso tutelado de Talavera la Real	Talavera la Real	924 44 13 07
Residencia de mayores	Tamurejo	924 63 31 35

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BADAJOZ (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores Metrópolis Gerisalud Extremadura	Torre de Miguel Sesmero	924 48 32 77
Residencia Alguijuela	Torremayor	924 45 53 72
Residencia de mayores de Valle de la Serena	Valle de la Serena	924 77 80 01
Residencia de mayores de Valle de Santa Ana	Valle de Santa Ana	924 75 35 01
Centro Residencial Juan Carlos Rodríguez Ibarra	Villafranca de los Barros	924 17 56 00
Centro Residencial La Coronada	Villafranca de los Barros	924 02 87 78
Residencia CK Villafranca	Villafranca de los Barros	924 91 04 11
Hogar Residencia Nuestra Señora de los Ángeles	Villafranca de los Barros	924 52 42 00 / 924 52 41 37
Residencia Amalia Marroquín Real	Villalba de los Barros	924 68 50 54
Residencia 3ª edad La Salud	Villanueva de la Serena	924 84 77 33
Centro Residencial San Francisco	Villanueva de la Serena	924 02 18 82 / 924 02 18 84
Centro Residencial Felipe Trigo	Villanueva de la Serena	924 02 18 28
Residencia de mayores de Villanueva del Fresno	Villanueva del Fresno	648 16 73 69
Pisos tutelados y Residencia Virgen de la Rivera	Villar del Rey	924 41 43 82
Residencia Nuestra Señora de los Ángeles	Zafra	924 55 26 52
Residencia de mayores Sierra Pinar	Zafra	924 56 32 00
Residencia de personas mayores Alcalde Don José González Barrero	Zafra	924 55 56 56
Residencia Adolfo Suárez	Zalamea de la Serena	924 78 00 32
Residencia de mayores de La Zarza	Zarza (La)	924 09 63 31
Residencia de mayores de Zarza-Capilla	Zarza-Capilla	924 61 92 24

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Pisos tutelados de Acehúche	Acehúche	927 37 41 42
Residencia municipal	Aceituna	927 43 10 82
Residencia Nuestra Señora de la Asunción	Ahigal	927 43 90 10
Residencia de mayores La Esperanza	Albalá	927 38 22 05
Residencia de mayores de Alcántara	Alcántara	927 39 01 35
Residencia de mayores María Inmaculada	Alcollarín	927 34 09 99
Casa de la Misericordia	Alcuéscar	927 12 00 24
Residencia de mayores Amada Corral	Alcuéscar	927 38 45 19
Residencia Francisco Sánchez Salazar	Aldea del Cano	927 38 30 90
Residencia municipal	Aldeacentenera	927 31 41 66
Residencia municipal	Aldeanueva del Camino	927 48 40 48
Residencia Fundación Masides	Aldeanueva del Camino	927 48 40 11
Residencia Virgen de la Concepción	Alía	619 28 98 67
Residencia de ancianos Angelita Olgado	Aliseda	927 27 73 53
Residencia geriátrica Catalina Curiel	Almaraz	927 54 40 85
Pisos tutelados para personas mayores de Almoharín	Almoharín	927 38 62 24
Residencia de mayores Virgen de la Luz	Arroyo de la Luz	927 27 22 29
Residencia de mayores	Arroyomolinos	927 38 50 02
Residencial Banium	Baños de Montemayor	927 48 80 17
Residencia de mayores Nuestra Señora de Guadalupe	Bohonal de Ibor	927 57 42 62 / 609 32 07 42
Fundación Condesa de la Encina - Residencia Nuestro Hogar	Brozas	927 39 50 23

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de Brozas	Brozas	927 37 30 64
Residencia Peñas Albas	Cabezuela del Valle	927 47 20 04
Residencia de mayores La Consolación	Cáceres	927 22 44 74
Residencia Ciudad Jardín Cánovas	Cáceres	927 22 32 21 / 927 22 32 53
Residencia asistida de mayores El Cuartillo	Cáceres	927 00 52 80
Pisos tutelados Virgen del Rosario	Cáceres	927 24 30 06
Residencia Ciudad Jardín Parque del Príncipe	Cáceres	927 24 44 21
Residencia Nuestra Señora del Rosario	Cáceres	927 21 14 15 / 927 21 15 18
Residencia San Jorge	Cáceres	927 62 80 10
Centro Residencial Cervantes de Cáceres	Cáceres	927 00 55 70
Residencia GERYVIDA	Cáceres	927 10 18 00
Residencia Santa Teresa	Cáceres	927 23 31 50
Residencia de mayores La Hacienda	Cáceres	927 62 61 60
Residencia de mayores Santa Catalina	Calzadilla	927 14 64 58
Pisos tutelados de Calzadilla	Calzadilla	924 14 63 98
Residencia de mayores Nuestra Señora de los Ángeles	Campo Lugar	927 11 90 21
Piso tutelado municipal de Cañamero	Cañamero	927 15 72 14
Residencia San Roque - Pisos tutelados	Cañaveral	927 30 00 06
Residencia de mayores	Carbajo	927 19 14 12
Residencia de mayores Virgen de Guadalupe	Carrascalejo	927 55 50 51
Hogar club con pisos tutelados de Casar de Cáceres	Casar de Cáceres	927 29 11 96

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Virgen de la Montaña I	Casar de Cáceres	927 29 05 50
Residencia de mayores Rosario Terrón	Casar de Palomero	927 43 60 02
Residencia de 3ª edad Madre Francisca	Casar de Palomero	927 43 60 31 / 927 43 63 66
Residencia de mayores Balcón Hurdano	Casares de las Hurdes	927 19 73 75
Centro de mayores Sierra de San Pedro	Casas de Don Antonio	927 38 32 58
Pisos tutelados para mayores de Casas de Millán	Casas de Millán	621 25 76 14
Residencia El Cerro	Casas del Castañar	927 47 85 83
Residencia de mayores	Casas del Monte	927 17 92 64
Centro Sociosanitario de Casatejada	Casatejada	927 12 69 32
Centro Residencial Casillas de Coria	Casillas de Coria	927 14 62 02
Pisos tutelados de Ceclavín	Ceclavín	927 37 46 55
Residencia de mayores La Hermandad	Cedillo	927 59 01 45
Residencia La Inmaculada	Coria	927 50 07 23
Residencia de ancianos San Nicolás de Bari	Coria	927 50 02 02
Patronato Residencia de Ancianos	Coria	927 50 80 50
Residencia Nuestra Señora de la Asunción	Cumbre (La)	927 33 10 04
Residencia de mayores de Deleitosa	Deleitosa	927 54 01 49
Residencia Nuestra Señora de la Asunción	Galisteo	649 59 46 18
Residencia Santa Ana	Garciaz	927 33 20 59
Residencia municipal	Garrovillas de Alconétar	927 30 96 57
Centro Residencial Sierra de Gata	Gata	927 01 57 05 / 927 01 57 06

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores	Guadalupe	927 36 70 06 / 927 36 74 68
Pisos tutelados	Guijo de Granadilla	927 43 92 56
Residencia de mayores	Herguijuela	667 58 30 32
Residencia Las Eras	Hernán-Pérez	927 44 51 27
Residencia de mayores	Herrera de Alcántara	927 59 10 06
Residencia de mayores de Hervás	Hervás	927 47 34 10
Residencia de mayores de Hinojal	Hinojal	927 28 60 81
Residencia Villa de Hoyos	Hoyos	927 51 40 02
Hogar club con pisos tutelados Don Eladio Viñuelas	Ibahernando	927 33 02 28
Residencia de mayores	Jaraicejo	927 33 60 04
Residencia de mayores de Jaraíz de la Vera	Jaraíz de la Vera	927 01 40 19
Residencia de mayores FEMAR	Logrosán	927 36 04 30
Residencia Geriátrica Buenavista, S. L.	Losar de la Vera	927 57 01 89
Centro Sociosanitario Servimayor Losar	Losar de la Vera	927 19 86 58
Piso tutelado Ángeles Bujanda	Losar de la Vera	927 57 03 32
Residencia de 3ª edad Madrigal	Madrigal de la Vera	927 56 53 19
Residencia Cristo de la Luz	Madrigal de la Vera	927 56 55 84
Pisos tutelados de Madrigalejo	Madrigalejo	672 61 46 83
Residencia geriátrica Madroñera	Madroñera	605 90 31 29 / 927 33 42 19
Residencia San Sebastián	Majadas	927 57 72 27
Piso tutelado de Malpartida de Cáceres	Malpartida de Cáceres	927 27 56 04

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia municipal Santa Ana	Malpartida de Cáceres	927 27 64 71
Residencia geriátrica Nuestra Señora de la Luz	Malpartida de Plasencia	927 45 91 00 / 927 45 91 67 / 927 45 93 91
Piso tutelado de mayores de Malpartida de Plasencia	Malpartida de Plasencia	927 45 95 37
Residencia municipal	Mata de Alcántara	927 37 10 32
Residencia Virgen de Guadalupe	Membrío	927 59 41 07
Residencia San Rafael	Membrío	927 59 41 96 / 927 59 41 80
Residencia Molineros de Ibor	Mesas de Ibor	927 57 48 09
Residencia geriátrica Novoger Miajadas, S. L.	Miajadas	927 16 11 59
Residencia de mayores San Martín de Porres	Miajadas	927 34 73 27
Residencia Sierra de los Canchos	Mirabel	927 45 00 36
Residencia de mayores	Monroy	927 28 03 71
Balcón de Extremadura	Montánchez	927 38 05 16
Residencia Los Molinos	Montehermoso	927 30 13 91
Residencia Mirasierra	Moraleja	927 19 32 16 / 638 05 19 53
Residencia de mayores San Blas	Moraleja	927 51 53 44
Residencia de mayores Virgen de la Vega	Moraleja	927 14 72 97
Residencia Santísimo Cristo del Valle	Navaconcejo	927 17 31 78
Real de Navalmoral para Mayores	Navalmoral de la Mata	927 53 33 22
Residencia de mayores San Miguel	Navalmoral de la Mata	927 53 83 10
Residencia de ancianos María Ángeles Bujanda	Navalmoral de la Mata	927 01 67 58 / 927 01 67 59
Pisos tutelados de Navas del Madroño	Navas del Madroño	927 37 53 27 / 927 37 53 27

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Santiago Apóstol	Navezuelas	927 15 16 29
Residencia club de ancianos Las Hurdes	Nuñomoral	927 01 58 29
Cottolengo del Padre Alegre	Nuñomoral	927 43 33 29
Residencia María de Luna	Pasarón de la Vera	672 66 40 50
Centro Residencial Peraleda de la Mata	Peraleda de la Mata	927 55 92 09 / 681 31 32 26
Residencia La Casa Blanca	Perales del Puerto	927 51 41 94
Residencia de mayores de Pescueza	Pescueza	927 14 07 68
Residencia Mirador de los Ángeles	Pesga (La)	927 67 46 09
Casa de la Misericordia Padre Leocadio	Pinofranqueado	927 67 43 03
Residencia de mayores de Pinofranqueado	Pinofranqueado	927 67 42 76
Residencia para personas mayores Tormantos con pisos tutelados	Piornal	927 47 63 91
Residencia Virgen del Puerto	Plasencia	927 80 51 01
Asilo de ancianos - Hermanitas de los Pobres	Plasencia	927 41 55 50 / 927 41 75 56
Residencia de mayores Los Pinos	Plasencia	927 40 16 69
Centro Residencial San Francisco	Plasencia	927 01 73 40
Hogar de Nazaret	Plasencia	927 41 65 63
Residencia Padre Damián	Plasenzuela	927 31 37 45
Residencia de mayores	Portaje	927 14 67 43
Residencia San Gregorio	Pozuelo de Zarzón	927 44 84 65
Residencia con pisos tutelados de Riobobos	Riobobos	927 45 30 15
Residencia de mayores	Robledillo de Trujillo	927 31 30 08

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (VII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores Pablo Naranjo	Romangordo	927 57 65 23
Residencia Nuestra Señora del Carmen	Rosalejo	927 55 03 99 / 646 62 76 28
Residencia de Salorino	Salorino	927 59 30 11
Pisos tutelados	Salvatierra de Santiago	927 33 72 09
Residencia San Miguel	San Martín de Trevejo	927 14 42 96
Residencia de mayores	Santa Ana	927 33 71 02
Residencia de mayores	Santa Marta de Magasca	927 28 40 21
Residencia de mayores La Soledad	Santiago del Campo	927 28 32 72
Pisos tutelados de Serradilla	Serradilla	927 40 70 02
Pisos tutelados Los Naranjos	Sierra de Fuentes	648 08 22 65 / 927 20 00 01
Residencia municipal de mayores de Talaván	Talaván	927 28 52 24
Residencia El Romeral	Talayuela	927 66 70 61
Residencia municipal de mayores	Talayuela	927 55 15 65
Residencia Los Mimbrales	Talayuela	927 57 85 46
Residencia Virgen de la Piedad	Torno (El)	927 17 50 94
Residencia Virgen de la Asunción	Torre de Don Miguel	927 44 10 97
Residencia Nuestra Señora de la Asunción	Torre de Santa María	927 38 85 13
Residencia Iluminada Martín de Ovelar	Torrecilla de los Ángeles	927 67 72 14 / 681 31 32 26
Residencia de mayores de Torrecillas de la Tiesa	Torrecillas de la Tiesa	927 33 80 76
Residencia Santa Isabel	Torrejuncillo	927 30 30 08
Residencia de válidos municipal Santísimo Cristo del Humilladero	Torremoncha	927 12 73 61

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – CÁCERES (VIII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores municipal	Torreorgaz	927 20 50 01
Residencia El Molino	Torrequemada	927 20 51 82
Residencia Porta Coeli	Trujillo	927 32 25 80
Residencia de mayores El Conquistador	Trujillo	689 87 23 58 / 686 66 00 75
Hogar Santa Isabel	Trujillo	927 34 14 00
Residencia de mayores San Blas	Valdecañas de Tajo	927 54 20 21
Residencia San Agustín	Valdefuentes	685 94 41 34
Pisos tutelados de Valdefuentes	Valdefuentes	927 38 80 01
Residencia municipal para mayores	Valdemorales	927 38 61 77
Residencia municipal	Valdeobispo	927 45 60 85
Hogar residencia San Pedro de Alcántara	Valencia de Alcántara	927 58 06 24
Residencia Buenos Aires	Valencia de Alcántara	927 58 24 22
Residencia Virgen de Fuentes Claras	Valverde de la Vera	927 56 62 22
Hogar de 3ª edad con pisos tutelados de Valverde del Fresno	Valverde del Fresno	927 51 06 37
Residencia El Encinar	Vegaviana	927 14 10 14 / 927 19 48 92
Piso tutelado Maestro Marino Timón	Viandar de la Vera	927 57 36 31
Residencia municipal	Villa del Campo	927 44 84 09
Residencia municipal de Villa del Rey	Villa del Rey	927 39 51 54
Residencia de mayores	Villamesías	927 16 54 04
Residencia de personas mayores Dios Padre	Villanueva de la Sierra	682 65 22 50 / 681 10 04 73
Residencia de la tercera edad El Prado	Villanueva de la Vera	927 56 73 58 / 927 56 63 05
Residencia Siete Villas	Villasbuenas de Gata	927 67 38 78
Residencia Marson	Zarza de Granadilla	927 83 22 00
Residencia de mayores de Zarza la Mayor	Zarza la Mayor	927 37 01 85
Pisos tutelados	Zorita	927 34 00 02

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Aceuchal	Aceuchal	924 68 00 03
Unidad residencial de día Juan Espino Marín	Ahillones	924 87 60 01
Unidad de estancia diurna Nuestra Señora de la Milagrosa	Alange	695 91 02 60 / 924 11 45 78
Unidad Residencial de día Las Caleñas	Albuera (La)	673 41 72 93 / 638 85 01 50
Unidad residencial de día de La Albuera	Albuera (La)	924 48 00 88
Unidad residencial de día Nuestra Señora de Carrión	Alburquerque	924 40 16 55
Servicio de estancia diurna de Alconchel	Alconchel	924 42 05 05
Centro de día de Alconera	Alconera	924 57 00 07
Centro de día de Alzheimer Tierra de Barros	Almendralejo	924 43 51 04
Servicio de estancia diurna de la Residencia COMSER	Almendralejo	924 67 71 76
Centro de día de AFA Tierra de Barros	Almendralejo	924 66 70 57 / 657 27 92 02
Unidad residencial de día Nuestra Señora de Perales	Arroyo de San Serván	924 34 20 71 / 670 38 12 92
Unidad residencial de día Fuente Atenor	Azuaga	924 01 87 38
Centro de día Vitalia Badajoz	Badajoz	924 26 63 15
Centro de día Puente Real Palacio de Gadiana	Badajoz	924 17 13 60
Unidad residencial de día DomusVi Ciudad de Badajoz	Badajoz	924 28 65 30
Estancia diurna de la Residencia de mayores Puente Real I	Badajoz	924 28 60 65
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Puente Real II	Badajoz	924 28 67 08
Centro de día Masvida	Badajoz	617 54 77 73 / 924 26 63 15
Centro de día Caser Residencial Gadiana	Badajoz	924 26 21 00
Centro de día de Enfermos de Alzheimer Nuestra Señora de Guadalupe	Badajoz	924 20 56 79

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Gadiana	Badajoz	924 47 00 81 / 636 15 34 66
Servicio de estancia diurna de Barcarrota	Barcarrota	924 73 79 93 / 686 55 36 73
Centro de día municipal	Baterno	
Unidad residencial de día de Berlanga	Berlanga	924 89 36 94 / 924 89 41 84
Centro de día	Burguillos del Cerro	924 54 10 33
Unidad residencial de día de Cabeza del Buey	Cabeza del Buey	924 60 01 04
Unidad residencial de día de Cabeza la Vaca	Cabeza la Vaca	924 58 30 02
Centro de día de Calamonte	Calamonte	924 32 32 62
Centro de día y noche de Campanario	Campanario	924 85 15 84
Unidad residencial de día Manuel Labrador Calderón	Casas de Don Pedro	924 86 44 94
Unidad residencial de día Virgen de las Candelas	Castilblanco	924 65 43 39
Nuestra Señora del Buensuceso	Castuera	924 77 24 09
Unidad residencial de día La Serena	Castuera	924 77 25 50 / 924 76 15 93
Centro de día de La Coronada	Coronada (La)	924 48 26 11
Unidad residencial de día San Bernabé	Don Álvaro	924 36 69 01
Unidad residencial de día El Encinar de las Cruces	Don Benito	924 81 25 99
Centro de Día de Alzheimer de Extremadura	Don Benito	924 80 31 11 / 627 56 41 83
Centro de día San Isidro	Don Benito	924 11 40 74
Centro de día Santa Catalina	Esparragosa de Lares	924 63 35 70
Centro de día de Fuenlabrada de los Montes	Fuenlabrada de los Montes	924 65 60 05
Centro de día José Manuel Sánchez Rojas	Fuente del Maestre	924 53 17 36 / 924 53 01 25

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Unidad residencial de día Santa Ana	Fuentes de León	924 72 44 50
Centro de día de Garbayuela	Garbayuela	924 63 56 01
Centro de día de Garlitos	Garlitos	924 63 62 26
Centro de día de Granja de Torrehermosa	Granja de Torrehermosa	678 86 05 29 / 924 89 50 11
Unidad residencial de día de Guareña	Guareña	924 35 13 41
Centro de día municipal	Haba (La)	924 93 29 28
Centro de día de la Residencia La Naciente	Helechosa de los Montes	924 65 80 11 / 924 65 83 19
Centro terapéutico Ernest Lluch	Herrera del Duque	924 80 31 11 / 627 56 41 83
Unidad residencial de día Higuera Serena	Higuera de la Serena	924 77 17 35 / 692 16 82 69
Centro de día	Higuera de Vargas	924 42 43 45
Servicio de estancia diurna de la Residencia Nuestra Señora de los Remedios	Hornachos	924 53 42 35
Centro de día municipal	Hornachos	924 53 30 01
AFENAD Centro de día de Alzheimer y otras demencias	Llerena	924 87 14 99 / 637 81 94 94
Unidad residencial de día de Centro Residencial Mixto de Llerena	Llerena	924 87 20 69
Centro de día de Lobón	Lobón	924 44 78 63
Centro de día de Medellín	Medellín	628 17 90 23
Unidad de estancia diurna de Medina de las Torres	Medina de las Torres	924 56 00 07
Centro de día Casaverde Centro de Rehabilitación Neurológica	Mérida	924 38 03 30
Unidad residencial de día El Prado	Mérida	924 00 95 80
Centro de Día AFAM	Mérida	646 16 65 37
Centro de día para enfermos de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas	Mérida	924 30 32 24

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Monesterio	Monesterio	924 71 19 70
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Montemolín	Montemolín	924 51 02 58
Unidad residencial de día El Valle	Montijo	924 45 92 79
Centro de día de Montijo	Montijo	924 45 90 85
Centro de día de Navalvillar de Pela	Navalvillar de Pela	924 86 18 00
Centro de día de Oliva de la Frontera	Oliva de la Frontera	924 74 00 00
Servicio de estancia diurna del Piso tutelado municipal	Orellana la Vieja	924 86 78 01
Centro de día de Palomas	Palomas	924 36 00 07
Servicio de estancia diurna de la Residencial de Peñalsordo	Peñalsordo	924 61 43 39
Centro de día Virgen de Fátima	Peraleda del Zaucejo	924 63 66 31
Centro de día San Antón	Puebla de Alcocer	924 62 02 75
Centro de día de Puebla de la Calzada	Puebla de la Calzada	924 45 64 10
Centro de día El Chalet	Puebla de la Calzada	622 14 74 86
Centro de día de Puebla de Obando	Puebla de Obando	924 40 71 02
Unidad residencial de día de Puebla del Maestre	Puebla del Maestre	924 51 21 92
Centro de día	Pueblonuevo del Guadiana	924 47 30 03
Centro Terapéutico Adolfo Suárez	Quintana de la Serena	924 80 31 11 / 627 56 41 83
Centro de día de Retamal de Llerena	Retamal de Llerena	924 77 41 71
Centro de atención diurna municipal	Ribera del Fresno	664 77 94 56
Centro de día municipal	San Pedro de Mérida	924 32 50 59
Servicio de centro de día de Sancti-Spiritus	Sancti-Spiritus	924 62 41 13

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Unidad residencial de día San Miguel	Santa Amalia	652 83 38 35
Centro de día de Santa Marta	Santa Marta	924 69 09 95
Unidad residencial de día Antonio Zapata	Santos de Maimona (Los)	924 57 15 35
Centro de día de la Residencia Mixta Virgen de Altagracia	Siruela	924 63 41 25
Centro terapéutico Casa de los Mestresos	Talarrubias	924 80 31 11
Servicio de estancia diurna de la Residencia Geriátrica San Roque	Talarrubias	924 63 80 23
Centro de día municipal	Talavera la Real	924 44 00 61
Centro de día Metrópolis Gerisalud Extremadura	Torre de Miguel Sesmero	924 48 32 77
Centro de día Alguijuela	Torremayor	924 45 53 72
Centro de día de Trujillanos	Trujillanos	924 32 70 48 / 678 75 42 05
Centro de día de Valdelacalzada	Valdelacalzada	607 37 27 38
Centro de día para mayores municipal	Valencia del Mombuey	924 42 91 64
Centro de día de Valverde de Leganés	Valverde de Leganés	924 49 60 11
Centro de día Gerocuidados	Villafranca de los Barros	645 39 97 48 / 924 95 36 92
SED del Centro Residencial Juan Carlos Rodríguez Ibarra	Villafranca de los Barros	924 17 56 00
Centro de día de la Residencia CK Villafranca	Villafranca de los Barros	924 91 04 11
Centro de día municipal	Villagarcía de la Torre	924 87 56 97 / 924 87 53 57
Centro de día de Villagonzalo	Villagonzalo	924 36 67 11
Centro de día Amalia Marroquín Real	Villalba de los Barros	924 68 50 54
Unidad residencial de día San Francisco	Villanueva de la Serena	924 02 18 82 / 924 02 18 84
Unidad residencial de día Felipe Trigo	Villanueva de la Serena	924 02 18 28

CENTROS DE DÍA – BADAJOZ (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Villanueva de la Serena	Villanueva de la Serena	924 80 31 11 / 627 56 41 83
Centro de día Victoria Martos	Villanueva de la Serena	661 08 66 98
Servicio de estancia diurna de Villanueva del Fresno	Villanueva del Fresno	640 16 73 69
Centro de día Maestra Marina Timón	Villar del Rey	924 41 40 01
Centro de día Fundación Arcángel San Miguel	Zafra	924 55 60 16
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Sierra Pinar	Zafra	924 56 32 00
Centro de día Las Cruces	Zahínos	924 73 80 01
Centro de día de la Residencia Adolfo Suárez	Zalamea de la Serena	924 78 00 32
Unidad residencial de día de La Zarza	Zarza (La)	924 09 63 31
Centro de día de la Residencia de mayores de Zarza-Capilla	Zarza-Capilla	924 61 92 24

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Aceituna	Aceituna	927 43 10 82
Centro de día de Ahigal	Ahigal	927 43 90 10
Unidad residencial de día La Esperanza	Albalá	927 38 22 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores María Inmaculada	Alcollarín	927 34 09 99
Centro de día de la Residencia Amada Corral	Alcuéscar	927 38 45 19
Unidad residencial de día municipal	Aldeacentenera	927 31 41 66
Centro de día de Aldeanueva de la Vera	Aldeanueva de la Vera	927 57 24 74
Unidad residencia de día municipal	Aldeanueva del Camino	927 48 40 48
Unidad residencial de día Virgen de la Concepción	Alía	619 28 98 67
Centro de día de la Residencia de ancianos Angelita Olgado	Aliseda	927 27 73 53
Centro de Día Almaraz	Almaraz	676 94 15 01
Servicio de estancia diurna de la Residencia geriátrica Catalina Curiel	Almaraz	927 54 40 85
Centro de día Virgen de la Luz	Arroyo de la Luz	927 27 22 29
Centro de día de Arroyo de la Luz	Arroyo de la Luz	927 27 00 02 / 927 27 06 03
Centro de día de la Residencia Arroyomolinos	Arroyomolinos	927 38 50 02
Servicio de estancia diurna del Residencial Banium	Baños de Montemayor	927 48 80 17
Centro de día de Bohonal de Ibor	Bohonal de Ibor	927 57 42 29
Centro de día Virgen de Peñas Albas	Cabezuela del Valle	927 47 26 61
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores La Consolación	Cáceres	927 22 47 42
Centro de día Rehactiva	Cáceres	927 21 17 52 / 654 11 07 81
Centro de día de la Residencia Ciudad Jardín Cánovas	Cáceres	927 22 32 21 / 927 22 32 53

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
SED de los Pisos tutelados Virgen del Rosario	Cáceres	927 24 30 06
Centro de día de la Residencia Ciudad Jardín Parque del Príncipe	Cáceres	927 24 44 21
Unidad residencial de día Nuestra Señora del Rosario	Cáceres	927 21 14 15 / 927 24 30 06
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Jorge	Cáceres	927 62 80 10
Centro de día El Club de la Memoria	Cáceres	927 04 38 56
Unidad residencial de día Cervantes	Cáceres	927 00 55 70
Centro de día de la Residencia GERYVIDA	Cáceres	927 10 18 00
Centro de día de Valdesalor	Cáceres	927 185 521
Centro de día Alzheimer Francisco Chanción	Cáceres	927 00 67 22
Centro de día de Cachorrilla	Cachorrilla	653 507 227
Unidad Residencial de día Santa Catalina	Calzadilla	927 14 64 58
Centro de día Nuestra Señora de los Ángeles	Campo Lugar	927 11 90 21
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores San Roque	Cañaverál	927 30 00 06
Servicio de estancia diurna de mayores	Carbajo	927 19 14 12 / 650 64 37 59
Centro de día de Carcaboso	Carcaboso	927 40 20 02
Centro de día Virgen de Guadalupe	Carrascalejo	927 55 50 51
Centro de día de Casar de Cáceres	Casar de Cáceres	927 29 15 38
Unidad residencial de día Rosario Terrón	Casar de Palomero	927 43 60 72
Servicio de estancia diurna de la Residencia Balcón Hurdano	Casares de las Hurdes	927 67 61 44
Servicio de estancia diurna Sierra de San Pedro	Casas de Don Antonio	927 38 32 58
Unidad residencial de día de Casas del Monte	Casas del Monte	927 17 92 64

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario de Casatejada	Casatejada	927 12 69 32
Centro de día Rosario Cordero	Castañar de Ibor	687 66 40 31
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Hermandad	Cedillo	927 59 01 45
Centro de día ¡Ay! Divina Juventud	Coria	927 50 19 28 / 687 63 29 07
Unidad residencial de día Nuestra Señora de la Asunción	Cumbre (La)	927 33 10 04
Centro de día de Escurial	Escurial	927 34 80 52
Centro de día Galisteo	Galisteo	658 28 31 44
Centro de día Santa Ana	Garciaz	927 33 22 40 / 660 96 37 67
Servicio de estancia diurna municipal	Garrovillas de Alconétar	927 30 96 57 / 600 52 52 47
Centro de día de La Granja	Granja (La)	927 48 61 61
Unidad residencial de día municipal	Guadalupe	927 36 70 06 / 927 36 74 68
Centro de día Las Eras	Hernán-Pérez	927 44 51 27
Unidad residencial de día	Herrera de Alcántara	927 59 10 06
Unidad residencial de día Patronato de Hervás	Hervás	927 47 34 10
Centro de día de AFEAVA	Hervás	927 47 37 13
Centro de día de Holguera	Holguera	627 26 00 77
Centro de día Villa de Hoyos	Hoyos	927 51 40 02
Centro de día	Jaraicejo	927 33 60 04
Centro de día de Jaraíz de la Vera	Jaraíz de la Vera	927 46 00 49 / 927 46 12 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia FEMAR	Logrosán	927 36 04 30
Servicio de estancia diurna Servimayor Losar	Losar de la Vera	927 19 86 58

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna del Centro Sociosanitario de Casatejada	Casatejada	927 12 69 32
Centro de día Rosario Cordero	Castañar de Ibor	687 66 40 31
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Hermandad	Cedillo	927 59 01 45
Centro de día ¡Ay! Divina Juventud	Coria	927 50 19 28 / 687 63 29 07
Unidad residencial de día Nuestra Señora de la Asunción	Cumbre (La)	927 33 10 04
Centro de día de Escurial	Escurial	927 34 80 52
Centro de día Galisteo	Galisteo	658 28 31 44
Centro de día Santa Ana	Garciaz	927 33 22 40 / 660 96 37 67
Servicio de estancia diurna municipal	Garrovillas de Alconétar	927 30 96 57 / 600 52 52 47
Centro de día de La Granja	Granja (La)	927 48 61 61
Unidad residencial de día municipal	Guadalupe	927 36 70 06 / 927 36 74 68
Centro de día Las Eras	Hernán-Pérez	927 44 51 27
Unidad residencial de día	Herrera de Alcántara	927 59 10 06
Unidad residencial de día Patronato de Hervás	Hervás	927 47 34 10
Centro de día de AFEAVA	Hervás	927 47 37 13
Centro de día de Holguera	Holguera	627 26 00 77
Centro de día Villa de Hoyos	Hoyos	927 51 40 02
Centro de día	Jaraicejo	927 33 60 04
Centro de día de Jaraíz de la Vera	Jaraíz de la Vera	927 46 00 49 / 927 46 12 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia FEMAR	Logrosán	927 36 04 30
Servicio de estancia diurna Servimayor Losar	Losar de la Vera	927 19 86 58

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de Madroñera	Madroñera	605 90 31 29 / 927 33 42 19
Unidad residencial de día San Sebastián	Majadas	927 57 72 27
Unidad residencial de día Santa Ana	Malpartida de Cáceres	927 27 64 71
Centro de día municipal	Mata de Alcántara	927 37 10 32
Centro de día Molineros de Ibor	Mesas de Ibor	927 57 48 09
Centro de día de personas mayores dependientes de Miajadas	Miajadas	722 63 11 04
Unidad residencial de día de San Martín de Porres	Miajadas	927 34 73 27
Servicio de estancia diurna Sierra de los Canchos	Mirabel	927 45 00 36
Unidad residencial de día Balcón de Extremadura	Montánchez	927 38 05 16
Unidad residencial de día Los Molinos	Montehermoso	927 30 13 91
Unidad residencial de día San Blas	Moraleja	927 51 53 44
Unidad residencial de día Santísimo Cristo del Valle	Navaconcejo	927 17 31 78
Centro de día Real de Navalmoral	Navalmoral de la Mata	927 53 33 22
Centro de día Conde de Alyó	Navalmoral de la Mata	927 99 51 19
Unidad residencial de día San Miguel	Navalmoral de la Mata	927 53 83 10
Centro de día María de Luna	Pasarón de la Vera	672 66 40 50
Centro de día La Casa Blanca	Perales del Puerto	927 51 41 94
Centro de día de Pescueza	Pescueza	927 14 07 68
Centro de día Mirador de los Ángeles	Pesga (La)	927 67 46 09
Unidad residencial de día de Pinofranqueado	Pinofranqueado	927 67 42 76
Centro de día Arco Iris	Piornal	683 33 67 89 / 927 47 60 00

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen del Puerto	Plasencia	927 80 51 01
Unidad de día Los Pinos	Plasencia	927 40 16 69
Centro de día AFADS-Norte de Cáceres	Plasencia	927 42 52 39
Centro de día La Jara	Plasencia	927 42 24 24
Unidad residencial de día San Francisco	Plasencia	927 01 73 40
Servicio de estancia diurna Hogar de Nazaret	Plasencia	927 41 65 63
Centro de día de mayores	Portaje	927 14 67 43
Unidad residencial de día San Gregorio	Pozuelo de Zarzón	927 44 84 65
Centro de día de mayores	Robledillo de Trujillo	927 31 30 08
Centro de día de Roblellano	Robledollano	927 15 21 67
Centro de día Nuestra Señora del Carmen	Rosalejo	927 55 03 99 / 646 62 76 28
Centro de día de Rosalejo	Rosalejo	927 55 01 09
Centro de día de día de Salorino	Salorino	927 59 31 18
Centro de día de mayores	Santa Ana	927 33 71 02
Centro de día de mayores	Santa Marta de Magasca	927 28 40 21
Centro de día municipal	Santibáñez el Bajo	927 67 00 59
Centro de día de la Residencia El Romeral	Talayuela	927 66 70 61
Centro de día Los Mimbrales	Talayuela	927 57 85 46
Centro de día Virgen de la Piedad	Torno (El)	927 17 50 94
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen de la Asunción	Torre de Don Miguel	927 44 10 97
Centro de día Iluminada Martín Ovelar	Torrecilla de los Ángeles	927 67 72 14

CENTROS DE DÍA – CÁCERES (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia de mayores de Torrecillas de la Tiesa	Torrecillas de la Tiesa	927 33 80 25
Centro de día María Libertad	Torrejuncillo	927 30 42 83
Centro de día municipal Santísimo Cristo del Humilladero	Torremocha	927 12 73 61
Centro de día municipal	Torreorgaz	927 20 50 01
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores El Conquistador	Trujillo	689 87 23 58 / 686 66 00 75
Unidad residencial de día San Blas	Valdecañas de Tajo	927 54 20 21
Servicio de estancia diurna San Agustín	Valdefuentes	685 94 41 34
Centro de día municipal para mayores	Valdemorales	927 38 61 77
Unidad residencial de día municipal	Valdeobispo	927 45 60 85
Unidad residencial de día Buenos Aires	Valencia de Alcántara	927 58 24 22
Centro de día Virgen de Fuentes Claras	Valverde de la Vera	927 56 62 22
Centro de día El Encinar	Vegaviana	927 14 10 14 / 927 19 48 92
Centro de día municipal	Villa del Campo	927 44 81 77
Unidad de estancia diurna de la Residencia de mayores	Villamesías	927 16 54 04
Centro de día de la Residencia de personas mayores Dios Padre	Villanueva de la Sierra	927 44 51 64 / 681 10 04 73
Unidad residencial de día El Prado	Villanueva de la Vera	927 56 73 58 / 927 56 63 05
Centro de día de Villar del Pedroso	Villar del Pedroso	927 55 50 02
Servicio de estancia diurna Siete Villas	Villasbuenas de Gata	927 67 30 47
Servicio de estancia diurna de la Residencia Marson	Zarza de Granadilla	927 83 22 00