



Proyecto MapEA



ARAGÓN

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de Aragón 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



50% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

La mitad de las herramientas identificadas en Aragón tienen entre **7 y 18 años**, sin que hayan sido actualizadas hasta la fecha.

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		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
80% de los profesionales. Se realiza al 82% de personas con sospecha.	< 1 mes (50%) Adecuado según el 75%	80% de los profesionales sanitarios. Se realiza al 30,75% de personas con sospecha.	1-2 meses (50%); inadecuado según el 50%	100% de los profesionales hospitalarios; al 24,5% de personas con sospecha.	1-2 meses (50%); considerado inadecuado por el 50%	75% de los profesionales hospitalarios. Se realiza al 10,33% de personas con sospecha.	> 3 meses meses (67%); considerado inadecuado por el 67%	50% de los profesionales. Se realiza al 1% de personas con sospecha	>3 meses (50%); inadecuado por el 100%	67% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: **largos tiempos de espera** (TAC, RM, PET amiloide, LCR, ApoE), saturación de consultas y falta de tiempo en las mismas (TAC), y protocolos de derivación restringidos a perfil del paciente (PET amiloide, LCR).

Respecto a la situación de 2017, se observa un ligero **aumento de recursos tecnológicos disponibles** en la Aragón: el número de TACs disponibles ha aumentado de **22 a 28** máquinas; el número de RMs disponibles ha aumentado de **12 a 20** en la actualidad y el número de SPECT también ha aumentado, pasando de **4 a 7** pruebas. Asimismo, el número de PET ha pasado de **1 a 4**.

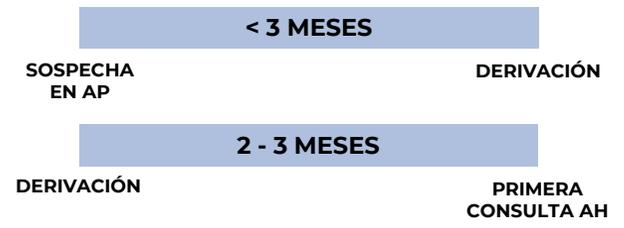


RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



Aragón **BARRERAS:** **83%** de los expertos identifican la **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios; **50%** de los expertos identifican problemas en el **rechazo o la falta de concienciación sobre la EA**, y la **falta de guías y protocolos**.

60% de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.

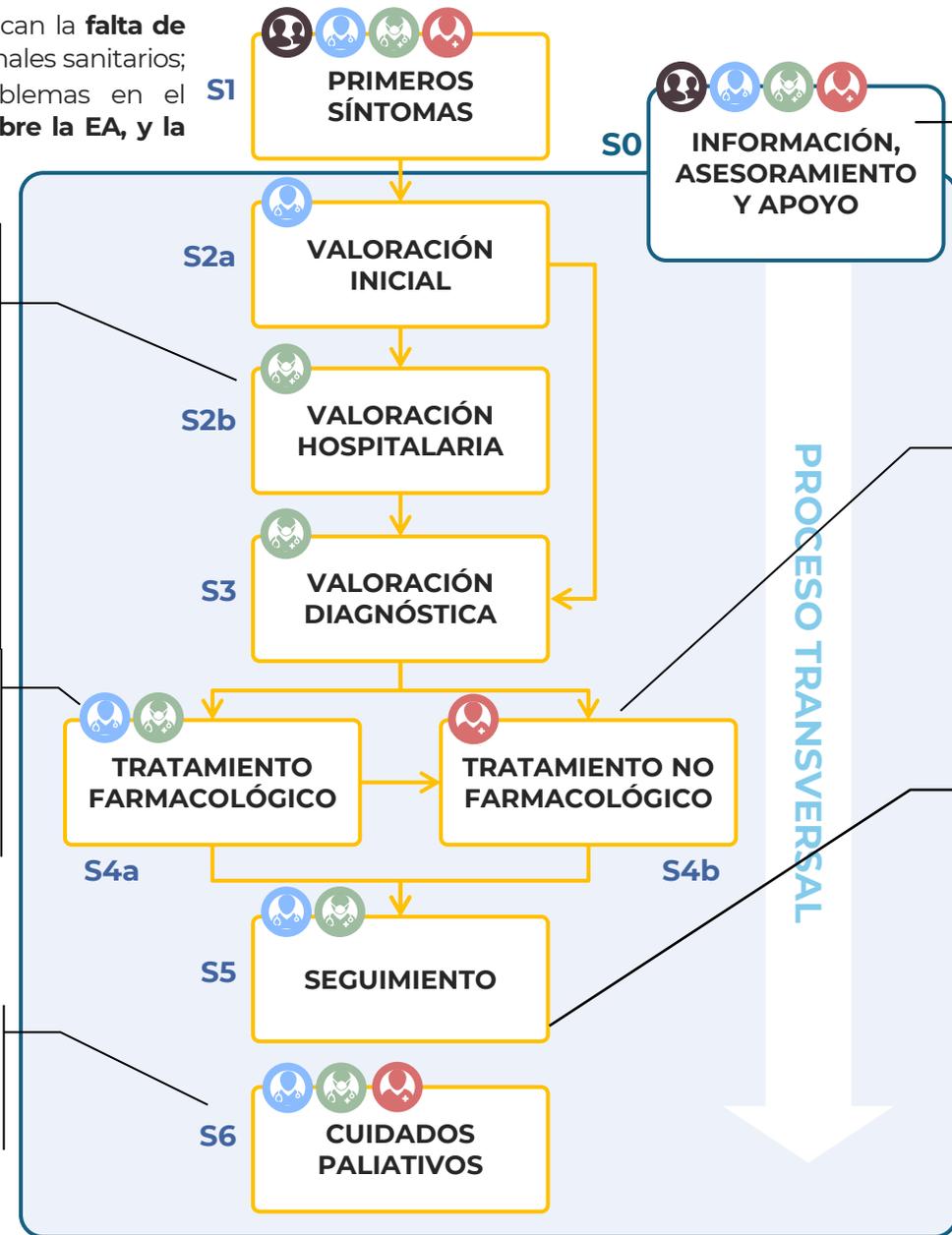


Inicio tratamiento farmacológico: neurología, geriatría o psiquiatría.

Continuidad prescripción: todos los profesionales sanitarios, **sin** haber un **consenso** sobre cuál es más habitual.

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

Grado de cobertura para las personas con EA:



50% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.

50% 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 últimas voluntades.

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

Un **67%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente **medicina familiar y comunitaria, junto con geriatría**.

Periodicidad: cada 6-12 meses en A. hospitalaria. < 6 meses A. primaria.

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 Aragón**.



Retos y áreas de mejora



Inadecuación de los **sistemas de información** debido a la falta de una historia clínica electrónica específica.



Sobrecarga asistencial en atención primaria y **largos tiempos** de espera para consultas especializadas y diagnóstico.



Inexistencia o falta de **aplicación/implementación** de **protocolos y guías**.



Atención paliativa para pacientes con demencia en fases avanzadas, así como **falta de consenso en el procedimiento de planificación de decisiones** y/o voluntades anticipadas.



Barreras burocráticas para la prescripción de tratamientos por parte de los profesionales de atención hospitalaria.



Coordinación entre servicios de salud y servicios sociales.



Recomendaciones



Mejorar la colaboración entre atención primaria y hospitalaria para el seguimiento de las personas con EA.



Ampliar **centros de día, residencias y atención domiciliaria**, con mayor apoyo financiero y subvenciones.



Sensibilizar a la población para mejorar la detección temprana, así como proveer de más información.



Desarrollar un **plan integral de atención a la demencia**.



Incorporar **nuevos test, pruebas o biomarcadores** para la detección temprana, invirtiendo en el diagnóstico y el tratamiento adecuado.



Colaborar más estrechamente entre **profesionales de salud y servicios sociales** para proporcionar apoyo a los cuidadores.

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 Aragón** 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.



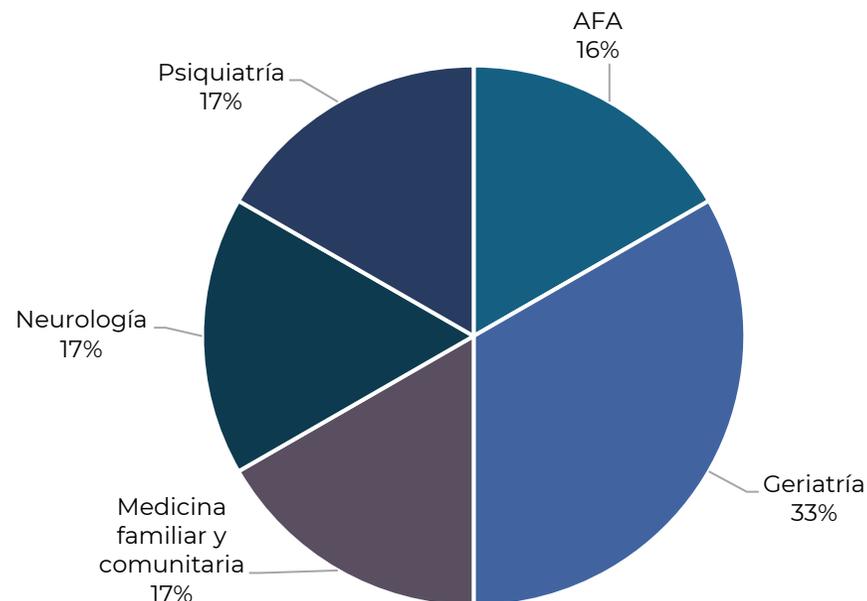
RECURSOS

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
Ana M ^a Sancho Egido	AFA	Federación Aragonesa de Familiares de Enfermos de Alzheimer.
José Galindo Ortiz de Landázuri	Geriatría	Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca – Servicio de Geriatría.
Mónica Susana Ulloa Levit	Geriatría	Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
Ángel Vicente Molinero	Medicina familiar y comunitaria	Centro de Salud de Utebo, Zaragoza.
Eugenia Marta Moreno	Neurología	Hospital Universitario Miguel Servet - Consulta monográfica de Trastornos Cognitivos y Conductuales.
Francisco Javier Olivera Pueyo	Psiquiatría	Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario San Jorge de Huesca.

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

*Para la *Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud* las respuestas son heterogéneas entre un nivel de conocimiento bajo y/o alto, sin llegar a alcanzarse un consenso sobre el grado de conocimiento.

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

83%

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

67%

de los expertos consideran como **MODERADO** o **BAJO** el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**.

IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN ARAGÓN

Los expertos afirman que el Plan Integral de Alzheimer y otras demencias es conocido entre los profesionales de la salud. Se han realizado esfuerzos para **mejorar la atención a la persona con deterioro cognitivo, con el desarrollo y la implementación de subprocesos relacionados con el cribaje del deterioro en atención primaria**, el diagnóstico y el seguimiento.

Algunos expertos destacan la importancia de dar a conocer este plan a través de sesiones clínicas multidisciplinares y simposios regionales, a fin de promover su conocimiento y aplicación.

Sin embargo, también se identifica que, en algunas áreas, no se ha desarrollado ni difundido suficientemente el plan, lo que limita su visibilidad y alcance.

Además, se señala que la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas** aún está en una fase de implementación, especialmente en el ámbito del ictus, aunque se desconoce su relación directa con el diagnóstico y tratamiento de la demencia y, en concreto, de la EA.

Se han identificado varias herramientas de planificación y organización en **Aragón**, 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.

ARAGÓN

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Plan de Salud Mental 2022 - 2025	2022	Departamento de Sanidad	NULO-BAJO	BAJO
Informe de Prevalencia Demencia Aragón 2022	2022	Departamento de Sanidad	NULO-ALTO*	BAJO
Plan de Salud de Aragón 2030	2018	Departamento de Sanidad	BAJO-ALTO*	BAJO
Buenas prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en demencias. Manual para el cuidador.	2013	Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia	MODERADO	BAJO-MODERADO
Guía Básica para el Cuidador. Cuidar a una Persona en Situación de Dependencia.	2010	Departamento de Servicios Sociales y Familia	BAJO-MODERADO	BAJO-MODERADO
Iniciativa Yayisanos 2030	-	Departamento de Sanidad	NULO-BAJO-MODERADO*	BAJO

*Nota: las respuestas son heterogéneas, ya que existe un empate entre un nivel de implementación nulo, bajo y/o alto, sin llegar a alcanzarse un consenso.

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En Aragón, **el 80% 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.

La mitad de las herramientas identificadas en Aragón tienen entre 7 y 18 años, **sin que hayan sido actualizadas** hasta la fecha.

Otras herramientas de planificación y organización identificadas por los profesionales encuestados son:

- *Generación de cambio. Plan del mayor (2021).*
- *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón (2018).*
- *Programa de atención a pacientes crónicos dependientes del Gobierno de Aragón (2006-2009).*
- **Atlas de salud – Demencia.**

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).

1. PLAN DE SALUD MENTAL 2022 - 2025



Departamento de Sanidad

Nivel de implementación:

BAJO

Nivel de conocimiento:

NULO - BAJO

El **Plan de Salud Mental 2022-2025**, compuesto por **9 líneas estratégicas**, aborda de manera integral la salud mental en un contexto de cambios sociales y familiares, acentuados por la crisis de la COVID-19. Esta situación agravó factores como el desempleo, el aislamiento y la marginalidad, afectando especialmente a grupos vulnerables con trastornos graves.

El plan incluye acciones de **prevención, promoción del bienestar** y tratamiento de trastornos mentales graves, así como de adicciones con y sin sustancias (alcohol, drogas, juegos de azar, internet, compras). Además, promueve una estrecha colaboración entre sectores, involucrando a profesionales, familias y asociaciones, para consolidar y mejorar recursos.

Basado en estrategias previas como el **Plan de Salud Mental 2017-2021** y el **Plan de Salud Aragón 2030**, este documento es fruto de un proceso participativo. También subraya la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental, para responder a las crecientes demandas. Se destaca el trabajo de la Unidad de Coordinación de Salud Mental en el desarrollo de este plan.

+ INTERVENCIONES

- **Línea 1:** Promoción, prevención y bienestar físico en salud mental. Trabajo colaborativo con atención primaria.
- **Línea 2:** Atención a personas con procesos complejos (trastorno mental grave).
- **Línea 3:** Salud mental en la infancia y la adolescencia.
- **Línea 4:** Adicciones.
- **Línea 5:** **Psicogeriatría.**
- **Línea 6:** Prevención, detección temprana y atención a la conducta suicida.
- **Línea 7:** Coordinación, colaboración y transversalidad.
- **Línea 8:** Formación, investigación, innovación y nuevas tecnologías en salud mental.
- **Línea 9:** Humanización de la salud mental.

1. PLAN DE SALUD MENTAL 2022 - 2025

+ Línea 5: psicogeriatría

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer una atención sanitaria de calidad a las personas mayores que sufren enfermedad mental, basada en la excelencia técnica y en el respeto de la autonomía y la capacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1. Favorecer la **accesibilidad a la red de asistencia de Salud Mental de los mayores**, superando la situación de fragilidad vital y atendiendo a sus necesidades específicas.

5.2. Potenciar la **disponibilidad y la flexibilidad en el ejercicio sanitario**, colaborando de manera estrecha con las familias, cuidadores/as y otras entidades implicadas.

5.3. Mejorar la **asistencia en problemas de salud mental** a los/as usuarios/as que se encuentran en **residencias de mayores**.

5.4. Fomentar el **encuentro profesional** y el **trabajo en equipo** entre disciplinas médicas que se superponen en perfiles de este grupo etario (neurología, geriatría).

5.5. Ofrecer **cuidados avanzados en la cronicidad**, mantener un seguimiento pormenorizado de personas con enfermedad mental grave crónica asociada al envejecimiento.

ACTUACIONES

A 5.1. Creación de un diseño de **intervención de consultas compartidas** en colaboración con neurología-geriatría.

A 5.2. **Reestructuración** de las **unidades de psicogeriatría** de los centros de rehabilitación psicosocial, con adecuación estructural y de sus programas asistenciales.

A 5.3. Establecer un procedimiento **de apoyo domiciliario** a personas mayores con patología mental grave.

A 5.4. Puesta en marcha de un programa para la **optimización de abordajes psicofarmacológicos** en personas mayores con enfermedad mental de larga evolución, que permita la revisión de las pautas establecidas, las interacciones y la deprescripción.

A 5.5. Diseño de una **formación y un documento con recomendaciones** para el **manejo del delirium** en el ámbito intra y extrahospitalario, así como otros desarrollos formativos en materia de psicogeriatría.

2. INFORME DE PREVALENCIA DEMENCIA ARAGÓN 2022



METODOLOGÍA

Partiendo de la Base de Datos de Usuario (BDU), se seleccionaron los pacientes en estado activo a 31/12/2022, que tenían registrado un diagnóstico de demencia en cualquiera de las bases de datos de Atención Primaria (OMI AP), urgencias (puesto clínico hospitalario o PCH) o altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). La edad de los casos, el Sector y la Zona Básica de Salud (ZBS) de residencia es la registrada en BDU a 31/12/2022. Se calcularon las tasas bruta y ajustada a la población europea con su IC al 95% y se representó esta última para cada sector sanitario y para cada sector sanitario y sexo. Se calcularon y representaron las tasas específicas por grupo de edad y sexo. Asimismo, se calcularon las Razones Estandarizadas de Morbilidad (REM) para cada ZBS por sexo y se suavizaron mediante el modelo de Besag, York y Mollié. Para el cálculo de esperados se utilizaron las tasas de prevalencia de demencia de Aragón por grupos quinquenales de edad. Se representó cartográficamente la REM suavizada por ZBS, divididas en quintiles, para los hombres y mujeres y se detallaron las ZBS con exceso o defecto de riesgo.

RESULTADOS

Las tasas ajustadas son significativamente inferiores a las de Aragón en los sectores de Zaragoza II, Calatayud y Alcañiz y significativamente superiores en Zaragoza I y Zaragoza III. Las tasas en las mujeres son superiores a las de los hombres en todos los sectores. En mujeres, los sectores de Huesca, Zaragoza II y Alcañiz se sitúan significativamente por debajo del total de Aragón y Zaragoza III por encima, mientras que, en hombres, Alcañiz se sitúa significativamente por debajo y Zaragoza III por encima.

Departamento de Sanidad

Nivel de implementación:

NULO - ALTO

Nivel de conocimiento:

BAJO

3. PLAN DE SALUD DE ARAGÓN 2030



Departamento de Sanidad

Nivel de implementación:

BAJO - ALTO

Nivel de conocimiento:

BAJO

El **Plan de Salud Aragón 2030** busca anticiparse a los desafíos futuros en salud mediante una visión **holística**. Aunque es el resultado de un esfuerzo intenso, el plan marca el inicio de un proceso continuo de **reflexión colectiva**. Además, subraya la importancia de mejorar tanto la **capacitación técnica** del personal sanitario como la **gobernanza** del sistema de salud, enfocándose en la integración de **tecnología y gestión** para asegurar el éxito en la salud pública:

- Este plan aborda la **salud como un concepto más amplio que la mera ausencia de enfermedad**, considerando factores determinantes como la alimentación, el entorno social y los hábitos de vida. Este enfoque busca mejorar la salud de la población a través de un enfoque coordinado, no solo en el ámbito sanitario, sino también en otros sectores. El plan propone medidas realistas, orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, con énfasis en la reducción de la medicalización y el trabajo comunitario. Aunque algunas de estas acciones ya se están llevando a cabo, el objetivo es organizarlas de manera global para un impacto efectivo en la salud de la sociedad.
- La **salud es un activo clave para todos los aspectos de la vida**, y mejorarla requiere abordar sus factores determinantes, tanto individuales como colectivos. Esto implica ir más allá del sistema sanitario, adoptando un enfoque de salud en todas las políticas, con cooperación entre instituciones y sectores. La salud no solo es una inversión económica, sino también una responsabilidad compartida. Para reducir las desigualdades en salud, es necesario centrarse en colectivos vulnerables y fortalecer el sistema sanitario, especialmente la atención primaria y la atención integral.

+ Áreas prioritarias

- **Área 1:** Salud en todas las políticas.
- **Área 2:** Salud en todas las etapas de la vida.
- **Área 3:** Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas.
- **Área 4:** Información, investigación y formación para la salud

4. BUENAS PRÁCTICAS. EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL EN DEMENCIAS. MANUAL PARA EL CUIDADOR



Este manual de **Buenas Prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en demencias** proporciona información sobre las dificultades que pueden surgir durante la evolución de la demencia, ofreciendo a los cuidadores una base para manejar distintas situaciones en el entorno familiar.

A medida que la enfermedad avanza, la persona afectada experimenta una creciente dependencia, lo que requiere una adaptación constante en la forma de asistirle.

El manual explica cómo identificar las fases de la enfermedad y ofrece estrategias para favorecer la autonomía del paciente cuando sea posible, estimularlo en determinadas actividades y brindarle apoyo y supervisión cuando sea necesario.

Es importante recordar que las pautas aquí presentadas son generales y deben ajustarse a cada caso particular. Además, se recomienda acudir a profesionales para resolver dudas y recibir orientación específica a lo largo del proceso.

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

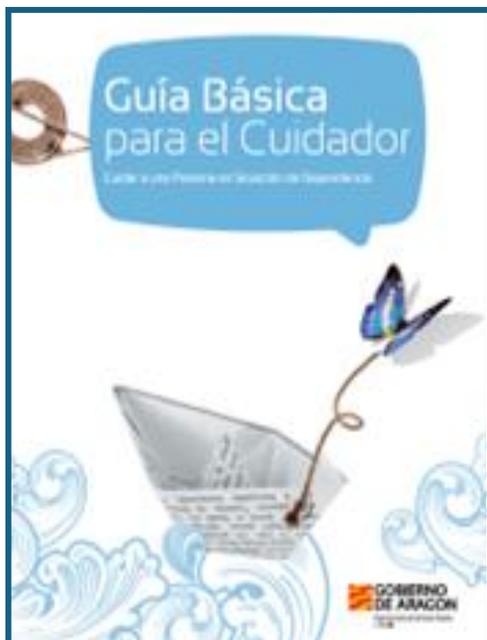
Nivel de implementación:

MODERADO

Nivel de conocimiento:

BAJO - MODERADO

5. GUÍA BÁSICA PARA EL CUIDADOR. CUIDAR A UNA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Departamento de Servicios Sociales y Familia

Nivel de implementación:

BAJO - MODERADO

Nivel de conocimiento:

BAJO - MODERADO

La **guía básica para el cuidador** tiene como objetivo proporcionar a los cuidadores herramientas y pautas para enfrentar las dificultades asociadas a la demencia, una enfermedad neurodegenerativa que incrementa la dependencia de la persona afectada a medida que avanza. En las primeras etapas, los fallos en las actividades cotidianas son leves, pero progresan con el tiempo, afectando la capacidad de realizar tareas rutinarias.

La guía ofrece soluciones generales para gestionar situaciones comunes, orientando al cuidador sobre cuándo fomentar la autonomía del paciente, cuándo estimularlo y cuándo ofrecer supervisión y apoyo.

Se destaca que las pautas deben adaptarse a cada caso y que es esencial consultar a profesionales para resolver dudas específicas.

+ Contenidos

- **1.** *Enfermedades Neurodegenerativas. Demencias.*
- **2.** *Abordaje de la enfermedad.*
- **3.** *Actividades de la vida diaria y entorno.*
- **4.** *Apoyo y promoción de la autonomía en las actividades de la vida diaria básicas.*
- **5.** *Apoyo y promoción de la autonomía de las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales y entorno.*
- **6.** *Mantenimiento de la vida social y ocio terapéutico.*
- **7.** *Decálogos del cuidador.*
- **8.** *Recursos.*

4. GUÍA BÁSICA PARA EL CUIDADOR. CUIDAR A UNA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

+ Contenidos

CONTENIDOS (I):

- 1. La situación de dependencia:** una persona en situación de dependencia ha perdido su capacidad para realizar actividades cotidianas debido a problemas de salud física, psíquica o sensorial, lo que puede conducir al aislamiento. Los cuidados necesarios varían según las capacidades residuales y la actitud tanto de la persona afectada como de sus cuidadores.
- 2. Etapas del cuidado:** el cuidado de personas en dependencia exige un gran esfuerzo emocional, con etapas de entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía. Las tareas diarias se mezclan, afectando la vida personal y laboral del cuidador, lo que pone en riesgo su salud física y mental. Es fundamental que el cuidador tome conciencia de su rol y base los cuidados en una relación sana y preventiva.
- 3. La relación de cuidados:** una relación de ayuda sana y preventiva implica cuidar de la persona dependiente de manera equilibrada, apoyando su autonomía y estableciendo límites a la demanda de cuidados. El cuidador debe formarse, reconocer sus sentimientos y utilizar recursos de apoyo, lo que mejora el bienestar tanto del dependiente como del cuidador.
- 4. Los cuidados en el entorno habitual:** el cuidador debe ser consciente de la transición de la capacidad a la discapacidad de la persona dependiente. Es importante reflexionar sobre cómo organizar los cuidados, entender tanto a la persona como a uno mismo, ajustar la cantidad de cuidados necesarios y mejorar su calidad utilizando apoyos técnicos y humanos adecuados. Este apartado aborda consideraciones emocionales, asistenciales y estructurales.
- 5. Adaptando y facilitando el entorno:** adaptación del hogar es clave para fomentar la autonomía de la persona dependiente y facilitar el trabajo del cuidador, reorganizando el espacio, eliminando barreras y usando productos de apoyo adecuados. Además, es importante gestionar el tiempo de forma flexible y garantizar la seguridad, evitando riesgos y respetando la privacidad.

4. GUÍA BÁSICA PARA EL CUIDADOR. CUIDAR A UNA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

+ Contenidos

CONTENIDOS (II):

- 6. Facilitando la autonomía:** potenciar las capacidades de la persona dependiente, desglosar las tareas, darle tiempo y fomentar su participación. Respetar su privacidad, estimular su movilidad y ofrecer opciones cuando sea posible. Consultar a un experto en productos de apoyo para mejorar su autonomía y dejarle hacer lo que pueda para reforzar su autoestima y reducir la carga del cuidador.
- 7. Otras necesidades:** fomentar una comunicación abierta y adaptada, así como actividades sociales y recreativas, mejora el bienestar de la persona dependiente. Ayudarle a tomar decisiones y mantener relaciones sociales refuerza su autoestima y equilibrio psicoafectivo, mientras que también brinda momentos de descanso al cuidador.
- 8. Usted está en riesgo cuando:** estar en riesgo como cuidador se refleja en señales como cambios de humor, cansancio extremo, pérdida de contacto social, problemas de concentración y salud, o dificultades laborales. Si nota estos síntomas, es necesario detenerse, revisar la situación y pedir ayuda.
- 9. Aprenda a cuidarse y cuidará mejor:** para cuidar de manera efectiva, organícese, ponga límites en las tareas y priorice su salud y descanso. No tema pedir ayuda y mantenga una vida social activa para gestionar el estrés y evitar el agotamiento.
- 10. Recursos para el cuidador:** existen diversos recursos para optimizar los cuidados y el bienestar del cuidador, como cursos de formación sobre la discapacidad, grupos de apoyo emocional, asesoramiento para adaptar el domicilio, servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, y programas de respiro. Además, es importante que el cuidador se organice tiempo para sí mismo, participando en actividades recreativas y de relajación que fomenten su bienestar.

6. INICIATIVA YAYISANOS 2030



La iniciativa **Yayisanos** del Gobierno de Aragón busca prevenir y reducir los efectos negativos de la soledad en las personas mayores. Reconoce que la soledad puede aumentar los riesgos para la salud, como problemas mentales y físicos, e incluso la mortalidad prematura. A través de esta iniciativa, se fomenta el apoyo social y emocional para mejorar la calidad de vida de los mayores y promover su bienestar. Se busca que las personas mayores se sientan acompañadas y activas dentro de la comunidad.

Qué es la soledad:

No es lo mismo estar solo que sentirse solo. La soledad es una experiencia que surge ante situaciones no elegidas que pueden provocar aislamiento y sentimientos negativos en aquellas personas que la viven. La pérdida de contacto con nuestros semejantes no solo altera el comportamiento, sino que modifica las hormonas del estrés, la función inmune y la función cardiovascular. La soledad puede desencadenar una serie de eventos fisiológicos que aceleran el proceso de envejecimiento y aumentar los riesgos de morir prematuramente.

Causas de la soledad:

- Pérdidas conyugales, familiares y de la red social, con el consiguiente deterioro de la autoestima, crisis de identidad y de la pérdida de roles.
- Deterioro del organismo y enfermedades, se ve disminuida su capacidad de autonomía y la posibilidad de desenvolverse en las actividades del día a día.
- La inactividad, contribuye al deterioro cognitivo, de movilidad.
- Bajos ingresos, agravan la situación al carecer de recursos económicos suficientes para ser atendidos adecuadamente.
- Estereotipos falsos sobre las personas mayores, se perciben como una carga y esta visión limita el desarrollo humano de las personas mayores y distorsiona su autopercepción.

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

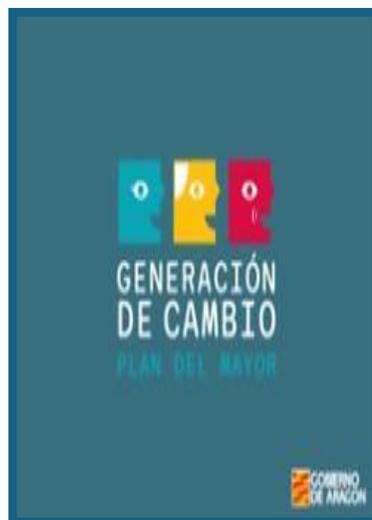
Nivel de implementación:
NULO - BAJO - MODERADO

Nivel de conocimiento:
BAJO

Consecuencias en la salud:

- Ansiedad, depresión y suicidio.
- Deterioro cognitivo y demencia.
- Insomnio, miedo y percepción de amenaza.
- Mortalidad temprana.
- Riesgo de sufrir accidentes domésticos.
- Riesgo de sufrir abusos y maltratos.
- Progresión de enfermedades cardíacas, obesidad, diabetes o Alzheimer.

OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS POR LOS EXPERTOS



Generación de cambio. Plan del mayor 2021

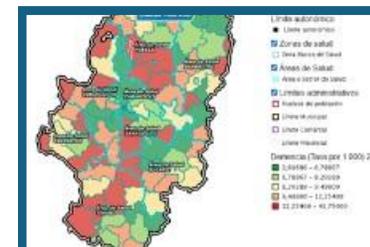
Entidad responsable: Gobierno de Aragón

Año de publicación: 2021

Resumen: es una iniciativa destinada a transformar y adaptar los servicios sociales a las necesidades reales de las personas mayores en la región, reconociendo a esa población como actores clave en la construcción de una nueva visión de envejecimiento y apoyo social.

Fuente:

https://www.aragon.es/documents/20127/2490005/MAYO_RES%20Plan%20Generaci%C3%B3n%20de%20Cambio.pdf/a6374ca6-84b8-790e-68c0-105a55e086be?t=1637146518058



Atlas de Salud - Demencia

Entidad responsable: Gobierno de Aragón

Año de publicación: -

Resumen: herramienta interactiva desarrollada por el Gobierno de Aragón que proporciona información detallada sobre la prevalencia y distribución de la demencia en la región, desglosada por zonas básicas de salud (ZBS) y diferenciada por género.

Fuente: <https://www.aragon.es/-/atlas-de-morbilidad-por-area-pequena-zbs#anchor2>



Estrategia de Atención y Protección Social para las personas mayores en Aragón (2018)

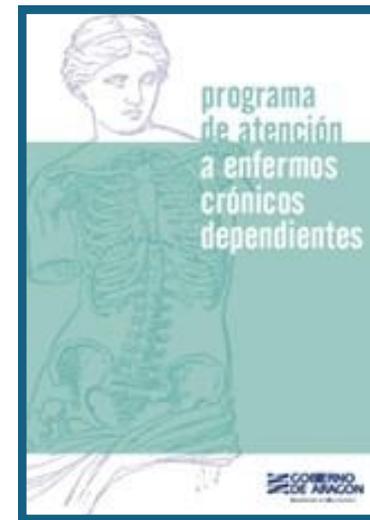
Entidad responsable: Gobierno de Aragón

Año de publicación: 2018

Resumen: establece medidas para garantizar el bienestar, la autonomía y la inclusión social de las personas mayores en la región.

Fuente:

https://www.aragon.es/documents/20127/2490005/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf/789f9394-111c-55d2-0cd5-6b7379fef97c?t=1562834588080



Programa de atención a pacientes crónico dependientes del Gobierno de Aragón

Entidad responsable: Gobierno de Aragón

Año de publicación: -

Resumen: programa diseñado para abordar las necesidades de los pacientes crónicos dependientes. El programa surgió en respuesta a la creciente demanda de atención sanitaria, que abarca tanto problemas agudos como enfermedades crónicas asociadas a la dependencia.

Fuente:

<https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cr%C3%B3nicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

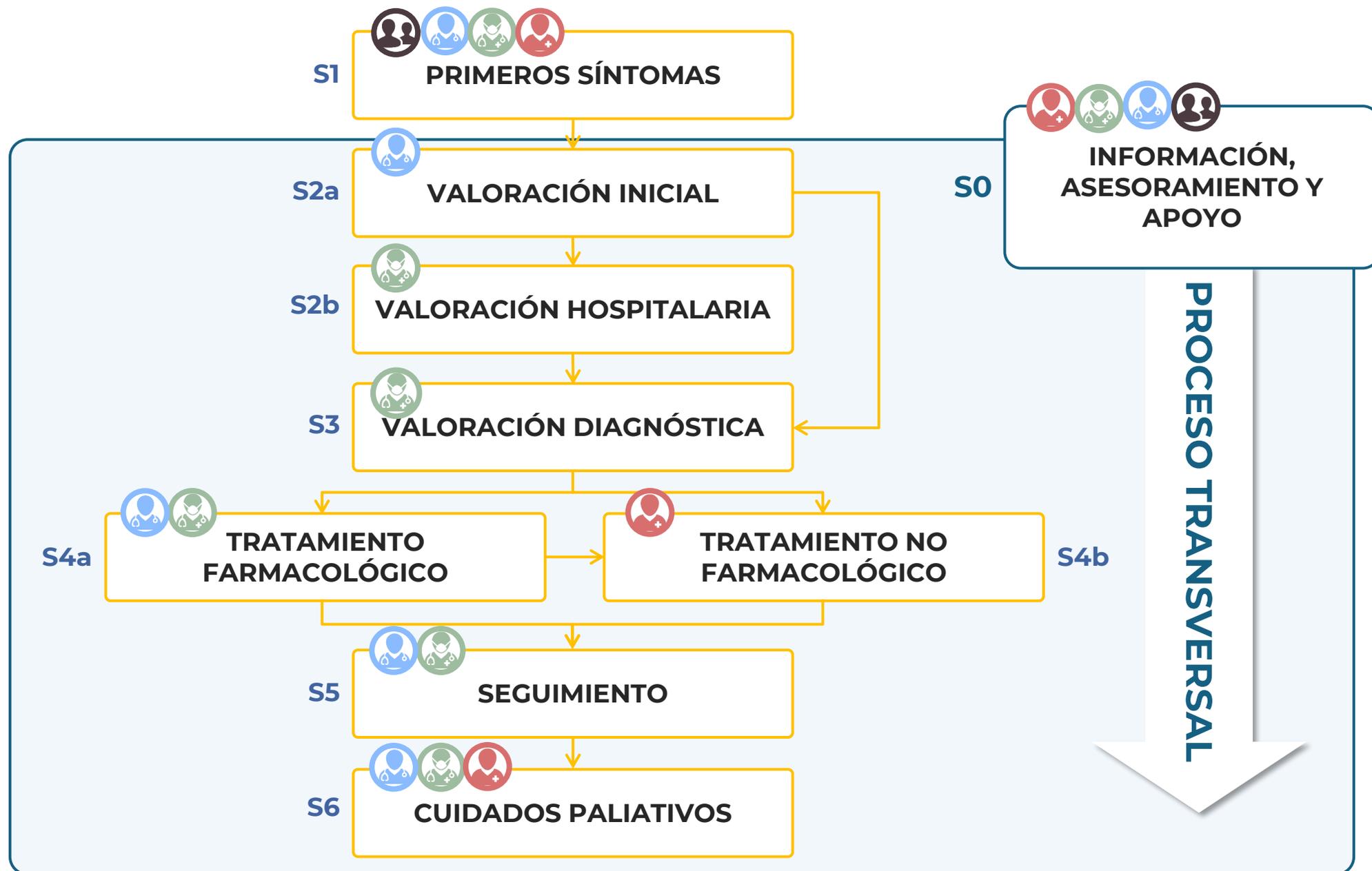
MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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.

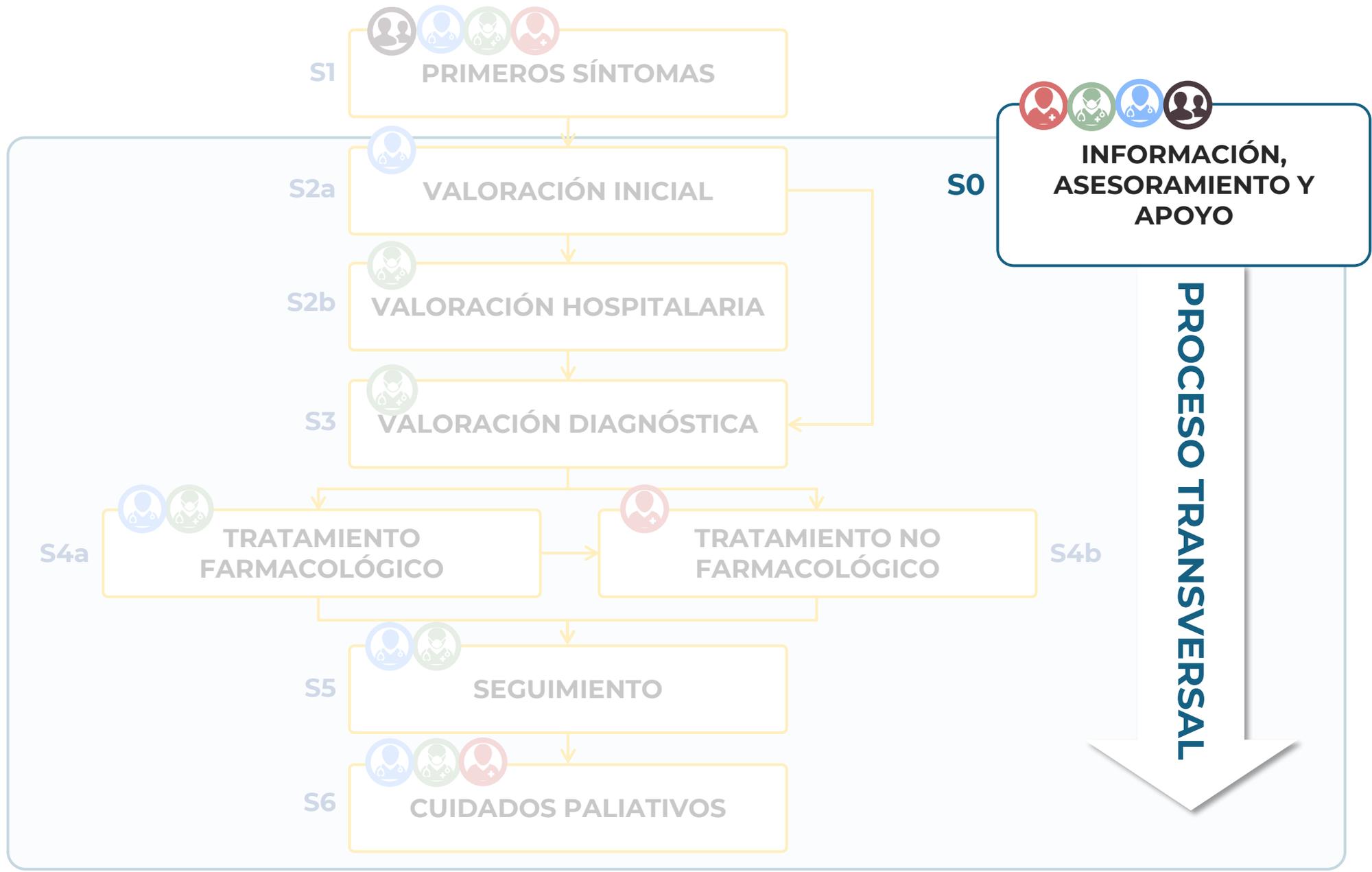
SUBPROCESO 0 Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso transversal que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
SUBPROCESO 1 Primeros síntomas	Subproceso inicial de detección de los 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



AGENTES

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



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

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido, muy de cerca, por 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, seguida de la falta de un protocolo de derivación a un profesional concreto que informe sobre el apoyo y la planificación.
- **El 17%** afirma que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta específica; **otro 17%** indica que la comunicación la suele realizar neurología en la consulta de resultados de las pruebas que se hayan realizado; **el 33%** indican que las comunicaciones se realizan en una consulta rutinaria, y **otro 33%** indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - **Todos los profesionales sanitarios y la 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 83%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son los recursos de apoyo (socio-sanitarios).
 - **El 67%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las terapias no farmacológicas.
 - **El 50%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas, y **el 33%** indican que la prevención de riesgos también es uno de los temas tratados con más frecuencia.

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

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la planificación anticipada de decisiones; depende en gran medida del profesional que atienda a la persona con EA.

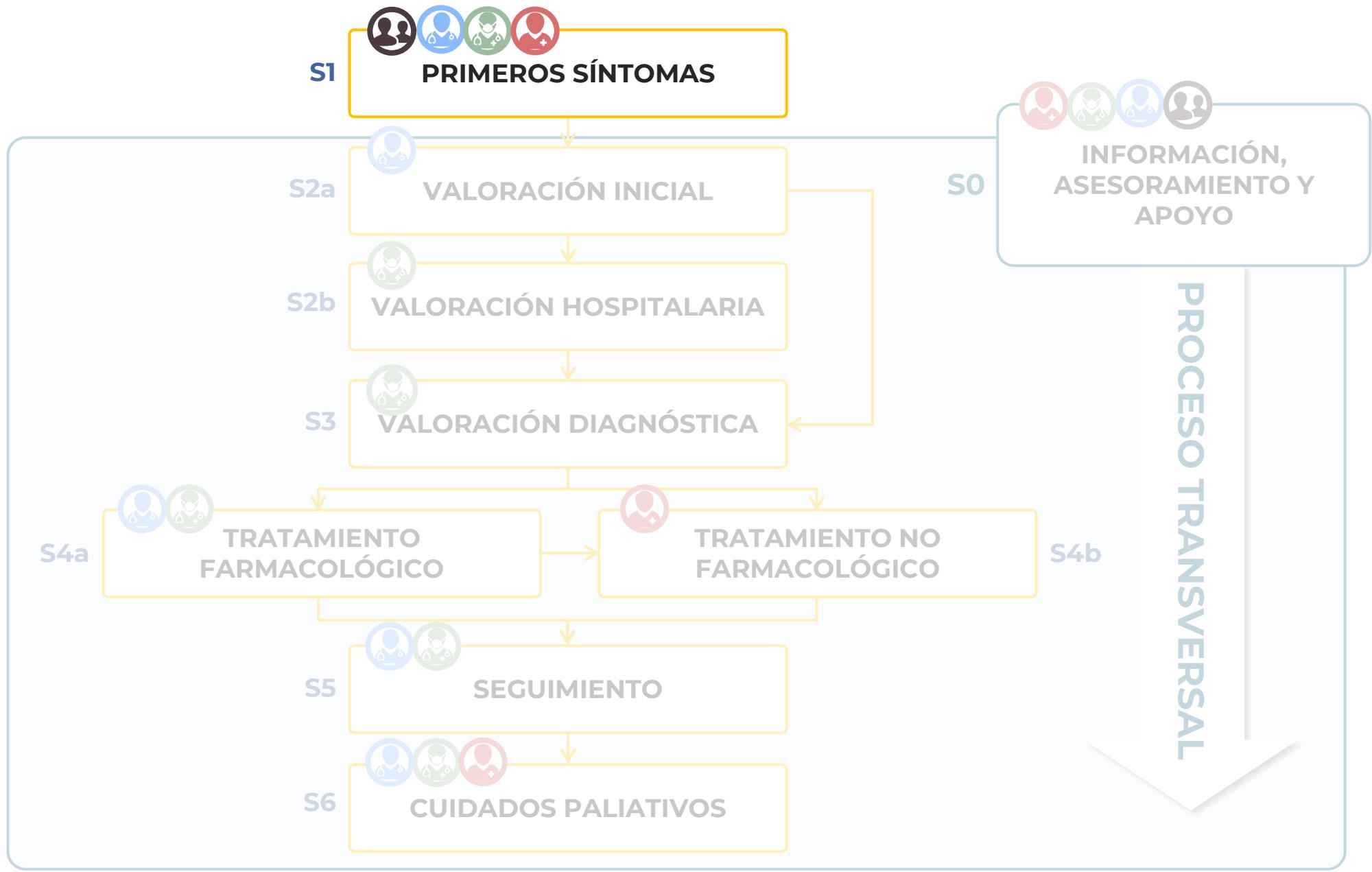
- La planificación anticipada, especialmente para personas con deterioro cognitivo, se realiza en contadas ocasiones y generalmente solo cuando el paciente se encuentra en fases más avanzadas de la enfermedad.
- **Un 50%** de los expertos encuestados refieren que se realiza durante el seguimiento, y el **50%** restante afirma que lo desconocen.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son geriatría y medicina y, en menor medida, trabajo social.
- **Un 50%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **suficiente**. Uno de los expertos encuestados afirma que este soporte es **perfecto**.

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

- **El 83%** 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 el registro de voluntades anticipadas.
- Solo **el 50%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza siempre para la mayoría de las personas con EA.

AGENTES

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





RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1: el **83,3%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en Aragón.**

BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO: desde de atención primaria, se pasan test periódicamente, además de preguntar activamente a las personas y/o familiares ante la presencia de cualquier sospecha de deterioro cognitivo en las consultas. .

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 expertos indican que trabajo social interviene, en ocasiones ,acompañando a las familias y a los equipos de atención primaria, pero generalmente no participan de manera reglada en esta etapa de detección.

En caso de sospecha de EA, suelen derivar a la persona al médico de atención primaria para su evaluación.

Por otro lado, trabajo social también juega un papel en los programas de prevención y promoción de la dependencia, así como en las actividades que se realizan en los hogares de mayores, donde contribuyen a la sensibilización y acompañamiento de las familias. Sin embargo, en cuanto a la detección y diagnóstico específico, la intervención está limitada y no es parte de un proceso estructurado.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan la sobrecarga asistencial en atención primaria, el escaso acceso a estudios radiológicos especializados y los largos tiempos de espera para las primeras consultas especializadas. Además, mencionan el *edadismo* y la minimización de síntomas, tanto por parte de los profesionales como en los entornos familiares, lo que retrasa el diagnóstico.

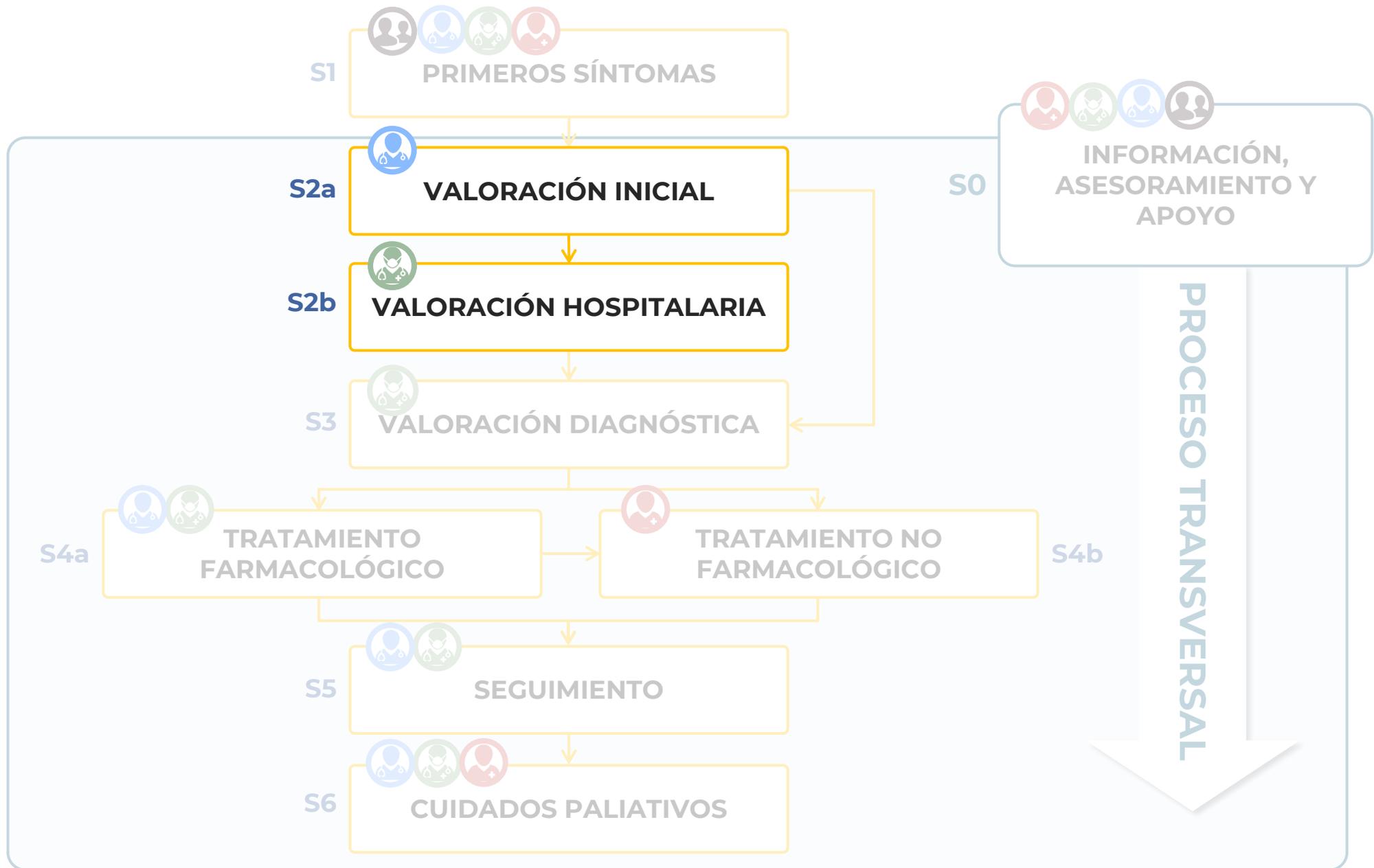
En concreto, entre las principales **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

- El **83%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **50%** de los expertos encuestados identifican como barrera el **rechazo o la falta de concienciación sobre la EA** por parte de pacientes y familiares tras el diagnóstico, cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento, así como la **falta de guías y protocolos**.
- El **33%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- **A nivel de atención primaria**, la falta de conocimiento profundo de los pacientes, debido a factores como la telemedicina y la rotación de personal, junto con la falta de tiempo en consulta, son las principales barreras para identificar personas con EA
- **A nivel de atención hospitalaria**, los profesionales de atención hospitalaria encuestados destacan que la falta de tiempo en consulta representa una de las principales barreras para una atención adecuada a las personas con sospecha de EA. A esto se suma el escaso interés de algunos profesionales y la carencia de personal especializado en demencias. Sin embargo, algunos expertos consideran que en los servicios hospitalarios específicos no existen barreras significativas para identificar a las personas con EA.

Los expertos encuestados proponen la creación de un programa de detección temprana que permita identificar los síntomas tempranos de la EA en atención primaria. Se sugiere el desarrollo de un protocolo uniforme de detección temprana que incluya un profesional específico para informar tanto a la persona con EA como a sus familiares. También recomiendan monitorear la implementación y seguimiento de los procesos existentes en las distintas áreas sanitarias, y tener en cuenta que la demencia puede afectar a personas menores de 60 años.

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, Geriatria o Psiquiatria.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **83,3%** de los profesionales sanitario (incluido trabajo social) encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración se ajusta a la realidad en Aragón.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **60%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que existe un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA, con un grado de conocimiento **MEDIO.**

DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: los profesionales de atención primaria refieren **no tener capacidad** para realizar derivaciones a unidades especializadas. Afirman que desconocen la existencia de un protocolo de derivación.

El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria oscila entre 2 y 5 visitas previas a la derivación.

- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente, las pruebas solicitadas son la analítica y la valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica), tal y como se recomienda en los protocolos/guías de área.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen y pruebas en LCR. Los profesionales de atención hospitalaria también disponen de análisis genéticos, PET y, en algún caso, pruebas de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es menor de 3 meses*.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria oscila entre 2 y 3 meses*.

*Estos tiempos se consideran superiores a otras patologías neurológicas.

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

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN ARAGÓN

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: en atención primaria, los trabajadores sociales apoyan a cuidadores, orientan a familias, y gestionan recursos como residencias y centros de día, utilizando herramientas como la Escala de Gijón. En el ámbito hospitalario, su intervención es limitada, centrándose en coordinar recursos con otros profesionales, orientar a las familias y asegurar la continuidad de cuidados.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el **67%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) afirman tener acceso a recursos de neuropsicología en esta etapa del proceso, pero en la mayoría de los casos, a través de convenios con asociaciones de pacientes, o a través de líneas de investigación, pero no a través del 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 realizar los cuestionarios para evaluar el estado cognitivo y funcional, sin tener dedicación exclusiva a demencias.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que enfermería participa en la consulta sobre la sobrecarga del cuidador principal y en el seguimiento de la persona con EA. Realizan una valoración geriátrica integral que incluye la evaluación del estado cognitivo, funcional, emocional y conductual, así como la evaluación del entorno y el apoyo en la comunicación. También están a cargo de la coordinación y atención en consultas urgentes. No obstante, en general, la enfermería hospitalaria no se involucra en la valoración inicial de las personas con sospecha de EA. Sin embargo, en el Hospital de Huesca, se realiza a todas las personas un Mini Mental como parte de la evaluación. En general, no existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA, sino que se comparten con otras especialidades.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **60%** de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno. En los casos que disponen de enfermería gestora de casos, sus funciones específicas incluyen la participación en la primera valoración del paciente y la educación de los cuidadores. También atienden a pacientes crónicos complejos, aunque su presencia no está garantizada en todos los sectores ni en todos los centros de salud. Además, realizan consultas para evaluar la sobrecarga del cuidador principal, seguimiento del caso, y en algunos casos, llevan a cabo valoraciones geriátricas integrales.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: Los expertos encuestados coinciden en que los principales retos identificados se pueden englobar en las siguientes categorías:

- **Barreras en el acceso a recursos y personal especializado:** se requiere la creación de programas integrales que incluyan atención primaria, geriatría, psiquiatría y neurología, además de contratar más personal especializado. También hay tiempos de espera demasiado largos para estudios de neuroimagen y biomarcadores.
- **Inadecuación de los sistemas de información:** la falta de una historia electrónica específica para el seguimiento del deterioro cognitivo dificulta la atención. Es necesario implementar herramientas especializadas para mejorar el proceso.
- **Falta de coordinación entre especialidades:** es necesario mejorar la coordinación entre geriatría, psiquiatría, y neurología. La desconexión entre atención primaria y hospitalaria provoca retrasos en la atención.
- **Necesidad de actualizar los modelos de valoración:** es necesario incorporar nuevas herramientas y biomarcadores para mejorar la precisión en el diagnóstico y tratamiento.

En Aragón, 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

Test de Pfeiffer
Mini Examen Cognitivo de Lobo
Test del Reloj
Minimental State Examination

Escala de Lawton y Brody
Índice de Barthel

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
Índice de Barthel
Índice de Katz
Functional Activities Questionnaire
Functional Assessment Stages

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).

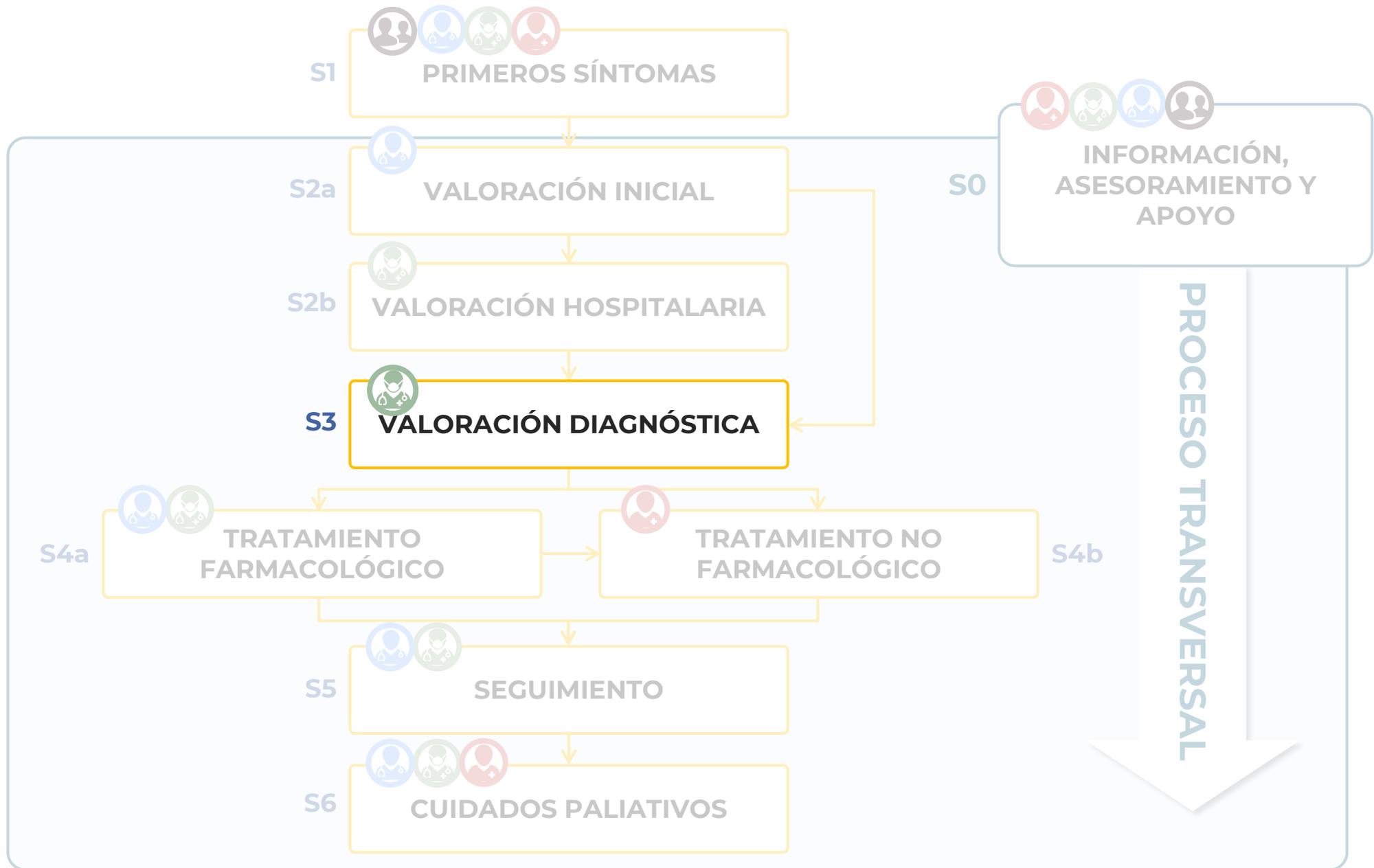
Exploración neuropsicológica abreviada: los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Mini Examen Cognitivo de Lobo**, el **Montreal Cognitive Assessment**, y el **Test de Pfeiffer**.

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

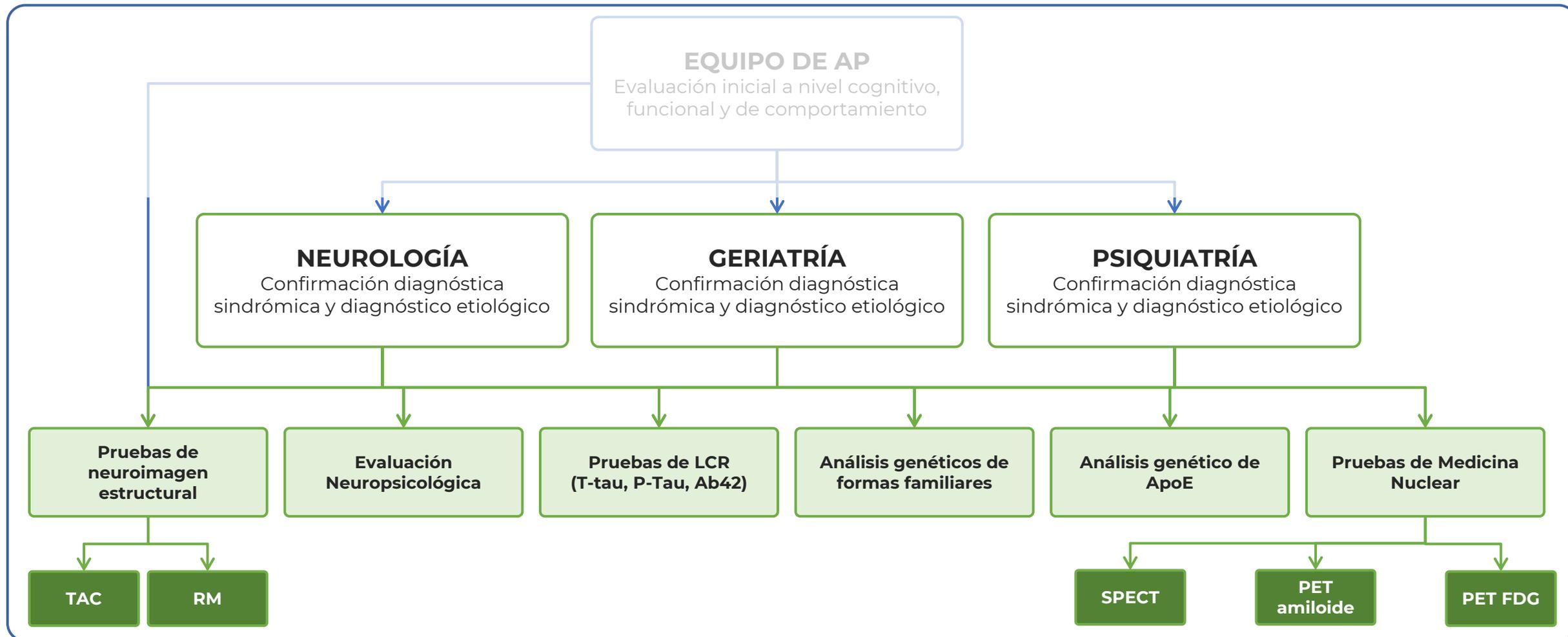
Otras herramientas identificadas son: seven Minute, T@M, Addenbrooke's Cognitive Examination y Set Test.

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 DEL DIAGNÓSTICA EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **50%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en Aragón**, el **50%** restante considera que no se ajusta o lo desconoce.

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

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA. El **20%** restante refiere no utilizar este tipo de prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **82% (50%-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 **MEDIO**.

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

Un **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **no dispone** 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:

- Menos de 1 mes, según **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados**; entre 1 y 2 meses, según el **25%**, y superior a tres meses, según el **25%** restante.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **75%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan <2 meses), e **INADECUADO** por el **25%** restante (>3 meses).
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten la derivación a centros privados para la realización de estas pruebas.
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de las máquinas y profesionales ya disponibles; un **25%** opinan que la mejor estrategia es aumentar el número de máquinas y profesionales disponibles. El **25%** restante afirma que tienen pactado con radiología un mes como tiempo de realización.

El **25%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas es la saturación de las consultas y la falta de tiempo en las mismas. Otro **25%** afirman que la principal barrera son los tiempos de espera demasiado largos.

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

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA. El **20%** restante refiere **no** tener acceso a esta prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **30,75% (26%-40%)*** 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 **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro, y el **50%** restante afirman que se realizan en centros de referencia del SNS.

Un **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **no dispone** 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:

- Entre 1 y 2 meses, según **un 50%** de los profesionales sanitarios encuestados, y superior a 3 meses, según **otro 50%****.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados (>3 meses) y **ADECUADO** por el **otro 50%** (1-2 meses).
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Las políticas identificadas existentes actualmente consisten la derivación a centros privados para la realización de estas pruebas.
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que deberían aumentar el número de máquinas y profesionales; el **25%** restante afirman que la mejor estrategia sería maximizar el uso de las máquinas y profesionales ya disponibles.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **13,75% (10%-20%)*** 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 **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro, y el **50%** restante afirman que se realizan en centros de referencia del SNS.

Un **75%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro **no dispone** 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:

- Entre 2 y 3 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; entre 1 y 2 meses, según otro **25%** de estos profesionales, y superior a 3 meses, según el **25%** restante**.
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (< 3 meses), e **INADECUADO** por el **50%** restante (reportan entre 2-3 meses y >3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen o no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera sería aumentar el número de máquinas y profesionales disponibles; un **25%** opinan que la mejor estrategia sería maximizar el uso de las máquinas y profesionales ya disponibles.

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos.

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

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **10,33% (5%-21%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS, y el **33%** restante afirma que se realizan en el propio centro.

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que su centro **no dispone** 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, y entre 1 y 2 meses, según el **33%** restante**.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por el **67%** de los profesionales sanitarios encuestados (>3 meses), y **ADECUADO** por el **33%** restante (1-2 meses).
- El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; **un 33%** afirma que se debería aumentar el número de profesionales disponibles.

El **67%** de los profesionales de atención hospitalaria que realizan la prueba refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos. Un **33%** menciona que cuentan con un protocolo de derivación restringido a aquellas personas en los que no pueden realizar estudio de biomarcadores en LCR o cuyo resultado es incierto.

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

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA; un **25%** de estos profesionales afirman no tener acceso, y el **25%** restante no utilizan esta prueba.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **32% (5%-59%)*** 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 **ALTO**.

El **50%** de los de profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS y un **50%** afirman que no se dispone 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:

- Entre 1 y 2 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, y superior a 3 meses, según otro **50%****.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan > 3 meses), y **ADECUADO** por el **50%** restante (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.
- Los profesionales de atención hospitalaria consideran como la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de las máquinas y de los profesionales ya disponibles.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a esta prueba refieren tener limitaciones, ya sea porque existe un protocolo de derivación específico o por los tiempos de espera demasiado largos.

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

Los profesionales de atención hospitalaria **no tienen 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 ARAGÓN: LCR (T-tau, P-tau y Ab-42)

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **24,5% (1%-80%)*** 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 **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS, y un **25%** de los profesionales sanitarios encuestados sostienen que sí se dispone 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:

- Entre 1 y 2 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; **un 25%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que este tiempo es superior a 3 meses, y **el 25%** restante lo desconocen**.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan entre 1-2 meses y >3 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 es el aumento de los profesionales disponibles para la realización de la prueba. Un **25%** afirma que, además, sería necesario aumentar el número de máquinas. Otro **25%** de los profesionales sanitarios afirma que sería recomendable poder realizar la prueba en todos los centros.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren limitaciones para la realización de esta prueba, tales como los tiempos de espera demasiado largos, la limitación a un perfil de pacientes específico distinto de la EA, o la imposibilidad de realizarlo en el centro.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN ARAGÓN: 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. Un **25%** refiere no utilizar esta prueba, y el 25% restante señala que no la utiliza.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **1% (1%)*** 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 **BAJO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS, y un **50%** de los profesionales sanitarios encuestados sostienen que desconocen o no se dispone 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:

- Superior a 3 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; el resto lo desconoce**.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan >3 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 aumentar el número de profesionales.

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que la principal barrera para la realización de esta prueba son los tiempos de espera demasiado largos.

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

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares). **Un 25%** desconoce esta información.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **4,25% (1%-11%)*** 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 **MEDIO**.

El **75%** de los casos profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en un centro de referencia del SNS y, de estos, un **25%** afirma que se realizan, además, en el propio centro. Un **75%** de los profesionales sanitarios sostienen que desconocen o no se dispone 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:

- Superior a 3 meses, según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; el **50%** restante lo desconoce**.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por los profesionales de atención hospitalaria encuestados (>3 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 **25%** 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 disponibles; un **25%** afirman que la mejor estrategia sería maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; otro **25%** señalan no detectar ningún problema en relación con los tiempos de espera.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que los tiempos de espera demasiado largos constituyen la principal barrera a la hora de solicitar estas pruebas; un 25% afirma que el coste de la prueba es elevado si se compara con la relevancia clínica de la misma.

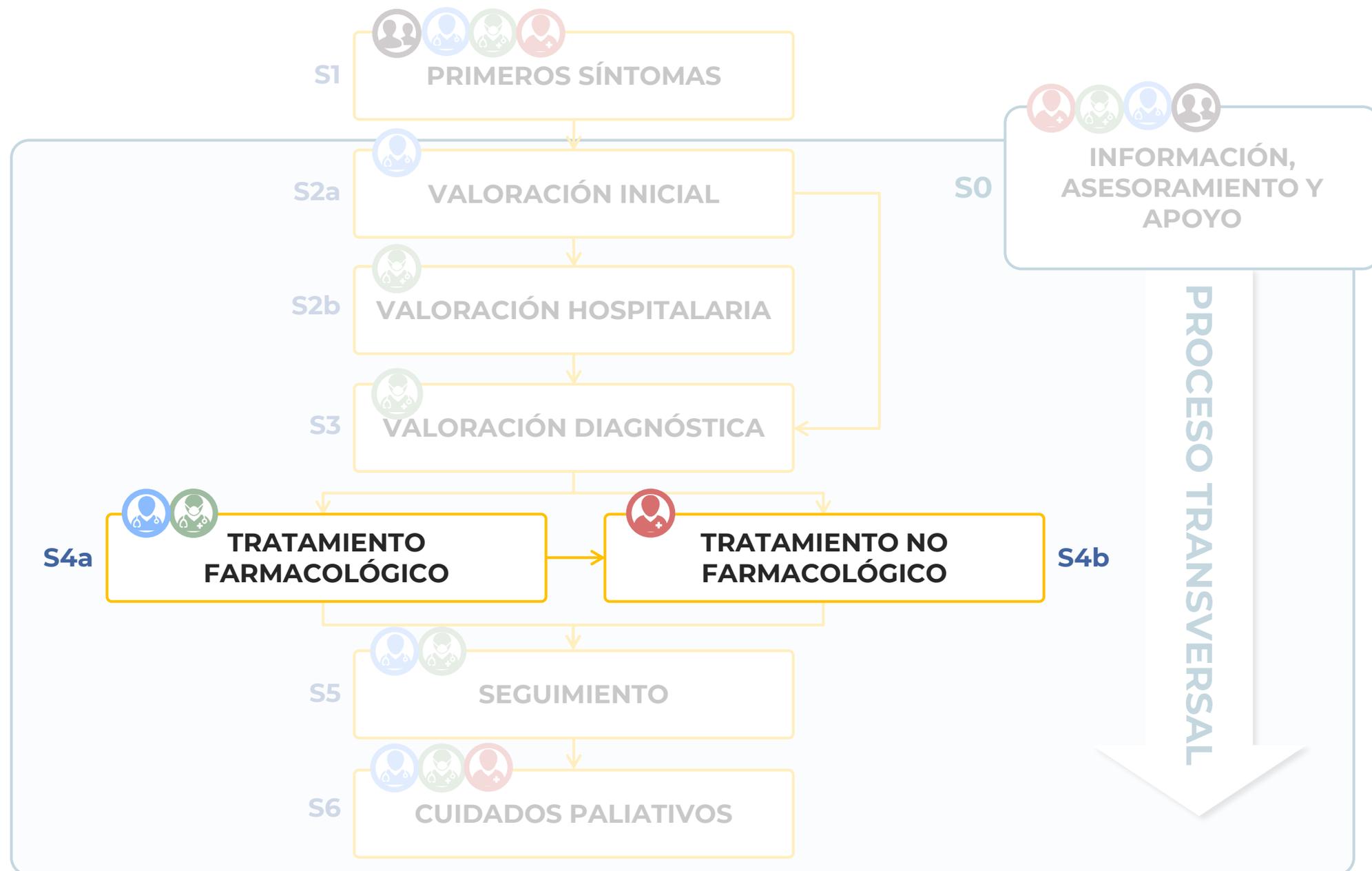
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN ARAGÓN

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen la reducción del tiempo de espera en el proceso diagnóstico y la necesidad de garantizar un acceso equitativo y uniforme a la atención en todas las áreas. También se señala como crítico el desarrollo de una HCE específica para el manejo de personas con deterioro cognitivo.

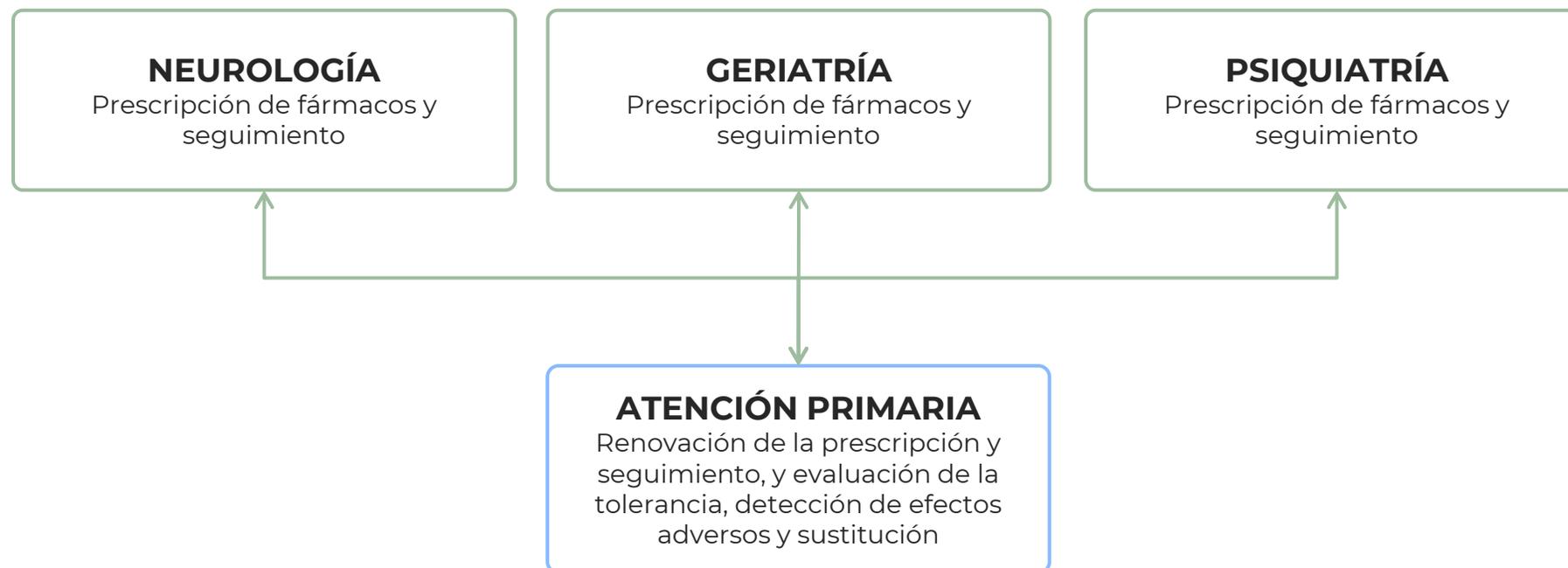
Como áreas de mejora, se plantean:

- **GENERALIZAR LAS PRUEBAS DE LCR:** se destaca la importancia de garantizar un acceso más amplio y equitativo a las pruebas de LCR como parte esencial del diagnóstico temprano.
- **REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA:** disminuir los tiempos de espera en todas las etapas del proceso diagnóstico para asegurar una atención más ágil y efectiva, desde la realización de las pruebas hasta la valoración médica.
- **UNIFORMIDAD EN LA ATENCIÓN:** asegurar una atención homogénea en todas las áreas asistenciales y desarrollar una HCE específica para deterioro cognitivo, que permita un seguimiento más exhaustivo y coordinado de las personas con EA.
- **NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** se plantea la necesidad de introducir nuevos métodos y técnicas diagnósticas, que complementen las actuales, para mejorar la precisión y rapidez en el diagnóstico.
- **MAYOR DISPONIBILIDAD DE TIEMPO EN CONSULTA:** aumentar el tiempo en consulta para realizar diagnósticos detallados y completos, lo que incluye un mejor análisis clínico e integración de información proporcionada por los cuidadores.
- **TEST DE BIOMARCADORES EN SANGRE PARA EA:** aunque aún no están disponibles a nivel comercial (sí en investigación), los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

AGENTES



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **83,3%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4a sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en Aragón**, el **16,7%** restante lo desconoce.

Según el **88%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de iniciar el tratamiento farmacológico puede ser tanto **neurología, como geriatría o psiquiatría**.

Todos los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico, sin haber un consenso sobre qué especialidad debe realizar la continuidad.

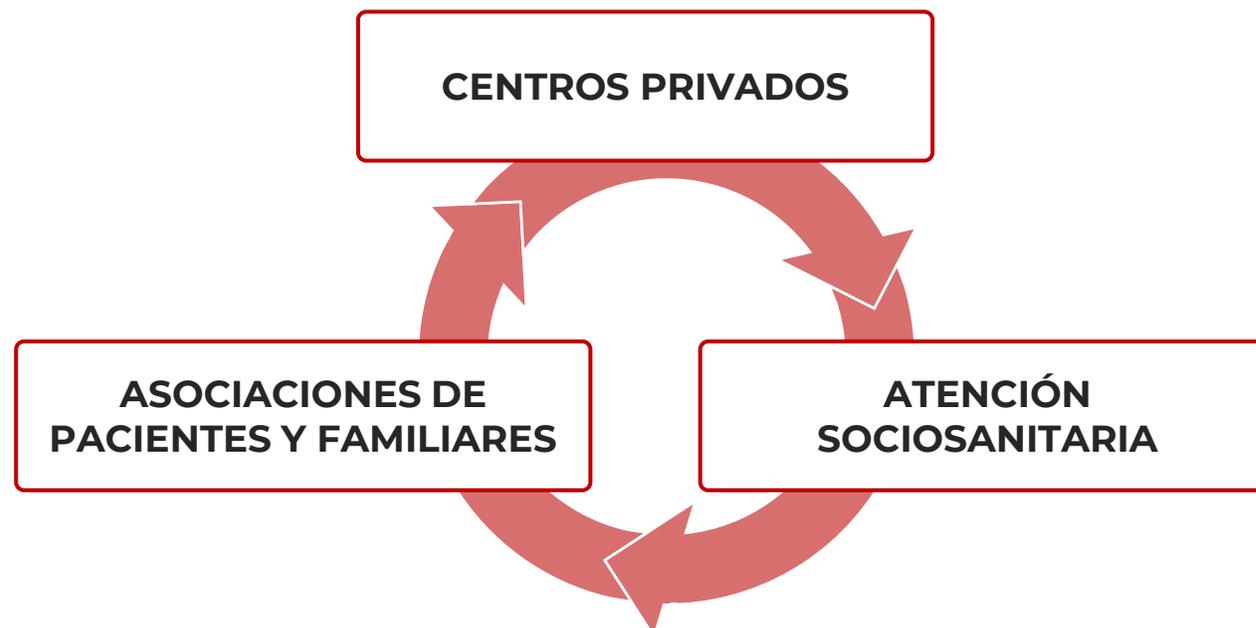
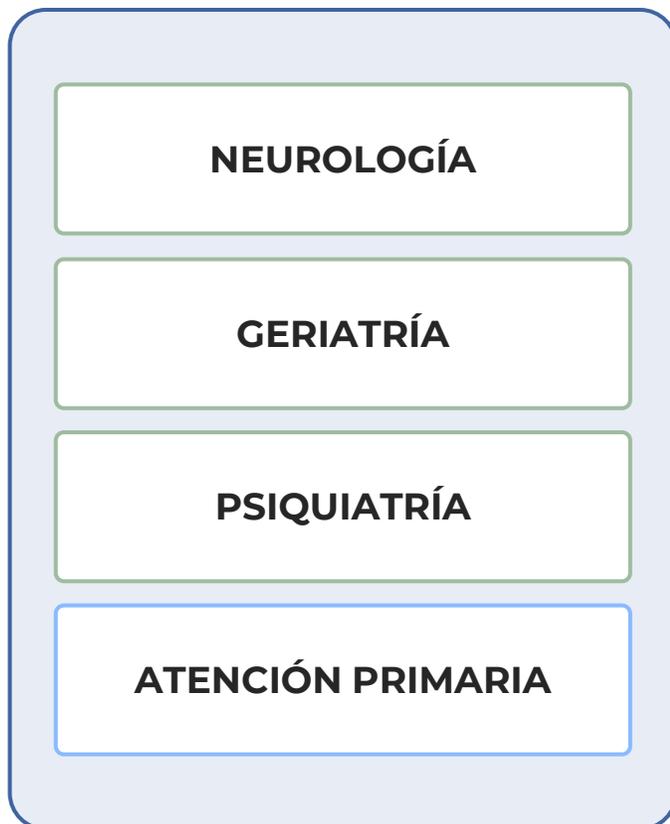
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ARAGÓN

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora incluyen la necesidad de fomentar el uso de la terapia doble (IACEs + Memantina) y la falta de apoyo a los nuevos tratamientos. Además, señalan que debe mejorarse el inicio temprano de los tratamientos farmacológicos, revisar las interacciones farmacológicas y garantizar el acceso a fármacos más eficaces. Otro reto clave es permitir que los profesionales de la salud, especialmente los neurólogos, tengan mayor autonomía para prescribir tratamientos sin barreras burocráticas.

Como **áreas de mejora**, se plantean:

- Fomentar el uso de la terapia doble (IACEs + Memantina) y apoyar los nuevos tratamientos.
- Asegurar un inicio temprano del tratamiento farmacológico y realizar una revisión de interacciones farmacológicas.
- Disponer de fármacos más eficaces para mejorar la respuesta clínica.
- Permitir la prescripción de doble terapia sin restricciones burocráticas.
- Confiar en el criterio del profesional sanitario, especialmente en los neurólogos, para prescribir tratamientos adecuados sin trabas administrativas.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **100%** de los profesionales sanitarios y trabajo social, **consideran que el planteamiento del subproceso 4b sobre tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en Aragón.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, **el 67%** de los expertos encuestados refieren los talleres de memoria y las técnicas de mantenimiento de la funcionalidad. Un **50%** señalan, además, la estimulación cognitiva.

Un **33%** de los expertos encuestados indican que los tratamientos no farmacológicos no están disponibles, solo a través de servicios sociales con valoración de dependencia, a nivel público solo si tienes plaza en centro de día o residencia pública y a nivel privado, hay en ciertas localidades.

Otras terapias disponibles en Aragón incluyen: **el uso de robótica, gamificación, ejercicio físico, fisioterapia, terapia de validación y emociones, y grupos de ayuda mutua para apoyar a personas con demencia y sus cuidadores.**

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

- **al 49,4%**, se les prescriben talleres de memoria.*
- **al 45,6%** técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.*
- **al 37,6%**, estimulación cognitiva.*
- **al 15%** técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales*.

No obstante, existe mucha heterogeneidad en la opinión de los encuestados sobre el acceso de las personas con EA a este tipo de terapias.

El **67%** de los encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas es la estimulación cognitiva y técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**, seguidas de los talleres de memoria.

Algunos expertos encuestados mencionan, además, la participación social y las intervenciones psicosociales, para que las personas con EA continúen formando parte de las actividades comunitaria de su localidad, promoviendo la socialización. Asimismo, las terapias basadas en el arte permiten la expresión emocional y cognitiva mediante actividades como dibujo, pintura y escultura, ofreciendo satisfacción y un sentido de logro. Las técnicas de mindfulness y relajación ayudan a reducir el estrés y la ansiedad, mejorando el bienestar general mediante ejercicios de respiración y meditación.

*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 ARAGÓN

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: el principal reto es la falta de acceso a tratamientos no farmacológicos en los centros públicos, ya que actualmente no existe una red pública para su provisión. Además, la demanda de este tipo de tratamiento es alta, pero la oferta en el sector público es limitada.

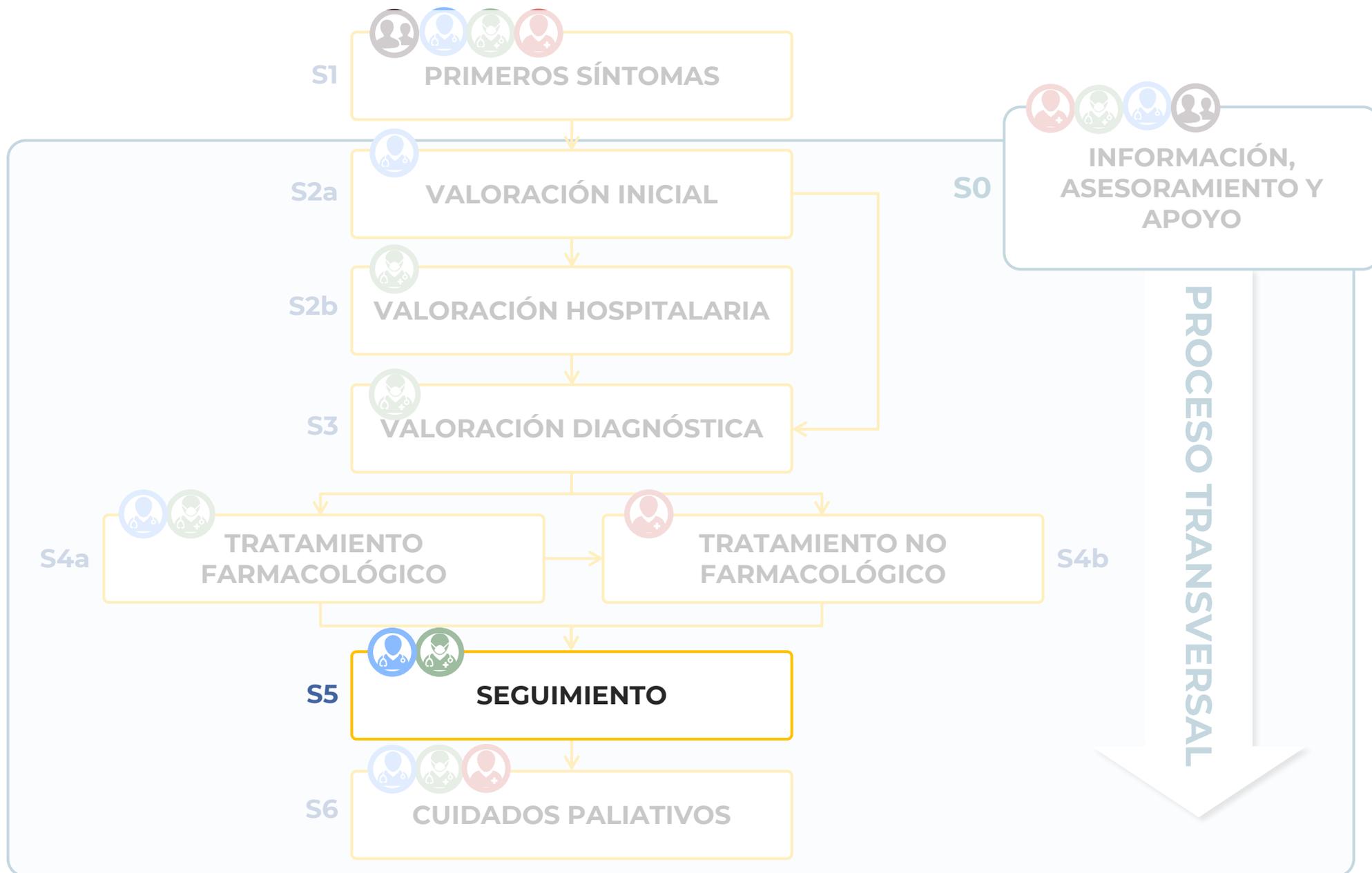
En cuanto a las mejoras:

- **Aumento de plazas públicas en centros especializados:** incrementar el número de plazas en centros especializados para ofrecer tratamiento integral a las personas con EA.
- **Formación y empoderamiento de usuarios y familiares:** proveer formación y herramientas para que los usuarios y sus familiares se sientan más capacitados y empoderados en el manejo de la enfermedad.
- **Mejorar la coordinación entre sanitario y social:** establecer criterios de calidad y mejorar la coordinación entre los sectores sanitario y social, especialmente en los centros concertados.
- **Facilitar la prescripción de tratamientos no farmacológicos:** permitir que desde Sanidad se pueda prescribir tratamiento no farmacológico de manera accesible.
- **Fomentar la relación entre las consejerías de Bienestar Social y Sanidad:** aumentar la colaboración entre estas consejerías para asegurar una atención sociosanitaria de calidad.
- **Mejorar la comunicación con asociaciones y centros privados:** potenciar la relación entre asociaciones, centros privados y los profesionales de salud, con el fin de considerar informes y tratamientos no farmacológicos.

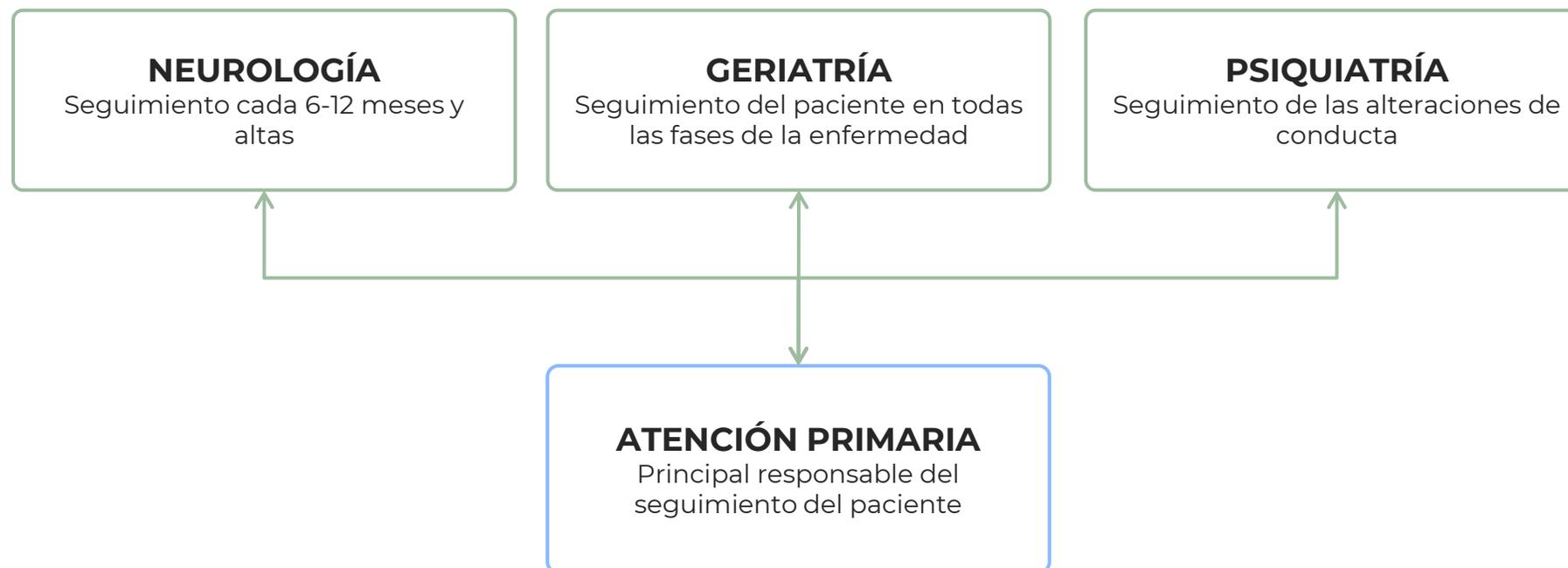
El **33%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de Bienestar Social, mientras que otro **33%** de los expertos señalan que están financiados por la consejería de Sanidad. El resto de los expertos afirman que no están financiados o que lo desconocen.

Un **67%** de los expertos encuestados consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **66,7%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en Aragón**, un **33,3%** considera que no se ajusta a la realidad o lo desconoce.

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el seguimiento se realiza, principalmente, por los profesionales de **medicina familiar y comunitaria (67%)**, junto con **geriatría (50%)**, seguidos, en menor medida, de neurología y psiquiatría.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: un **80%** de los expertos encuestados **no identifica** la existencia de un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA; el **20%** que señala la existencia del protocolo afirma que su grado de conocimiento e implementación es **MEDIO**.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **60%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 6-12 meses**. 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 sería deseable que este tiempo fuera menor del actual, con un seguimiento a demanda por parte de enfermería. Aquellas personas con sintomatología conductual de difícil control y situación social frágil pueden requerir revisiones cada 1-3 meses.

PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento, todos los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan pruebas de valoración cognitiva y evaluación clínica. **El 83%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que, además, realizan pruebas de valoración funcional.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por **el 100%** de los profesionales sanitarios son la **evaluación de la adherencia** y el **manejo de los efectos adversos**, seguidas de la valoración clínica, según afirman **el 80%** de estos profesionales. En menor medida, el 40% de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las principales funciones son la renovación de la prescripción y la información y asesoramiento de la persona con EA.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN ARAGÓN

DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: los expertos encuestados refieren que la facilidad para la derivación de las personas con EA entre niveles asistenciales en situaciones de necesidad es **MEDIA**.

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: se propone un protocolo conjunto entre las consejerías de Servicios Sociales y de Salud, así como la implementación de HCEs compartidas y la interconsulta virtual al especialista de área para mejorar la coordinación. En Teruel, ya existe una coordinación exitosa entre el servicio de Geriátrica y las Residencias del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), impulsada desde el servicio de geriatría, lo que podría servir como modelo para otras regiones.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: durante el seguimiento de la enfermedad, trabajo social desempeña su papel, principalmente, en el apoyo al cuidador y en la recomendación de recursos disponibles. Además, realiza la evaluación inicial y continua de las necesidades, coordinando el desarrollo de planes de cuidado personalizados y gestionando el acceso a los servicios y recursos necesarios. También se encarga de la revisión del grado y ofrece colaboración a demanda en caso de necesidad, todo ello en coordinación con otros profesionales para garantizar un seguimiento integral. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **MEDIA**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **50%** de los expertos encuestados resaltan que **no 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 calidad de vida, junto con la salud psíquica de los cuidadores y las repercusiones en las relaciones sociales son las áreas con mayor impacto de la EA; **un 83%** de los expertos encuestados señalan las repercusiones en las relaciones familiares y sobre la salud física.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: la provisión de ayuda domiciliaria, mayor disponibilidad de centros de día, acceso a programas de respiro, apoyo psicológico y grupos de ayuda, así como asistencia financiera. También se propone flexibilizar jornadas laborales y ofrecer ayudas económicas y fiscales para cuidadores en edad laboral, además de incorporar tecnologías asistenciales como dispositivos de monitoreo remoto y aplicaciones de gestión para mejorar la autonomía del paciente. Es fundamental intervenir desde las primeras etapas con orientación y asesoramiento, y ofrecer terapias familiares que fomenten la comunicación y el establecimiento de metas guiadas por profesionales.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según el **83%** de los expertos encuestados.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: uno de los principales retos es la falta de protocolos multidisciplinares claros para el seguimiento, lo que dificulta la continuidad de los cuidados. Además, se señala la escasa disponibilidad de apoyo a los cuidadores y las dificultades para acceder a ayudas públicas, lo que genera una carga adicional para las familias. También se mencionan problemas de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, lo que podría mejorar con procesos más integrados. Otro reto es la atención a los problemas de conducta, que no siempre recibe el enfoque adecuado. Además, existe la necesidad de mejorar la documentación y el registro de datos de las personas con EA.

En cuanto a la relación entre el sector público y privado, se destaca la falta de colaboración para compartir información sobre la evolución de las personas con EA que reciben tratamiento en el ámbito privado.

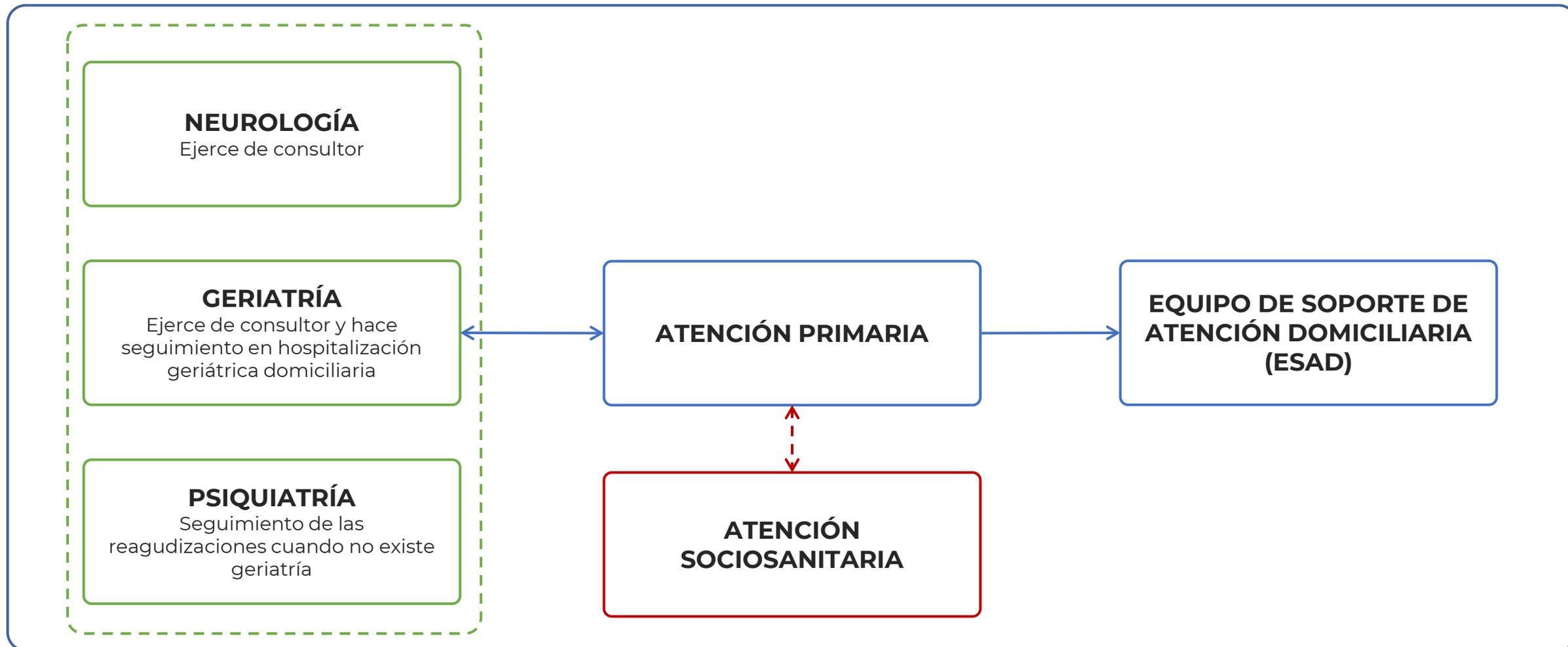
En este sentido, como áreas de mejora, proponen:

- **Establecer protocolos multidisciplinares** para garantizar un seguimiento adecuado.
- **Crear equipos de continuidad de cuidados** que aseguren atención integral.
- **Mejorar el acceso a recursos de apoyo y ayudas públicas** para los cuidadores.
- **Fomentar la comunicación y coordinación** entre profesionales de la salud.
- **Desarrollar estrategias para la atención de problemas de conducta.**
- **Promover la colaboración entre los sectores público y privado** para compartir información sobre las personas con EA.

AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ARAGÓN

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **66,7%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en Aragón**, el **33,3%** indica que los desconoce.

Los expertos encuestados valoran el grado de cobertura actual como **BAJO**.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: el **83%** de los expertos encuestados desconoce las acciones llevadas a cabo por trabajo social en el subproceso de cuidados paliativos, y afirman que trabajo social está integrado dentro del servicio de atención de cuidados paliativos.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son fundamentales en esta etapa, destacándose en la atención domiciliaria, especialmente en zonas rurales alejadas de las ciudades. Además, se integra dentro del servicio de atención de cuidados paliativos y mantiene una comunicación constante con el ESAD (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria). Sin embargo, los protocolos y la atención varían en función del profesional, y no siempre existe claridad en los procedimientos a seguir, lo que dificulta la estandarización del proceso.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados indican que la **atención a las necesidades paliativas** de estas personas, especialmente en fases avanzadas, **es mejorable**, debido al desconocimiento general sobre su naturaleza, la falta de personal especializado y de plazas en hospitales de crónicos, una definición imprecisa del momento de inclusión en los programas, la subestimación de la demencia como motivo para el seguimiento en estas unidades, y la necesidad de mejorar la coordinación entre las especialidades involucradas.

En cuanto a las áreas de mejora, se propone aumentar los equipos de cuidados paliativos, mejorar el apoyo sociosanitario, normalizar los criterios de inclusión, agilizar el proceso de acceso, fomentar la formación sobre cuidados paliativos y extender el acceso a los servicios de hospitalización a domicilio.

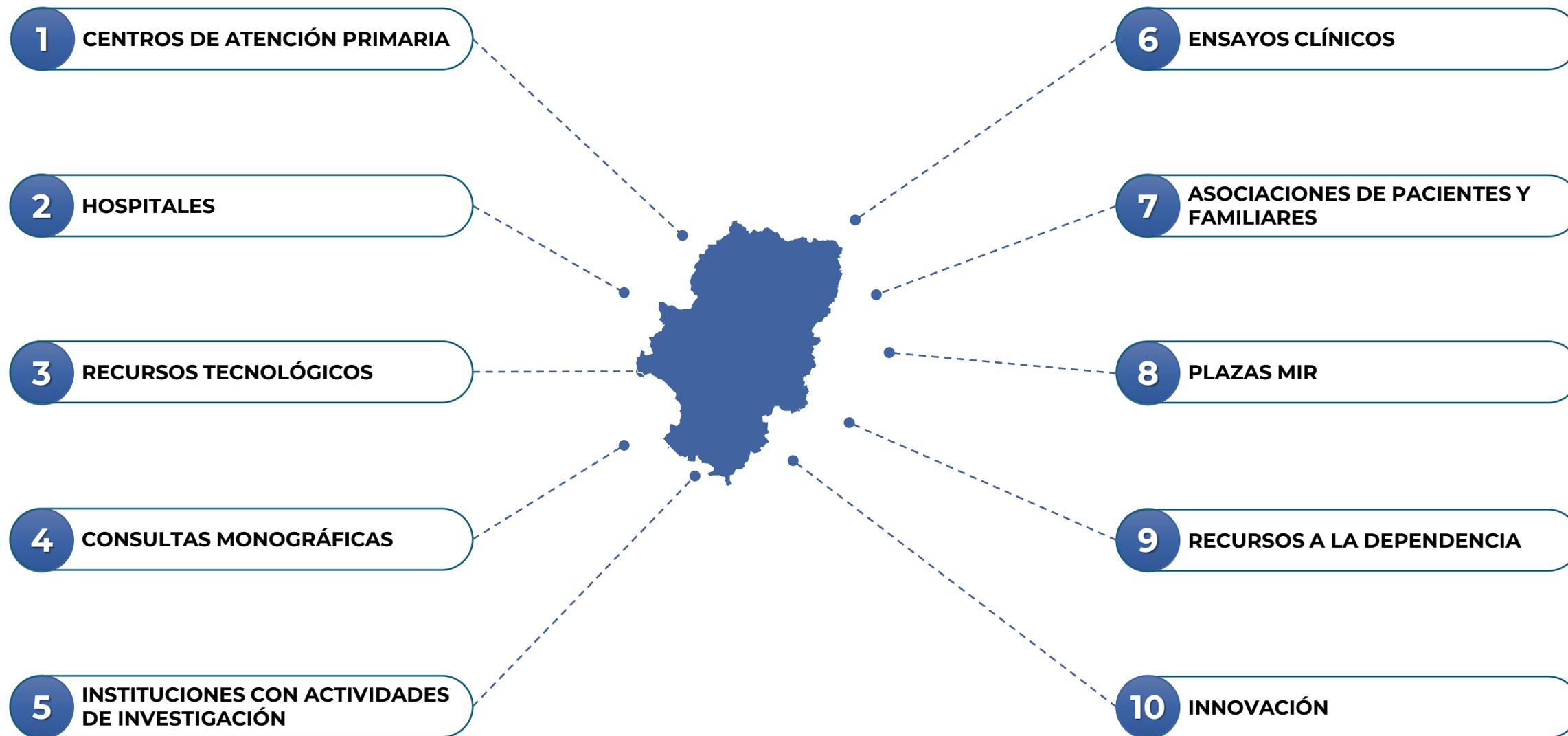
Asimismo, **el 67%** de los expertos encuestados coinciden en que las barreras más habituales en este subproceso son el **desconocimiento de recursos por parte de familiares y/o cuidadores**, la **dificultad para acceder a cuidados de ESAD**, así como la **falta de plazas en residencias de cuidados paliativos**. Además:

- El **50%** de los expertos encuestados señalan, además, la falta de acceso a profesionales con práctica en cuidados paliativos.
- El **33%** de los expertos encuestados señalan la falta de centros concertados.

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
C. 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



990 CENTROS DE AP

- 118 Centros de salud
- 872 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar	Hospital de San José
Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios	Hospital Ernest Lluch Martin
Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de Los Milagros	Hospital General de La Defensa En Zaragoza
Centro Sanitario Bajo Cinca-Baix Cinca	Hospital Nuestra Señora de Gracia
Centro Sanitario Cinco Villas	Hospital Obispo Polanco
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Hospital Royo Villanova
Hospital de Alcañiz	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Hospital de Barbastro	Hospital Universitario Miguel Servet
Hospital de Jaca Salud	Hospital Universitario San Jorge

HOSPITALES PRIVADOS

Clínica Montpellier, Grupo Ha, S.A.U	Hospital Quironsalud Zaragoza
Hospital de Rehabilitación Psiquiátrica Prisma	Hospital Viamed Montecanal
Hospital Hernán Cortes Miraflores	Hospital Viamed Santiago

MUTUAS COLABORADORAS

Hospital Maz	
--------------	--

OTROS

Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen	Unidad de Rehabilitación de Larga Estancia
Hospital San Juan de Dios	Unidad Rehabilitadora de Media Estancia Profesor Rey Ardid

+

29 HOSPITALES

- 18 Públicos
- 6 Privados
- 4 Otros
- 1 Mutua colaboradora con la SS

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
Islas Baleares	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
Comunidad Valenciana	10.156	1.413
Extremadura	3.480	341
Galicia	7.409	931
Madrid	12.240	2.602
Región de Murcia	3.570	433
C. Foral de Navarra	1.520	286
País Vasco	6.052	1.373
La Rioja	973	100
Ceuta y Melilla	333	53



33,3

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



- 28 TAC
- 20 RM
- 7 SPECT
- 4 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 personas con EA, familias y profesionales de la salud en la búsqueda de atención especializada.

CENTRO	UNIDAD
Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora Del Carmen	Unidad de Larga Estancia Psicogeriátrica
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias
Hospital Universitario Miguel Servet	Consulta monográfica de Geriatría
Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús	Unidad de Psicogeriatría
Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros	Unidad de Psicogeriatría

Asimismo, existen unidades de memoria a través de las Asociaciones: AFEDABA Los Calatravos. A nivel privado, en convenio con el Hospital de Alcañiz, Unidad Memoria: Programa de detección temprana.



Se han identificado un total de **5** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

CENTRO NEUROPSIQUIÁTRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

TIPO DE CENTRO: Privado

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Larga Estancia

SERVICIO: Psicogeriatría y Atención Sociosanitaria

LISTA DE ESPERA SERVICIO: ---

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC --- pacientes | RM --- pacientes

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias

SERVICIO: Neurología

LISTA DE ESPERA SERVICIO: 61 días – Sector Sanitario Zaragoza III

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC -- pacientes | RM -- pacientes

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta monográfica de Geriatría

SERVICIO: Geriatría

LISTA DE ESPERA SERVICIO: ---

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC --- pacientes | RM --- pacientes

HOSPITAL PROVINCIAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Psicogeriatría

SERVICIO: Psiquiatría y Geriatría

LISTA DE ESPERA SERVICIO: ---

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC -- pacientes | RM -- pacientes

CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

TIPO DE CENTRO: Público

CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Psicogeriatría

SERVICIO: Psiquiatría y Geriatría

LISTA DE ESPERA SERVICIO: ---

LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC -- pacientes | RM -- pacientes



En Aragón, existen **0,17** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario ya sean públicos o privados



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

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 Aragón.

INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (ISSA)

OTROS CENTROS DE INVESTIGACIÓN

Laboratorio Araclon Biotech

Instituto de Nanociencia y Materiales de Aragón (INMA)

Fundación Neuropolis



Se han identificado un total de **4** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p>NEUROCIENCIA, SALUD MENTAL Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Grupo de Investigación en Neurociencias – GII5042 ISSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Neurovascular / Ictus. • Esclerosis múltiple / Neuroinmunología. • E. Parkinson / Trastornos del Movimiento. • Otras: <ul style="list-style-type: none"> • Neuromuscular (cognición en DM Steinert, registros por patologías). • Ataxis (fenotipo-genotipo) • Epilepsia. • Deterioro cognitivo y demencia. • Casos, series cortas, etc.
<p>Laboratorio Araclon Biotech</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de la Enfermedad de Alzheimer.
<p>INMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de I+D+i ROSSCA, que busca desarrollar nanozimas neuroprotectoras para ser probadas en ensayos contra la Enfermedad de Alzheimer.
<p>Fundación Neuropolis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de evaluación clínica, investigación terapéutica (farmacológica y no farmacológica) y ensayos clínicos en demencia.

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EEC

2014-001967-11	2023-509807-34-00
2017-002455-29	2019-001476-11
2016-003928-23	2022-002326-27
2022-503148-41-00	2017-002702-12
2023-504017-79-00	2015-003034-27
2023-506170-12-00	2014-002013-37
2016-004352-30	2024-511740-11-00
2018-003567-66	2017-001339-38
2016-001128-78	2023-505096-68-00
2023-506872-29-00	2011-005529-34
2016-001127-32	2023-504151-27-00
2020-000766-42	2015-005438-24
2017-001364-38	2012-002866-11



26

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en Aragón

DATOS SOBRE EEC EN ARAGÓN

En Aragón existen **0,9 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en Aragón es de **2**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN ARAGÓN

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2014-001967-11	Estudio fase IIA, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, grupos paralelos, para evaluar la seguridad y tolerabilidad de PQ912 en sujetos con enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2017-002455-29	Estudio de extensión de AVP-786 para el tratamiento de pacientes con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2016-003928-23	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.
2022-503148-41-00	Randomised, double-blind, placebo-controlled study to assess safety and efficacy of PRI-002 in patients with MCI or mild dementia due to Alzheimers disease (AD).
2023-504017-79-00	A Phase 2a/2b Randomized, Placebo-Controlled Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of MK-1942 as Adjunctive Therapy in Participants with Mild to Moderate Alzheimer's Disease Dementia.
2023-506170-12-00	A study to learn if bepranemab is safe and works in people with early stages of Alzheimers Disease.
2016-004352-30	Estudio para testar una nueva vacuna para la enfermedad de Alzheimer en pacientes con sospecha o con enfermedad de Alzheimer muy leve.
2018-003567-66	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad del T 817MA en pacientes con deficiencia cognitiva leve debido a la enfermedad de Alzheimer o a la enfermedad de Alzheimer leve. Los pacientes serán asignados aleatoriamente a placebo o medicación en investigación; la asignación será desconocida para los pacientes y el médico.
2016-001128-78	Ensayo clínico para pacientes con enfermedad de Alzheimer para examinar la seguridad y eficacia del Pimavanserin en el tratamiento de los síntomas de agitación y agresión.
2023-506872-29-00	A Long-term Extension Study to Evaluate Safety, Tolerability, and Efficacy of AL002 in Alzheimer's Disease.
2016-001127-32	Estudio doble ciego, controlado por placebo para analizar la seguridad y eficacia de Pimavanserin en el tratamiento de la agitación y agresión en la enfermedad de Alzheimer.
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.
2017-001364-38	Un estudio para evaluar eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN ARAGÓN

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2023-509807-34-00	A Phase 2 Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Intravenous Sabirnetug in Early Alzheimers Disease.
2019-001476-11	Ensayo clínico para evaluar AL002 en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2022-002326-27	Un estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para evaluar la seguridad y la eficacia de CT1812 en sujetos con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada.
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.
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.
2014-002013-37	Estudio de extensión abierto sobre los efectos de leuco-metiltioninio bis(hidrometanosulfonato) en sujetos con enfermedad de Alzheimer o demencia frontotemporal, variante conductual.
2024-511740-11-00	A Phase 3 study to assess the safety of KarXT and how it helps in reoccurrence prevention in people with psychosis associated with Alzheimer's Disease as compared to placebo.
2017-001339-38	AVP-786 para el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2023-505096-68-00	A Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel-Group Study, to Assess Efficacy, Safety and Immunogenicity of JNJ-64042056, a Phosphorylated Tau Targeted Active Immunotherapy, in Participants with Preclinical Alzheimers Disease.
2011-005529-34	Un estudio comparativo de LMTM y placebo en pacientes con demencia frontotemporal, variante conductual.
2023-504151-27-00	A study to see how well KarXT is tolerated and how well tolerated it is when taken for long time in participants with psychosis associated with Alzheimers disease.
2015-005438-24	BI 425809 en pacientes con deterioro cognitivo debido a enfermedad de Alzheimer.
2012-002866-11	Un ensayo comparativo de TRx0237 y placebo en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada.

7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

FEDERACIÓN ARAGONESA DE ALZHEIMER	faralz@hotmail.com	976258862
ALZHEIMER BARBASTRO Y SOMONTANO	info@alzheimersomontano.org	974316827
AFA FRAGA	alzheimersomontano@gmail.com	974474212
ALZHEIMER HUESCA	info@alzheimersomontano.es	974230704
AFA MONZÓN	info@afedam.org	974415398
AFA BAJO ARAGÓN "LOS CALATRAVOS"	info@afedabaloscalatravos.com	978870988
AFA BAJO ARAGÓN "ADABA"	adabandorra@gmail.com	978880849
AFEDA TERUEL	idilico3@hotmail.com	978611453
AFEDACC CASPE Y COMARCA	afedacc@gmail.com	976631083
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER - AFEDAZ	info@afedaz.es	976431211 / 976412911

+

10

Asociaciones de Familiares y Pacientes en Aragón

DATOS SOBRE AFAS EN COMUNIDAD DE MADRID

50%

de los expertos encuestados consideran se tiene en cuenta la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA. Sin embargo, las AFAs consideran que **habitualmente no** se tienen en cuenta sus opiniones.

83%

De los expertos consideran entre **BAJO** y **MODERADO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones

8 PLAZAS MIR

Las plazas MIR para residentes en las especialidades de **neurología, psiquiatría, geriatría y medicina familiar y comunitaria** en **Aragón** 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

- **4** Neurología
- **82** Medicina Familiar y Comunitaria
- **9** Geriatría
- **11** Psiquiatría

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

NEUROLOGÍA

ZARAGOZA	H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	2
ZARAGOZA	H. CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	2

GERIATRÍA

HUESCA	H. UNIVERSITARIO SAN JORGE	2
TERUEL	H. SAN JOSÉ	1
ZARAGOZA	H. SAN JUAN DE DIOS DE ZARAGOZA	2
ZARAGOZA	H. NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	4

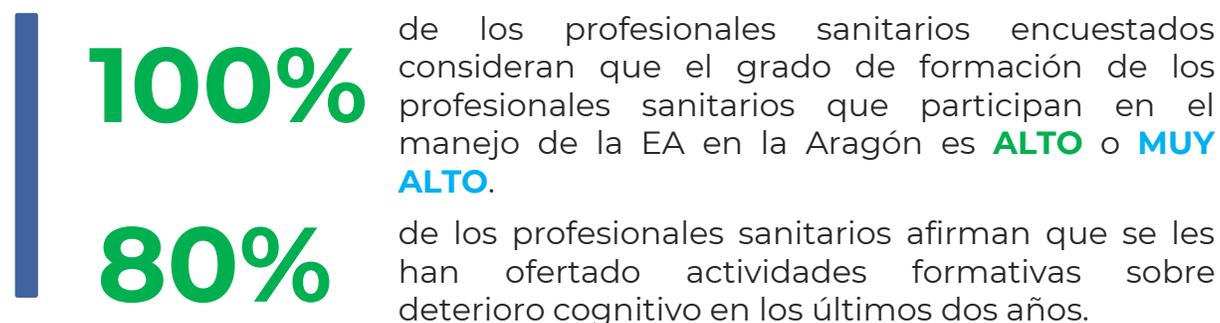
PSIQUIATRÍA

HUESCA	H. UNIVERSITARIO SAN JORGE	1
TERUEL	H. GENERAL OBISPO POLANCO	1
ZARAGOZA	H. CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	3
ZARAGOZA	CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR	1
ZARAGOZA	H. ROYO VILLANOVA	2
ZARAGOZA	H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	3

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HUESCA	UDM AFYC DE HUESCA SECTOR I HUESCA	8
HUESCA	UDM AFYC DE HUESCA SECTOR II BARBASTRO	6
TERUEL	UDM AFYC SECTOR DE ALCAÑIZ	8
TERUEL	UD MFYC SECTOR TERUEL	5
ZARAGOZA	UDM AFYC SECTOR CALATAYUD	6
ZARAGOZA	UDM AFYC SECTOR ZARAGOZA II	21
ZARAGOZA	UDM AFYC SECTOR ZARAGOZA I	10
ZARAGOZA	UDM AFYC SECTOR ZARAGOZA III	18

RESULTADOS SOBRE EL ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DISPONIBLES



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.



PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- Ayuda a domicilio
- Centros de día
- Atención residencial
- Prestaciones económicas

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

La tipología de centros incluye:

- Residencia de personas mayores dependientes.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Solicitudes:

- Solicitud de Estancia Temporal en Centro Residencial.
- Solicitud de Traslado en Centros de atención a personas en situación de Dependencia

Las personas mayores en situación de dependencia en los grados II y III, disponen de este recurso cuando no sea posible su permanencia en el domicilio habitual. El centro se convierte en el domicilio del residente y proporciona una atención continuada y especializada.

¿Quién puede acceder?

Personas mayores que tengan reconocido un grado de dependencia efectivo y para quienes la atención residencial se considere un recurso idóneo en el correspondiente Programa Individual de Atención (PIA). Con carácter general, el cónyuge o pareja estable de la persona en situación de dependencia, y aquellas que tengan relación de parentesco con el dependiente, ya sea por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, convivan o dependan económicamente de ella, y no tengan otros recursos sociales más adecuados a sus necesidades.

¿Cómo se accede a la plaza?

- El PIA determina si el servicio residencial es adecuado para el beneficiario.
- El IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) envía la Resolución del PIA, el documento de consulta (Anexo I) y la información sobre residencias públicas para que el beneficiario exprese su consentimiento y preferencias.
- El beneficiario debe completar y enviar el documento de consulta y la información requerida para solicitar plaza en la red pública.
- La adjudicación de plazas se basa en el baremo de grado de dependencia y capacidad económica.
- Si hay vacante en el centro elegido, se ofrece al beneficiario, que debe ocupar la plaza en 10 días; el PIA se ajustará para reflejar el cambio y dar de baja otras prestaciones si corresponde.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA Y DE NOCHE

Ofrece una atención integral a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

La tipología de centros incluye:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

Con el doble objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel de posible de autonomía personal en las personas mayores dependientes y de permitir a quienes los cuidan un respiro diario que les permita desarrollar el resto de sus actividades, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales pone a disposición de las personas mayores dependientes y sus familias el servicio de estancias diurnas.

¿En qué consiste el servicio?

Se trata de un servicio de estancia asistencial que proporciona una atención integral, durante el periodo diurno, a personas mayores en situación de dependencia.

¿Quién puede acceder?

Personas mayores que tengan reconocido un grado de dependencia efectivo y para quienes se haya considerado un recurso idóneo en el correspondiente PIA.

Durante el proceso se solicitará al futuro usuario que determine los centros de su preferencia.

Las plazas de Centro de Día se complementarán, si es preciso, con el servicio de transporte adaptado.

¿Puede ser solicitado directamente?

Las personas dependientes con Programa Individual de Atención aprobado que experimenten un cambio en sus circunstancias podrán, en cualquier momento, solicitar una modificación para incluir este servicio en su Programa, mediante la presentación de una solicitud ante la Dirección Provincial del IASS que le corresponda.

169

CENTROS DE DÍA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ESTANCIAS TEMPORALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Servicio de ingreso temporal para quienes, habiendo optado por su domicilio como residencia habitual, precisen el servicio de atención residencial para solventar una circunstancia excepcional, como un empeoramiento del estado de salud del que se espera mejoría, o una enfermedad del cuidador. Del mismo modo, este servicio permite a los familiares que asumen habitualmente los cuidados de sus mayores un descanso temporal.

¿En qué consiste este servicio?

Atención continuada y especializada en función del grado de dependencia en un Centro Residencial de la red pública, durante un periodo de enfermedad o descanso.

¿Quién puede solicitarlo?

- Personas que tengan reconocido un grado de dependencia efectivo II y II.
- Mujeres mayores y con discapacidad en situación de violencia de género.

¿Cuáles son los requisitos para su solicitud?

- Cuando padezcan un empeoramiento puntual de su situación del que se espere mejoría y que, no precisando atención hospitalaria, necesitarán para su restablecimiento la atención continuada de un servicio de atención residencial, de modo temporal, siempre que se estime que la situación tendrá una duración máxima de 60 días.
- Situación sobrevenida y temporal del cuidador que impide que pueda continuar prestando cuidados a las personas incluidas en el artículo anterior, siempre que se estime que la situación tendrá una duración máxima de 60 días.
- Descanso del cuidador.

¿Cuál es la duración del servicio?

La estancia temporal se disfrutará, con carácter general, por un máximo de 30 días. En el caso de los apartados a) y b) anteriores, se podrá prorrogar hasta otros 30 días. Nunca puede convertirse en estancia permanente.

¿Cuándo se solicita?

Cuando se tiene conocimiento de la situación que provoca la necesidad, en los dos primeros casos. En los casos de solicitudes por descanso del cuidador, éstas se formularán con una antelación mínima de tres meses antes de la fecha que se pretenda disfrutar el descanso, indicando las fechas preferidas para éste. No podrá concederse más de una estancia temporal por descanso de cuidador en cada año natural.

¿Cómo se solicita?

Presentando la correspondiente solicitud debidamente cumplimentada y firmada por la persona solicitante o su representante legal y sus Anexos relativos, en cualquier registro administrativo, preferiblemente en las Direcciones Provinciales del IASS.

En los supuestos de empeoramiento de la persona dependiente y situación sobrevenida del cuidador, es necesario adjuntar Informe Médico según Anexo I.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Servicio de ayuda a domicilio

Es el 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. Los servicios que incluye son:

- Atención de las necesidades del hogar.
- Cuidados personales.

Teleasistencia

Facilita la asistencia mediante el uso de tecnologías de comunicación, permitiendo una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad o aislamiento.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (PAP) (1/2)

La misión es fomentar la calidad de vida de estas personas y de sus familiares cuidadores y red de apoyo como individuos y como miembros de una comunidad, mejorando su bienestar físico y emocional a través de actividades que fomenten la autonomía personal, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la satisfacción con la propia vida y con las tareas de cuidar y ser cuidado.

Los objetivos de estos servicios, entre otros, son:

- Mejorar la calidad de vida a través de actividades personalizadas y significativas en las dimensiones de bienestar físico, cognitivo, emocional y social.
- Conseguir, en la medida de lo posible, la recuperación de las facultades físicas perdidas y desarrollar al máximo las capacidades existentes, de forma que se obtenga la mayor independencia posible del usuario.
- Intervenir o habilitar, por medio de actividades, para mejorar las áreas de ocupación de la persona usuaria.
- Fomentar el desarrollo social de la persona mayor en su entorno y en su familia, acompañando en el proceso de pérdida de capacidades de la persona en situación de dependencia.

Servicio de Prevención de la Dependencia

Es un servicio que se dirige a prevenir las situaciones de dependencia en las personas mayores para aumentar y/o mantener el bienestar físico, mental y social. Se dirige a las personas mayores que tienen un estado de salud frágil o alto riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo autónomas en su vida diaria.

Servicio de Promoción de la Autonomía Personal

El Servicio de Promoción de la Autonomía Personal tiene por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Este servicio se dirige a personas valoradas por el Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia con Grado I o II, mayores de 18 años, en cuyo Programa Individual de Atención se asigne por parte del IASS dicho servicio como recurso idóneo.

Se ofrecen como servicios centrales del Servicio de Prevención y Promoción PAP los siguientes:

- Los de habilitación y terapia ocupacional.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones del hogar.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (PAP) (2/2)

Como servicios complementarios:

- Formación en cuidados y autocuidados dirigida a personas en situación de dependencia y sus cuidadores ([Servicio de Formación a Cuidadores](#))
- Atención socioterapéutica dirigida a las personas en situación de dependencia y sus cuidadores ([Programa CuidArte](#))

PRESTACIONES VINCULADAS AL SERVICIO

Destinada a contribuir a la financiación del coste de los servicios establecidos en el Catálogo, únicamente cuando en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón no sea posible la atención a través de los servicios públicos o de aquellos otros servicios de titularidad privada que forman parte del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública.

PRESTACIONES DE ASISTENCIA PERSONAL

La finalidad de la prestación de asistencia personal es la de contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal que facilite el acceso a la educación y al trabajo y/o posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas en situación de dependencia reconocida, cualquiera que sea su grado.

El prestador del servicio puede ser una empresa o una persona contratada (están excluidos los familiares de los dependientes).

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES

Se puede reconocer excepcionalmente en aquellas situaciones en las que no existan servicios de los señalados anteriormente en el catálogo. Se deben cumplir los siguientes requisitos.

Con carácter general:

- Se deben prestar los cuidados en el domicilio del dependiente, con carácter previo a la solicitud.
- La persona cuidadora acreditará capacidad física, mental e intelectual, suficiente, para desarrollar las funciones de atención y cuidado, así como no ser solicitante de la situación de dependencia, ni tener reconocida dicha situación.
- Deben acreditarse las adecuadas condiciones de convivencia y habitabilidad.

De la persona que ejerza el papel de cuidador:

- Debe tener más de 18 años.
- Debe residir legalmente en España.
- Debe ser cónyuge o familiar por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado, convivir y atender a la persona en situación de dependencia, al menos un año previo a la fecha de la solicitud. (Se establecen excepciones en zonas especialmente despobladas o carentes de servicios).

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARAGÓN

Los expertos encuestados refieren que en Aragón existen recursos específicos para la EA avanzada, como la Fundación Federico Ozanam y la Residencia Rey Ardid Rosales. En el caso de la EA leve, los expertos encuestados refieren recursos como la Fundación AFEDAZ (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer), el centro de día Nuloe y, a nivel privado, terapias a domicilio o en entidades, desde las asociaciones de Alzheimer de Fraga, Caspe y Andorra.

El **83%** de los expertos encuestados identifican la **atención domiciliaria** como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; **un 67%** de los expertos encuestados identifican la **teleasistencia**, y **un 50%**, los pisos tutelados.

En cuanto a los recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años), los expertos encuestados señalan los talleres de memoria en la Fundación AFEDAZ, y las consultas de atención específica y especializada en entidades privadas.

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: **un 67%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde y solo un **33%** opinan que las derivaciones ocurren de manera adecuada.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: **el 83%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**. Por orden de frecuencia:

- Un **83%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos públicos disponibles.
- Asimismo, un **83%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos concertados.
- Finalmente, el **50%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos privados.

OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **17%** de los expertos encuestados mencionan la **protección legal** como uno de los recursos a la dependencia que se ofrecen de manera más habitual.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ARAGÓN

OTROS RECURSOS DISPONIBLES: el **100%** de los expertos encuestados señalan los recursos de apoyo a la dependencia, y el **16,7%** refieren, adicionalmente, la información sobre prevención de riesgos.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: el **83,3%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

GRADO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: el **83,3%** de los expertos encuestados refieren que **no existe buena coordinación** entre recursos sociales y sanitarios.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En **Aragón** se han iniciado iniciativas innovadoras, tales como:

- Gamificación.
- Colaboraciones con empresas de Neurotecnología, que han desarrollado proyectos de intervención pasiva durante el sueño. Se produce la intervención mientras la persona está durmiendo. La base neurobiológica en este caso es que la magnitud y el número de ondas lentas durante el sueño se correlaciona positivamente con la consolidación de la memoria. Es decir, cuantas más ondas lentas o más magnitud tienen en la fase de sueño profundo, más se consolida la memoria de lo que le ha pasado en el día.
- A nivel de asociaciones:
 - Uso de tecnologías para terapias cognitivas en domicilio.
 - Implantar la atención integral centrada en la persona: Plan de atención y vida.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mejorar la coordinación entre servicios de salud y sociales:

- Crear un grupo de trabajo interdepartamental para diseñar programas específicos.
- Mejorar la colaboración entre atención primaria y hospitalaria para el seguimiento de las personas con EA.

Destinar mayor dotación de recursos para atención geriátrica:

- Ampliar centros de día, residencias y atención domiciliaria.
- Ofrecer apoyo financiero directo y subvenciones.

Aumentar la concienciación y educación sobre la EA:

- Implementar campañas regionales sobre síntomas y etapas de la demencia.
- Sensibilizar a la población para mejorar la detección temprana.
- Proveer más información y recursos a los cuidadores y familiares.

Mejorar la atención primaria y hospitalaria:

- Desarrollar un plan integral de atención a la demencia. Necesidad de monitoreo continuo y de seguimiento a largo plazo.
- Invertir en el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

Desarrollar protocolos de diagnóstico y tratamiento:

- Incorporación/actualización de nuevos test, pruebas o biomarcadores para la detección temprana.

Mejorar la atención a cuidadores y familiares:

- Colaboración más estrecha de los profesionales de salud y servicios sociales con los cuidadores para proporcionarles apoyo emocional y educativo.

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:

Desde MapEA 2017, en Aragón se han desarrollado **cinco nuevas herramientas de planificación y gestión relacionadas con la EA**, el *Plan de Salud Mental 2022 – 2025*, el *Informe de Prevalencia Demencia Aragón (2022)*, el *Plan de Salud de Aragón 2030*, el *Plan del mayor (2021)* y la *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón (2018)*. Existe **gran heterogeneidad** en cuanto al **grado de implementación y conocimiento**, sin existir, en muchos casos, un consenso entre los expertos encuestados.

Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)**, cuyo nivel de implementación en Aragón se considera bajo, y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**, cuyo nivel de implementación en Aragón también es bajo.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Persisten **retos importantes en el proceso asistencial**. Entre ellos:
 - Falta de consenso en el procedimiento de planificación de decisiones y/o voluntades anticipadas.
 - Sobrecarga asistencial en atención primaria y largos tiempos de espera para consultas especializadas.
 - Inadecuación de los sistemas de información, debido a la falta de una historia clínica electrónica específica y falta de coordinación entre especialidades.
 - Reducir los tiempos de espera en el diagnóstico y garantizar un acceso equitativo a la atención en todas las áreas.
 - Mejorar el acceso a tratamientos farmacológicos eficaces, y otorgar mayor autonomía a los neurólogos para prescribir sin barreras burocráticas, así como mejorar el acceso a tratamientos no farmacológicos.
 - Falta de protocolos multidisciplinares claros para el seguimiento.
 - Atención paliativa insuficiente para pacientes con demencia en fases avanzadas, debido a la falta de personal especializado y plazas.

RECURSOS

- En comparación con **2017**, Aragón se observa un ligero aumento de recursos tecnológicos disponibles en la Aragón: el número de **TACs** disponibles ha aumentado de **22** a **28** máquinas; el número de **RMs** disponibles ha aumentado de **12** a **20** en la actualidad y el número de **SPECT** también ha aumentado, pasando de **4** a **7** pruebas. Asimismo, el número de **PET** ha pasado de **1** a **4**.

GLOSARIO



TÉRMINO	DEFINICIÓN
AFA	Asociación de Familiares de Alzheimer
AFEDAZ	Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer
ApoE	Apolipoproteína E
BDU	Base de Datos de Usuario
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
EA	Enfermedad de Alzheimer
ESAD	Equipo de soporte de atención domiciliaria
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
IACEs	Inhibidores de la acetilcolinesterasa
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales
LCR	Líquido cefalorraquídeo
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
PAP	Promoción de la autonomía personal
PIA	Programa individual de atención
PCH	Puesto clínico hospitalario
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
REM	Razones estandarizadas de morbilidad
RM	Resonancia Magnética
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada
ZBS	Zona básica de salud



Proyecto MapEA



ANEXOS

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – HUESCA I

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de 3ª edad La Solana	Aínsa-Sobrarbe	974 50 08 13 / 974 50 00 02
Residencia La Sabina	Albelda	974 42 06 69 / 646 98 65 74
Residencia Virgen de Astón	Alcalá de Gurrea	
Residencia Sierra de Alcubierre	Alcubierre	974 57 72 34
Residencia para personas mayores Jaime Dena	Almudévar	974 25 09 13
Residencia Santo Domingo	Almudévar	974 25 02 98
Residencia municipal	Altorricón	974 42 56 53 / 690 70 02 57
Residencia Brusau Santolaria	Angüés	974 26 05 27
Fundación Cocorro	Ansó	974 37 01 73
Residencia de 3ª edad Nuestra Señora de Casbas	Ayerbe	974 38 06 37
Hogar Padre Saturnino López Novoa	Barbastro	974 31 12 97
Residencia municipal de personas mayores Las Huertas	Barbastro	974 30 86 00
Residencia Somontano	Barbastro	974 30 85 62
Fundación Casa de Amparo de Barbastro	Barbastro	974 31 02 98
Residencia Nuestra Señora del Pilar	Belver de Cinca	974 46 98 71
Residencia de 3ª edad IMSARTE	Benabarre	974 54 33 35
Residencia de 3ª edad La Conchada	Biescas	974 48 54 79
Residencia comarcal de personas mayores	Binéfar	974 43 12 05
Residencia María Llevot	Binéfar	974 42 97 66
Residencia de mayores Valle del Ésera	Campo	974 55 05 20
Fundación municipal Centro de Tercera Edad	Castejón de Sos	974 55 30 92 / 974 55 33 53
Vitalia Sierra de Guara	Chimillas	974 21 88 38
Residencia Estadilla - Fundación SANESVAL	Estadilla	974 30 54 22 / 974 30 55 57
Residencia del Cinca	Fraga	974 47 05 61

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – HUESCA II

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Sagrado Corazón de Jesús	Fraga	974 47 00 99
Residencia Monegros	Grañén	974 39 00 33
Residencia Parque San Julián	Grañén	974 39 07 60
Residencia de mayores Doctor José Luis Cudós	Graus	974 54 08 26
Residencia de ancianos municipal	Gurrea de Gállego	976 68 82 88
Hostal residencia Avenida	Huesca	974 22 92 92
Residencia Raessa	Huesca	974 23 11 41 / 615 07 37 94
Parque Botánico Virgen de Loreto	Huesca	974 22 30 16
Residencia de 3ª edad Parque	Huesca	974 22 95 41
Residencia Nuestra Señora de la Merced	Huesca	974 22 11 32
Residencia de ancianos Misioneras de Nuestra Señora del Pilar	Huesca	974 22 00 12
Residencia de 3ª edad Felipe Coscolla	Huesca	974 22 60 93
Residencia Cavia	Huesca	974 24 43 59
Residencia Los Olivos	Huesca	974 35 39 32 / 637 59 49 58
Residencia Saturnino López Novoa	Huesca	974 24 46 20
Residencia de personas mayores Sagrada Familia	Huesca	974 22 22 54
Residencia de personas mayores Ciudad de Huesca	Huesca	974 23 84 51
Residencia La Abubilla	Igriés	651 61 89 05
Residencia El Carmen	Igriés	974 27 12 68 / 667 48 34 87
Residencia Vitalia Jaca	Jaca	974 36 26 25
Residencia de 3ª edad Hogar Santa Orosia	Jaca	974 36 03 95 / 974 35 59 63
Residencia de ancianos Riosol	Monzón	974 40 08 00
Vivienda tutelada de mayores Alcort	Monzón	974 40 43 30
Residencial Torrefuentes	Monzón	974 41 60 96

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – HUESCA III

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Virgen de Fátima	Quicena	974 22 45 80
Emera Valles Altos	Sabiñánigo	974 48 32 56
Residencia Alto Gállego	Sabiñánigo	974 48 37 77
Residencia municipal de 3ª edad	Sariñena	974 57 10 20
Tamarite Residencial, S. L.	Tamarite de Litera	974 42 05 05
Residencia comarcal de personas mayores de Tamarite	Tamarite de Litera	974 42 06 35
Residencia María Antonia Brussau	Tardienta	974 25 35 29 / 680 55 96 67
Residencia L'Ausín	Valle de Hecho	974 37 55 12 / 679 13 26 96

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – TERUEL I

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Hogar de 3ª edad	Albalate del Arzobispo	978 81 26 65
Residencia de personas mayores Albarracín	Albarracín	978 71 01 78
Residencia de ancianos Santo Ángel	Alcañiz	978 83 05 52
Residencia de 3ª edad Alcañiz	Alcañiz	978 87 08 98
Residencia de 3ª edad La Purísima	Alcorisa	978 84 00 54
Residencia San Martín de Tous Bajo Aragón	Andorra	978 84 28 64
Residencia de 3ª edad Los Jardines	Andorra	978 88 01 73
Fundación Residencia La Solana	Ariño	978 81 74 00
Residencia Nuestra Señora del Campo	Azaila	978 82 50 44
Casa familiar La Inmaculada	Burbáguena	978 73 33 24
Residencia Sant Roc	Calaceite	978 85 18 82
Residencia mixta de Calamocha	Calamocha	976 74 04 74
Residencia tercera edad Virgen de los Olmos	Calamocha	978 73 05 04 / 629 12 30 51
Centro Residencial Calanda	Calanda	978 88 60 77
Residencia de personas mayores de Cantavieja	Cantavieja	964 18 52 87
Residencia de mayores de Cedrillas	Cedrillas	978 77 42 89
Casa Familiar Nuestra Señora de los Dolores	Gea de Albarracín	978 70 21 14
Residencia para Jubilados San Valero	Híjar	978 82 02 23
Residencia Naturalzheimer Santa Bárbara	Martín del Río	978 75 42 67
Residencia Guadalupe	Mas de las Matas	978 84 81 39
Residencia San José	Monreal del Campo	978 86 46 57 / 978 86 31 86
Residencia Monreal	Monreal del Campo	978 86 46 57
Residencia de 3ª edad Jerónimo Zurita	Mosqueruela	978 80 50 80
Centro de mayores Miguel de Molinos	Muniesa	978 81 09 22
Residencia de 3ª edad de Nogueruelas	Nogueruelas	978 80 44 14 / 978 80 44 06 / 620 92 47 43

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – TERUEL II

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Fundación Residencia para Ancianos y Menores de Sarrión	Sarrión	978 78 01 67
Residencia El Sabinar del Río	Terriente	978 03 06 07 / 617 32 53 85
Residencia San Pablo	Teruel	978 62 20 59
Residencia Javalambre	Teruel	978 60 94 87
Residencia de ancianos San José	Teruel	978 62 12 78
Residencia San Hermenegildo	Teruel	978 62 15 65
Vitalia Paúles	Teruel	978 61 15 18
Residencia Rey Ardid Ibercaja Teruel	Teruel	978 62 09 36
Hogar Santa Bárbara	Torrijo del Campo	978 86 21 77
Residencia de mayores Utrillas	Utrillas	978 75 70 11
Residencia de personas mayores de Valderrobres	Valderrobres	978 89 08 80
Vivienda tutelada municipal	Villarquemado	978 86 71 40

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA I

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de ancianos Nuestra Señora de Piedad	Ainzón	976 86 85 11 / 677 75 17 64
Residencia de mayores de Alagón	Alagón	976 61 26 40
Casa de Amparo de la Inmaculada Concepción de Alagón	Alagón	976 61 08 86
Residencia de mayores Nuestra Señora de la Peña	Alfajarín	976 10 05 12
Residencia Beata María Pilar Izquierdo	Alfamén	976 62 85 78
Residencia Nuestra Señora del Carmen	Almonacid de la Sierra	976 62 74 08
Residencia para personas mayores Hayardén	Almunia de Doña Godina (La)	976 81 22 23
Residencia Santa María de Cabañas	Almunia de Doña Godina (La)	976 81 21 68
Residencia de 3ª edad Virgen del Rosario	Añón de Moncayo	976 64 92 74
Fundación Servicios Asistenciales para Mayores El Molino	Ariza	976 87 90 09
Residencia para personas mayores Virgen del Campo	Asín	976 66 66 89
Residencia de mayores de Belchite	Belchite	976 83 91 12 / 638 81 04 81 / 976 83 08 86
Residencia Víctor Orduna	Biota	876 61 05 40
Residencia de 3ª edad Hospital Sancti Spiritus de Borja	Borja	976 86 70 04
Residencia de mayores de Borja	Borja	976 86 73 11
Los Manantiales del Burgo	Burgo de Ebro (El)	618 90 81 95
Residencia Barataria	Cabañas de Ebro	976 61 18 43
Vitalia Santa Fe	Cadrete	976 45 26 11
Residencia Puerta de Zaragoza	Calatayud	976 88 25 42
Residencia Reyes Calatayud	Calatayud	976 89 16 11
Hogar Bilbilitano	Calatayud	976 88 68 48
Centro Asistencial de Calatayud	Calatayud	976 88 17 57
Residencia municipal San Íñigo	Calatayud	976 88 19 14
Residencia Nuestra Señora de la Peña	Calatayud	976 88 15 50

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA II

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de personas mayores José Bribián Sanz	Cariñena	976 79 31 21
Residencia de ancianos Santa María la Mayor	Caspe	976 63 01 18
Residencia Adolfo Suárez	Caspe	976 63 04 72
Residencia La Lonja	Codos	625 68 48 36 / 692 97 53 85
Residencia Mirasol	Cuarte de Huerva	976 50 32 11
Residencia de 3ª edad Santo Tomás de Aquino	Daroca	976 80 04 20
Residencia para personas mayores Santa Ana	Daroca	976 54 50 15
Residencia municipal de mayores Elvira Otal	Ejea de los Caballeros	976 67 79 33
Residencia Villa de Ejea	Ejea de los Caballeros	976 66 35 11
Residencia de ancianos Nuestra Señora de Rodanas	Épila	976 60 30 43
Residencia Santa Lucía	Escatrón	976 17 10 96
Centro Asistencial Figueruelas	Figueruelas	976 65 62 16
Residencia Entrerrios	Grisén	876 09 40 60
Residencia de personas mayores Comarca del Aranda	Illueca	976 54 81 18
Residencia San Marcelino	Jaulín	976 14 22 96
Residencia Nuestra Señora del Puig	Joyosa (La)	976 65 11 92 / 616 45 89 58
Residencia Alonso I de Aragón	Lécera	976 83 26 29
Residencia 3ª edad Nuestra Señora Virgen de las Nieves	Letux	976 83 72 15
Residencia ARUEJ	Luesia	976 67 33 09
Residencia de Magallón	Magallón	682 16 07 21 / 652 95 48 15
Asociación San Sebastián	Mallén	976 85 00 68
Residencia Luz del Moncayo	Malón	976 19 82 68
Residencia Ozanam María Auxiliadora	María de Huerva	976 12 40 40
Residencia Virgen de la Fuente	Muel	976 14 11 65 / 976 14 10 54

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA III

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia para personas mayores San Roque	Muela (La)	976 14 14 74
Residencia de 3ª edad Pablo Herráez y Esposa	Novillas	976 86 11 33
Residencia de ancianos Virgen de la Pardina	Orés	976 66 66 41
Residencia El Veral	Osera de Ebro	876 04 16 45 / 607 01 30 38
Residencial Las Adelfas	Osera de Ebro	976 16 73 42
Residencia para personas mayores El Olmo	Pastriz	976 58 31 29
Fundación Hospital Altau - Residencia de ancianos	Pedrola	976 61 50 48
Residencia Hogar 65	Pinseque	976 65 18 00 / 679 98 05 36
Residencia geriátrica Los Maizales	Pinseque	976 65 17 96
Fundación Virgen de la Ola	Pinseque	976 65 16 78
Residencia geriátrica Los Maizales II	Pinseque	976 65 68 70
Albertia El Moreral	Puebla de Alfindén (La)	976 10 87 90
Nuestra Señora del Pilar	Ricla	976 60 61 43
Residencia Campo Romanos	Romanos	976 80 39 37
Residencia Sabiñán	Sabiñán	976 82 55 41
Residencia Villa de Sádaba	Sádaba	976 67 51 51
Residencia Nueva Mater Dei	San Mateo de Gállego	679 67 49 63
La Sabina	San Mateo de Gállego	976 68 46 08 / 976 68 31 11
Residencia Luis Carlos Piquer	Sástago	976 17 21 34
Residencia de ancianos San Vicente de Paúl	Sobradriel	976 13 92 97
Residencia Manuela Pérez de Biel	Sos del Rey Católico	948 88 81 27
Centro asistencial Palmerola	Tarazona	976 19 90 32
Residencia de personas mayores Hogar Doz	Tarazona	976 19 92 80
Residencia de ancianos Virgen de Sancho Abarca	Tauste	976 85 42 50

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA IV

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Virgen de Sancho Abarca II	Tauste	976 86 61 84
Residencia Valdeolivo	Tobed	976 62 88 65
Residencia de ancianos Virgen de San Cristóbal	Uncastillo	976 67 90 24 / 976 67 90 36
Residencia de 3ª edad Las Mimosas	Urrea de Jalón	976 65 44 06
Centro Asistencial Santa Ana	Utebo	976 79 29 96
Centro Geriátrico José Ariño	Utebo	976 78 42 95
Residencia La Edad Brillante	Valmadrid	976 14 60 08
Residencia Sagrado Corazón	Vera de Moncayo	976 64 90 03
Residencia Jardines de Villafranca	Villafranca de Ebro	976 16 71 79 / 976 16 63 13 / 627 52 67 36
Residencia Hermanos Buisán	Villanueva de Gállego	976 18 68 08
Residencia de 3ª edad Lucero del Alba II	Villanueva de Gállego	976 18 51 06
Residencia de 3ª edad Virgen de la Sierra	Villarroya de la Sierra	976 89 94 02
Residencia Miguel Servet	Zaida (La)	976 17 87 18
Residencia 3ª edad Burdeos	Zaragoza	976 29 36 97
Residencia Casa Palacio Palafox	Zaragoza	976 39 34 77
Residencia Virgen del Pilar	Zaragoza	976 23 98 05
Residencia La Magdalena	Zaragoza	976 39 07 66
Residencia Las Fuentes	Zaragoza	976 59 76 26
Residencia de mayores Mixta Diana	Zaragoza	976 59 82 72
Residencia CAI-AFEDAZ Virgen del Carmen	Zaragoza	976 43 12 11
Residencia Nuestra Señora del Pilar	Zaragoza	976 29 04 50
Residencia municipal Casa de Amparo	Zaragoza	976 72 49 49
Centro Social Virgen del Pilar	Zaragoza	976 44 67 66
Residencia Hogar de Darío	Zaragoza	976 28 12 69

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA V

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de ancianos Nuestra Señora del Portillo	Zaragoza	976 44 06 49
Apartamentos para personas mayores	Zaragoza	976 72 49 49
Ballesol Puerta del Carmen	Zaragoza	976 48 45 75
Residencia Virgen del Castillo	Zaragoza	976 35 41 05
Residencia Parque Dorado Morcillo	Zaragoza	976 25 06 00
Residencia Orpea Zaragoza	Zaragoza	976 55 00 55
Caser Residencial Ruiseñores	Zaragoza	976 25 84 92
Residencia Siglo de Oro	Zaragoza	976 78 13 52
Residencia para personas mayores Las Terrazas	Zaragoza	976 25 04 82
Residencia Elías Martínez Santiago	Zaragoza	976 38 50 02
Residencia Ozanam San Antonio de Padua	Zaragoza	976 25 39 55
Residencia Torre Laurel	Zaragoza	976 38 66 95
Centro psicogeriátrico San Eugenio	Zaragoza	976 37 98 00
Residencia Zaragoza	Zaragoza	976 41 07 36
Residencia Geriátrica Las Torres	Zaragoza	876 16 39 93
Residencia La Cadiera	Zaragoza	976 59 70 44
Apartamentos tutelados CAI-Ozanam	Zaragoza	976 13 34 20
Residencia de Mayores de Aragón	Zaragoza	665 46 38 36 / 653 77 16 87
Hogar San José - Hermanitas de los Ancianos Desamparados	Zaragoza	976 41 78 48
Residencia de 3ª edad Mazaruba	Zaragoza	976 35 11 04
Residencia asistida Santa Teresa - Cáritas Zaragoza	Zaragoza	976 35 13 00
Residencia Villa Consolación	Zaragoza	976 56 22 84
Residencia Fundación Tobías	Zaragoza	976 30 68 63
Residencia Ozanam Nuestra Señora del Carmen	Zaragoza	976 75 09 78

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA VI

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de mayores Romareda	Zaragoza	976 55 87 34
Residencia de 3ª edad Delicias	Zaragoza	976 31 57 99
Centro Social Encarnación 1995	Zaragoza	976 53 41 66
Residencia de Tercera Edad Delicias	Zaragoza	946 33 60 93
Centro Social El Edén	Zaragoza	976 53 45 26 / 603 55 89 67
Residencia San Felipe Neri	Zaragoza	976 34 07 34
Residencia CAI-Ozanam Oliver	Zaragoza	876 53 19 09
Residencia AEDES	Zaragoza	976 24 25 28
DomusVi Fontibre	Zaragoza	976 30 41 30
Residencia Royal Manzanares	Zaragoza	976 33 14 56
Residencia Madre María Pilar Izquierdo	Zaragoza	976 45 83 12
Residencia Royal Augusta	Zaragoza	976 75 65 62
Residencia Las Buganvillas	Zaragoza	976 75 42 00
Residencia Rosales	Zaragoza	976 54 17 82
Residencia Soto del Canal	Zaragoza	976 75 74 70
Residencia Pirineos	Zaragoza	976 75 41 32
Casa familiar Nuestra Señora de los Ángeles	Zaragoza	976 53 58 83
Residencia Las Nieves	Zaragoza	976 56 21 67
Residencia Princesa	Zaragoza	976 47 98 98
Sanitas Residencial Zaragoza	Zaragoza	976 20 53 80 / 976 20 53 80
Residencia Betania-Escolapios	Zaragoza	976 50 69 46
Residencia de ancianos Jesús y María	Zaragoza	976 52 65 32
Residencia geriátrica Parque Tío Jorge	Zaragoza	976 73 62 02
Residencia Macanaz	Zaragoza	976 44 64 20

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA VII

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Ballesol Salvador Allende	Zaragoza	976 54 70 98
DomusVi Zalfonada	Zaragoza	976 50 67 42
Residencias Marboré Zalfonada	Zaragoza	976 10 67 80
Emera Zaragoza	Zaragoza	976 20 75 76
Residencia de ancianos Nuestra Señora del Alba	Zaragoza	976 57 41 48
Residencia Ozanam Santa Isabel	Zaragoza	976 46 58 55
Centro Residencial Torre del Ángel	Zaragoza	976 58 21 93
Residencia Misioneras de Nuestra Señora del Pilar	Zaragoza	976 58 86 00
Residencia Marboré Santa Isabel	Zaragoza	876 64 38 43
Residencia de ancianos Madre de Dios de Begoña	Zaragoza	976 31 86 00
Residencia Hispanidad	Zaragoza	976 78 10 49
Residencia Delicias-Universitas	Zaragoza	976 31 55 21
Residencia Asistencial Los Ángeles	Zaragoza	976 77 05 03
Ballesol Mariana Pineda	Zaragoza	976 79 94 35
Residencia Marboré Actur	Zaragoza	976 51 08 97
Vitalia Expo	Zaragoza	976 22 95 22 / 876 54 68 64
Residencias Parque Dorado Actur	Zaragoza	976 10 64 30
Residencia Marboré Majas de Goya	Zaragoza	976 11 16 66
Residencia Juanita	Zaragoza	976 95 81 67
Residencia para personas mayores Antonio Saura	Zaragoza	976 73 50 89
Residencia Las Rosas	Zaragoza	976 73 65 62
Residencia Fundaz Santa Bárbara	Zaragoza	976 95 80 75
Royal Villa Salud	Zaragoza	976 78 40 77
Residencia Luz de María	Zaragoza	976 32 28 81

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ZARAGOZA VIII

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen	Zaragoza	976 77 06 35
Entre Álamos	Zaragoza	976 78 02 76 / 976 78 12 13
Ozanam Perpetuo Socorro	Zaragoza	976 78 11 17 / 976 78 11 84
Residencia Lontananza	Zaragoza	976 30 32 88
Residencia de 3ª edad Los Pinos	Zaragoza	976 77 42 92
Residencia psicogerítrica CAI Torremolina	Zaragoza	976 78 10 12 / 667 47 02 47
Residencia de ancianos Juslibol	Zaragoza	976 51 28 22
Residencia Ibercaja Rey Ardid Juslibol	Zaragoza	976 50 67 86
Residencia de 3ª edad El Edén	Zaragoza	976 58 63 13
Residencia de mayores de Movera	Zaragoza	976 58 65 70
Centro Socio Sanitario Plaza	Zaragoza	976 58 29 33
Residencia Los Maizales III	Zaragoza	976 65 68 70
Apartamentos tutelados	Zuera	976 68 11 19
Fundación pública Residencia Municipal de Zuera	Zuera	976 68 04 65

CENTROS DE DÍA – HUESCA I

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia de 3ª edad La Sabina	Albelda	974 42 06 69 / 646 98 65 74
Centro de día de Alcampell	Alcampell	974 42 09 52
Servicio de estancia diurna de la Residencia Sierra de Alcubierre	Alcubierre	974 57 72 34
Servicio de estancia diurna de la Residencia Jaime Dena	Almudévar	974 25 09 13
Servicio de estancia diurna de la Residencia Santo Domingo	Almudévar	974 25 02 98
Servicio de estancia diurna de la Residencia municipal	Altorricón	974 42 56 53 / 690 70 02 57
Centro de día Somontano	Barbastro	974 31 20 01
Servicio de estancia diurna municipal Las Huertas	Barbastro	974 30 86 00
Servicio de estancia diurna de la Residencia Somontano	Barbastro	974 30 85 62
Centro de respiro familiar	Barbastro	974 31 68 27
Servicio de estancia diurna de la Residencia Nuestra Señora del Pilar	Belver de Cinca	974 46 98 71
Servicio de estancia diurna de la Residencia de 3ª edad IMSARTE	Benabarre	974 54 33 35
Centro de día Residencia comarcal de Binéfar	Binéfar	974 43 12 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia Valle del Ésera	Campo	974 55 05 20
UED Residencia Fundación municipal Centro de Tercera Edad	Castejón de Sos	974 55 30 92 / 974 55 33 53
Servicio de estancia diurna Vitalia Sierra de Guara	Chimillas	974 21 88 38
Servicio de estancias diurnas de la Residencia de Estadilla	Estadilla	974 30 54 22 / 974 30 55 57
Centro de día Fraga	Fraga	974 47 42 50
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Monegros	Grañén	974 39 00 33
Servicio de estancia diurna municipal Doctor José Luis Cudós	Graus	974 54 08 26
Servicio de estancia diurna de la Residencia municipal	Gurrea de Gállego	976 68 82 88
Servicio de estancia diurna Residencia Avenida	Huesca	974 22 92 92
Servicio de estancia diurna de Residencia Raessa	Huesca	974 23 11 41 / 615 07 37 94
Centro de día Casa Aísa	Huesca	974 22 93 87

CENTROS DE DÍA – HUESCA II

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día terapéutico Recuerdos	Huesca	974 23 07 04
Nuloe Centro de día terapéutico	Huesca	974 00 24 24
Servicio de estancia diurna de la Residencia Los Olivos	Huesca	974 35 39 32 / 637 59 49 58
Centro de día de la Residencia Sagrada Familia	Huesca	974 22 22 54
Unidad de estancia diurna de la Residencia Vitalia Jaca	Jaca	974 36 26 25
Centro de respiro familiar para enfermos de Alzheimer y otras demencias	Monzón	974 41 53 98
Centro de día Torrefuentes	Monzón	974 41 60 96
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen de Fátima, S. L.	Quicena	974 22 45 80
Servicio de estancia diurna Emera Valles Altos	Sabiñánigo	974 48 32 56
Servicio de estancia diurna de la Residencia Alto Gállego	Sabiñánigo	974 48 37 77
Centro de día municipal de 3ª edad	Sariñena	974 57 10 20
Servicio de estancia diurna de la Residencia Tamarite Residencial, S. L.	Tamarite de Litera	974 42 05 05
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Tamarite	Tamarite de Litera	975 42 06 35
Servicio de estancia diurna de la Residencia María Antonia Brussau	Tardienta	974 25 35 29 / 680 55 96 67
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Fundación L'Ausin	Valle de Hecho	974 37 55 12 / 679 13 26 96

CENTROS DE DÍA – TERUEL

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de Alzheimer y otras demencias	Alcañiz	978 87 09 88 / 628 36 05 61
Centro de día Fomenta	Alcañiz	978 87 05 65
Centro de día de Alcorisa	Alcorisa	978 84 00 25 / 978 88 31 98
Servicio de estancia diurna de la Residencia de 3ª edad La Purísima	Alcorisa	978 84 00 54
Servicio de estancia diurna de la Residencia de 3ª edad Los Jardines	Andorra	978 88 01 73
Servicio de estancia diurna comarcal para personas mayores	Ariño	978 81 74 00
Servicio de estancia diurna de la Residencia Nuestra Señora del Campo	Azaila	978 82 50 44
Servicio de estancia diurna Sant Roc	Calaceite	978 85 18 82
Centro de día de la Residencia mixta de Calamocha	Calamocha	976 74 04 74
Centro de día de la Residencia tercera edad Virgen de los Olmos	Calamocha	978 73 05 04 / 629 12 30 51
Servicio de estancia diurna del Centro Residencial Calanda	Calanda	978 88 60 77
Centro de día de personas mayores de Cantavieja	Cantavieja	964 18 52 87
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Valero	Híjar	978 82 02 23
Servicio de estancia diurna de la Residencia Naturalzheimer Santa Bárbara	Martín del Río	978 75 42 67
Centro de día de la Residencia Guadalope	Mas de las Matas	978 84 81 39
Centro de día Monreal	Monreal del Campo	978 86 46 57
Servicio de estancia diurna del Centro de mayores Miguel de Molinos	Muniesa	978 81 09 21
Centro de día Comarcal Valdezafán	Puebla de Híjar (La)	978 82 65 41
Servicio de estancia diurna de la Residencia El Sabinar del Río	Terriente	978 03 06 07
Centro de día Cruz Roja Teruel	Teruel	978 60 26 09
Servicio de estancia diurna San Hermenegildo	Teruel	978 62 15 65
Centro de día Vitalia Paúles	Teruel	978 61 15 18
Centro de día de la Santa Emerenciana	Teruel	978 61 74 64
Servicio de estancia diurna de la Residencia Rey Ardid Ibercaja Teruel	Teruel	978 62 09 36
Servicio de estancia diurna del Hogar Santa Bárbara	Torrijo del Campo	978 86 21 77
Centro de día y Hogar de Utrillas	Utrillas	93 374 13 39
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Personas Mayores de Valderrobres	Valderrobres	978 89 08 80

CENTROS DE DÍA – ZARAGOZA I

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores de Alagón	Alagón	976 61 26 40
Servicio de estancia diurna de la Residencia Beata María Izquierdo	Alfamén	976 62 85 78
Servicio de estancia diurna de la Residencia para personas mayores Hayardén	Almunia de Doña Godina (La)	976 81 22 23
Servicio de estancia diurna de la Residencia Santa María de Cabañas	Almunia de Doña Godina (La)	976 81 21 68
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Ariza	Ariza	976 87 90 09
Centro de día Virgen del Campo	Asín	976 66 66 89
Centro de día de la Residencia de mayores de Belchite	Belchite	976 83 91 12 / 638 81 04 81 / 976 83 08 86
Centro de día Víctor Orduna	Biota	876 61 05 40
Centro de día del Hospital Sancti Spiritus de Borja	Borja	976 86 70 04
Centro de día de la Residencia de Borja	Borja	976 86 73 11
Servicio de estancia diurna Los Manantiales del Burgo	Burgo de Ebro (El)	618 90 81 95
Servicio de estancia diurna de la Residencia Barataria	Cabañas de Ebro	976 61 18 43
Servicio de estancia diurna Vitalia Santa fe	Cadrete	976 45 26 11
Centro de día Calatayud	Calatayud	976 88 69 44
Servicio de estancia diurna José Bribián Sanz	Cariñena	976 79 31 21
Centro de día de la Residencia Adolfo Suárez	Caspe	976 63 04 72
UED de la Residencia La Lonja	Codos	625 68 48 36 / 692 97 53 85
Unidad de estancia diurna de la Residencia Mirasol	Cuarte de Huerva	976 50 32 11
Centro de día municipal Elvira Otal	Ejea de los Caballeros	976 67 79 33
Servicio de estancia diurna de la Residencia Santa Lucía	Escatrón	976 17 10 96
Centro de día de Fabara	Fabara	976 63 52 13
Centro de día de la Residencia Alonso I de Aragón	Lécera	976 83 26 29
Servicio de estancia diurna de la Residencia Magallón	Magallón	976 85 85 29
Servicio de estancia diurna de la Asociación San Sebastián	Mallén	976 85 00 68

CENTROS DE DÍA – ZARAGOZA II

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Luz del Moncayo	Malón	976 19 82 68
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen de la Fuente	Muel	976 14 11 65 / 976 14 10 54
Servicio de estancia diurna San Roque	Muela (La)	976 14 14 74
Servicio de estancia diurna de la Residencia El Veral	Osera de Ebro	876 04 16 45 / 607 01 30 38
Servicio de estancia diurna Fundación Hospital Altau	Pedrola	976 61 50 48
Servicio de estancia diurna de la Residencia Los Maizales	Pinseque	976 65 17 96
Servicio de estancia diurna Residencia geriátrica Los Maizales II	Pinseque	976 65 68 70
Servicio de estancia diurna de la Residencia El Moreral	Puebla de Alfindén (La)	976 10 87 90
Centro de día de la Residencia Nuestra Señora del Pilar	Ricla	976 60 61 43
Centro de día Campo Romanos	Romanos	976 80 39 37 / 976 80 39 52
Servicio de estancia diurna Sabiñán	Sabiñán	976 82 55 41
Centro de día de la Residencia Villa de Sádaba	Sádaba	976 67 51 51
Servicio de estancia diurna Luis Carlos Piquer	Sástago	976 17 21 34 / 976 17 80 11
Centro de día de la Residencia Manuela Pérez de Biel	Sos del Rey Católico	948 88 81 27
Servicio de atención diurna del Centro asistencial Palmerola	Tarazona	976 19 90 32
Servicio de estancia diurna de la Residencia Virgen de Sancho Abarca II	Tauste	976 86 61 84
Centro de día Nuestra Señora de Castellar	Torres de Berrellén	976 65 39 65
Centro de día Las Mimosas	Urrea de Jalón	976 65 44 06
Servicio de estancia diurna del Centro Asistencial Santa Ana	Utebo	976 79 29 96
Servicio de estancia del Centro Geriátrico José Ariño	Utebo	976 78 42 95
Centro de día de Villamayor de Gállego	Villamayor de Gállego	876 61 11 50
Centro de día Hermanos Buisán	Villanueva de Gállego	976 18 68 08
Servicio de estancia diurna de la Residencia Lucero del Alba II	Villanueva de Gállego	976 18 51 06
Centro de día Jardines del Ebro	Zaragoza	976 02 99 02

CENTROS DE DÍA – ZARAGOZA III

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día psicogeriátrico Los Sitios	Zaragoza	976 22 88 91 / 976 22 48 34
Servicio de estancia diurna Ozanam La Magdalena	Zaragoza	976 39 07 66
Centro de día de la Residencia Las Fuentes	Zaragoza	976 59 76 26
Centro de día Buendía	Zaragoza	976 48 19 39
Servicio de estancia diurna de la Residencia de mayores Diana	Zaragoza	976 59 82 72 / 650 55 35 95
Centro de día CAI-AFEDAZ Virgen del Carmen	Zaragoza	976 43 12 11
Centro de día San Vicente	Zaragoza	976 20 73 55
Servicio de estancia diurna de la Residencia Hogar de Darío	Zaragoza	976 28 12 69
Centro de día San Blas	Zaragoza	976 43 62 19
Rehplus Centro de día y recuperación	Zaragoza	693 00 91 10 / 876 70 56 15
Servicio de estancia diurna de la Residencia Elías Martínez Santiago	Zaragoza	976 38 50 02
Centro de día El Pinar	Zaragoza	976 25 60 77
Servicio de estancia diurna de la Residencia Torre Laurel	Zaragoza	976 38 66 95
Centro de día María Moliner	Zaragoza	976 25 87 59
Servicio de estancia diurna del Centro psicogeriátrico San Eugenio	Zaragoza	976 37 98 00
Centro de día CAI-Ozanam Venecia	Zaragoza	976 27 85 08
Servicio de la estancia diurna de la Residencia Zaragoza	Zaragoza	976 41 07 36
Centro de día Vitalia Zaragoza	Zaragoza	976 95 72 58
Centro de día La Cadiera	Zaragoza	976 59 70 44
Centro de día CAI-Ozanam	Zaragoza	976 13 34 20
Servicio de estancia diurna de la Residencia de Mayores de Aragón	Zaragoza	665 46 38 36 / 653 77 16 87
Centro de día San José	Zaragoza	976 59 83 59
Centro de día Sanistel	Zaragoza	976 75 60 49
Servicio de estancia diurna Romareda	Zaragoza	976 55 87 34

CENTROS DE DÍA – ZARAGOZA IV

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Delicias	Zaragoza	976 48 86 02
Centro de día de la Residencia Delicias	Zaragoza	946 33 60 93
Servicio de estancia diurna de la Residencia CAI-Ozanam Oliver	Zaragoza	876 53 19 09
Centro de día Argualas	Zaragoza	976 56 68 81
Servicio de estancia diurna de la Residencia Madre María Pilar Izquierdo	Zaragoza	976 45 83 12
Servicio de estancia diurna de la Residencia Las Buganvillas	Zaragoza	976 75 42 00
Servicio de estancia diurna Rosales	Zaragoza	976 54 17 82
Servicio de estancia diurna de la Residencia Soto del Canal	Zaragoza	976 75 74 70
Servicio de estancia diurna de la Residencia Las Nieves	Zaragoza	976 56 21 67
Centro de día Numancia	Zaragoza	625 17 67 08 / 925 17 67 08
Servicio de estancia diurna de Sanitas Residencial Zaragoza	Zaragoza	976 20 53 80 / 900 37 37 78
Centro de día S. E. D. Estrella	Zaragoza	976 47 32 41
Centro de día de la Residencia geriátrica Parque Tío Jorge	Zaragoza	976 73 62 02
Servicio de estancia diurna Macanaz	Zaragoza	976 44 64 20
Servicio de estancia diurna de la Residencia Marboré Zalfonada	Zaragoza	976 10 67 80
Centro de día Nazaret	Zaragoza	657 93 74 97
Servicio de estancia diurna Emera Zaragoza	Zaragoza	976 20 75 76
Unidad de estancia diurna del Centro Residencial Torre del Ángel	Zaragoza	976 58 21 93
Centro de día El Jardín de las Delicias	Zaragoza	976 31 33 66 / 634 97 73 60
Centro de día Los Enlaces	Zaragoza	976 33 08 56
Centro de día Delicias-Universitas	Zaragoza	976 31 55 21
Centro de día de la Residencia Asistencial Los Ángeles	Zaragoza	976 77 05 03
Centro de día de Vitalia Expo	Zaragoza	976 22 95 22 / 876 54 68 64
Centro de día Delicias	Zaragoza	976 48 86 02

CENTROS DE DÍA – ZARAGOZA V

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Juanita	Zaragoza	976 95 81 67
Servicio de estancia diurna de la Residencia Fundaz Santa Bárbara	Zaragoza	976 95 80 75
Servicio de estancia diurna de la Residencia Luz de María	Zaragoza	976 32 28 81
Servicio de estancia diurna de la Residencia Ibercaja Rey Ardid Juslibol	Zaragoza	976 50 67 86
Servicio de estancia diurna de la Residencia Los Maizales III	Zaragoza	976 65 68 70
Centro de día de la Residencia Municipal de Zuera	Zuera	976 68 04 65