



# Proyecto MapEA



COMUNIDAD DE MADRID

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de la **Comunidad Autónoma de Madrid (CAM)** 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



**46%** de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

### Grado de actualización de las herramientas regionales

Las herramientas identificadas en la CAM **no están desactualizadas**, a excepción de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas y los documentos de la Fundación Reina Sofía que tienen más de 10 años.

## RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
<b>78%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>62%</b> de personas con sospecha.	>3 meses ( <b>71%</b> ); <b>inadecuado</b> según el <b>80%</b>	<b>78%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>73%</b> de personas con sospecha	1-2 meses ( <b>71%</b> ); <b>adecuado</b> según el <b>71%</b>	<b>83%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>39%</b> de personas con sospecha.	<1 mes ( <b>60%</b> ) y 2-3 meses ( <b>20%</b> ); <b>adecuado</b> por el <b>100%</b>	<b>83%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>12%</b> de personas con sospecha	1-2 meses ( <b>40%</b> ); 2-3 meses ( <b>20%</b> ); <b>adecuado</b> por el <b>60%</b>	<b>43%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>6%</b> de personas con sospecha	1-3 meses ( <b>33%</b> ), <b>adecuado</b> ; >3 meses ( <b>33%</b> ); <b>inadecuado</b>	<b>40%</b> de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

**PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** número limitado de pruebas (ApoE, largos tiempos de espera (TAC, RM, PET amiloide, LCR), perfil restringido de pacientes (ApoE en ensayos clínicos), riesgos de la punción lumbar(LCR); imposibilidad de solicitar pruebas desde AP (TAC y RM por falta de máquinas y profesionales, y PET amiloide porque se pacta anualmente el número); calidad de los informes radiológicos (TAC), y costes (PET Amiloide).

En comparación con los recursos disponibles en el año 2017, se observa un **aumento de los recursos tecnológicos en la C. de Madrid**. Concretamente el número de **TAC** en ha pasado de **105 a 114**, la **RM** de **122 a 140**, la **SPECT** de **21 a 30** y la **PET** de **17 a 25**.

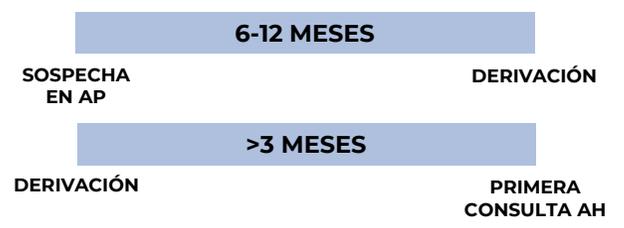


# RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



**Madrid**  
**BARRERAS:** **100%** de los expertos identifican la **falta de conocimiento** de los profesionales sanitarios; **64%** falta de **tiempo en consultas** y **reticencia de pacientes y familiares**; y el **55%** la falta de **infraestructuras y recursos**.

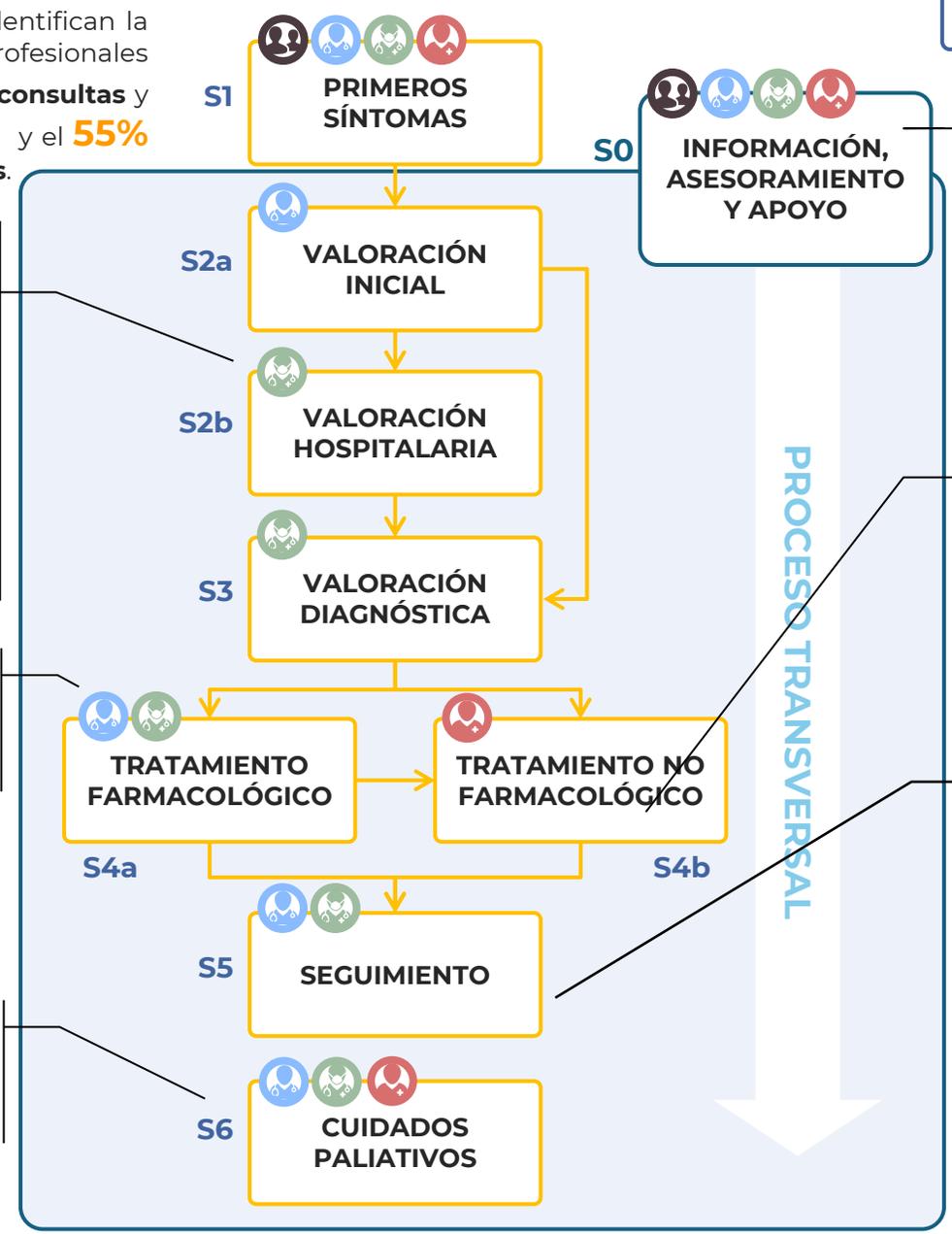
**10%** de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **BAJO**.



**Inicio tratamiento farmacológico:** neurología, principalmente.  
**Continuidad prescripción:** medicina de familia, principalmente.

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

**Grado de cobertura para las personas con EA:**

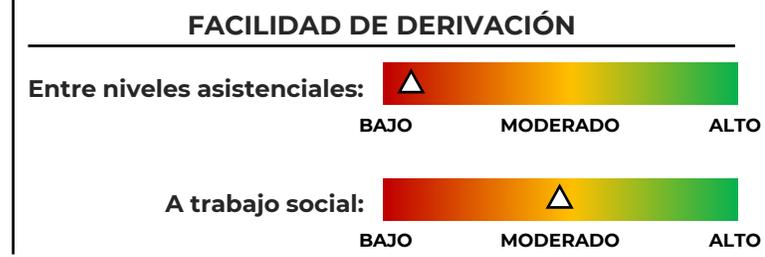


**73%** de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.  
**89%** de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

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

**Tratamientos disponibles:** estimulación cognitiva, mantenimiento de la funcionalidad, disminución o control de la incidencia de problemas de conducta y talleres de memoria.  
 Un **64%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

**Seguimiento:** medicina de familia, neurología y/o geriatría.  
**Periodicidad:** 0 – 6 meses.



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 la CAM.**



## Retos y áreas de mejora



**Recursos económicos y humanos.**



**Dificultades en diagnóstico temprano** y falta de soporte de profesionales especializados en **neuropsicología**.



**Bajo nivel de concienciación y sensibilización sobre la EA.**



**Formación y recursos específicos de Alzheimer en atención primaria.**



Ausencia de un **plan regional** específico para la EA y falta de implementación de los planes nacionales.



Escasez de **tratamientos no farmacológicos** y recursos para **cuidadores**.



## Recomendaciones



Aumentar la **inversión en recursos y formación** para profesionales y cuidadores.



**Ampliar consultas monográficas y especializadas** en EA.



**Reducir tiempos de espera para pruebas diagnósticas y ofrecer apoyo psicológico durante el proceso diagnóstico.**



**Crear campañas de sensibilización** sobre la EA.



**Fortalecer la atención primaria con formación específica y circuitos claros de derivación.**



**Incrementar tratamientos no farmacológicos** y recursos para cuidadores, **agilizando ayudas a la dependencia.**

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 la CAM** 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.



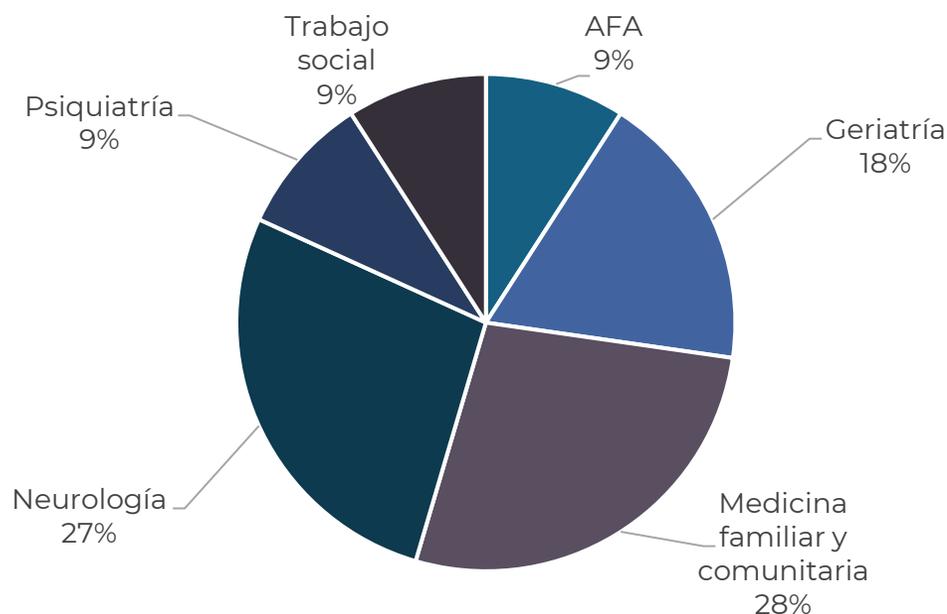
## RECURSOS

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
<b>BELÉN GONZÁLEZ</b>	Especialista en Geriátría en el Servicio de Geriátría en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
<b>ENRIQUE ARRIETA</b>	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.
<b>FRANCISCO JAVIER OLIVERA</b>	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)
<b>JESÚS RODRIGO</b>	Director Ejecutivo de CEAFA. Miembro de la Junta Directiva de ADI. Presidente de Alzheimer Iberoamérica.
<b>JOAQUÍN ESCUDERO</b>	Especialista en Neurología y Jefe de Servicio de Neurología en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
<b>PABLO MARTÍNEZ-LAGE</b>	Especialista en Neurología. Director científico de la CITA-Alzhéimer Fundazioa (Donostia) e investigador principal del Proyecto Gipuzkoa Alzheimer.
<b>PALOMA CASADO</b>	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, psiquiatria, geriatria, neurología.
- **Profesionales de atención hospitalaria:** geriatria, neurología, psiquiatria.
- **Profesionales de atención primaria:** medicina familiar y comunitaria.

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Gregorio Jiménez Díaz	<b>Geriatria</b>	FEA de Geriatria del Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Alejandro Javier Garza Martínez	<b>Geriatria</b>	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Araceli Garrido Barral	<b>Medicina Familiar y Comunitaria</b>	Centro de Salud Barrio del Pilar
Ester Tapias Merino	<b>Medicina Familiar y Comunitaria</b>	Centro de Salud Comillas
Lourdes Martínez-Berganza Asensio	<b>Medicina Familiar y Comunitaria</b>	Centro de Salud Ensanche de Vallecas
Guillermo García Ribas	<b>Neurología</b>	FEA de Neurología del Hospital Universitario Ramón y Cajal
Francisco Javier Olazarán Rodríguez	<b>Neurología</b>	Hospital Universitario Gregorio Marañón
Alberto Villarejo Galende	<b>Neurología</b>	Jefe de Sección del Hospital Universitario 12 de Octubre
Luis Agüera Ortiz	<b>Psiquiatria</b>	Hospital Universitario 12 de Octubre
Ana Isabel Lima Fernández	<b>Trabajo Social</b>	Consejo General de Trabajo Social
Mariola Diz	<b>AFA</b>	Federación Madrileña de Alzheimer

## 2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



Se han identificado varias herramientas de planificación y organización a nivel nacional que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo en España. Los expertos han valorado su grado de implementación en la **CAM**, 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 LA CAM	GRADO DE CONOCIMIENTO EN LA CAM
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad   CEAFA	BAJO	BAJO
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	BAJO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	BAJO	BAJO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología	BAJO	BAJO

## GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN COMUNIDAD DE MADRID

**55%**

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

**73%**

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

## IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN COMUNIDAD DE MADRID

Los expertos consideran que tanto el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias como, la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** tienen un **grado de implementación y de conocimiento BAJO** a nivel de la CAM.

Sin embargo, algunos expertos han destacado el **desarrollo de acciones específicas impulsadas en el marco de ambas iniciativas** incluyendo:

- Programas y proyectos concretos de investigación vinculados a la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS.
- Implementación de centros de día y centros de estimulación cognitiva para personas con demencia.
- Creación de Centros de Referencia en Enfermedades Neurodegenerativas.
- Inclusión, a partir del 2016, del Servicio de Atención al Trastorno Neurocognitivo Mayor en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Inclusión de la detección de deterioro cognitivo en la evaluación del anciano frágil y polimedicado y cribado en personas mayores de 75 años.
- Formación reglada en Demencias, dependiente del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud).
- Iniciativas de educación para la salud dirigidas a cuidadores.
- Iniciativas para el entrenamiento de la memoria.
- Ayudas sociales para cuidadores y personas con Alzheimer y promoción de los derechos de las personas con Alzheimer en el marco de la Ley de Dependencia.

A pesar de estos ejemplos, se destaca la **falta de creación de Unidades o Equipos especializados** en trastornos de la memoria, la **falta de movilización de recursos para favorecer una ayuda especializada en el domicilio**.

Finalmente, cabe mencionar que, a pesar de la implementación del cribado e iniciativas para la detección precoz, los expertos denotan un **impacto importante sobre esas estrategias como consecuencia de la pandemia por COVID-19**

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

## CAM

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022 – 2024	2022	Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad	MODERADO	MODERADO
Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022 - 2025	2022	DG de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad	MODERADO	MODERADO
Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas	2013	Consejería de Sanidad	MODERADO	BAJO-MODERADO
Estrategia de Atención a las Personas Mayores	2017	Consejería de Políticas Sociales y Familia	MODERADO	BAJO
Plan Integral de Cuidados Paliativos 2017 - 2020	2019	Servicio Madrileño de Salud	MODERADO	MODERADO
<b>Guía Práctica para Profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer</b>	2012	<b>Fundación Reina Sofía</b>	BAJO	BAJO
<b>Cuidados continuados en Atención Primaria a Personas con Alzheimer</b>	2013	<b>Fundación Reina Sofía y Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología</b>	BAJO	BAJO

## ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En la CAM, el **46%** de los expertos encuestados desconoce cuál es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

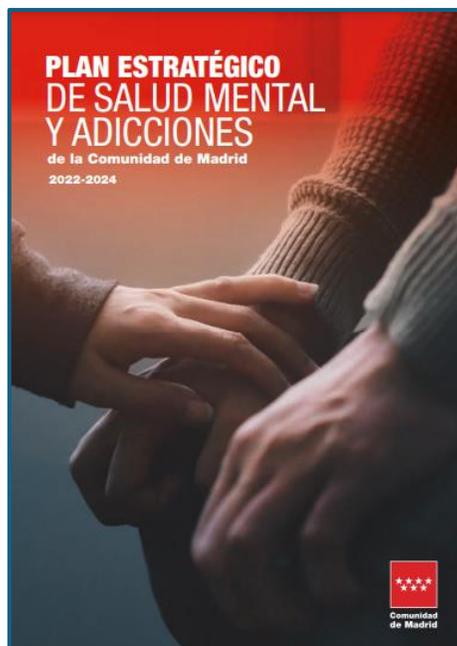
**Las herramientas de planificación y organización en la CAM no están desactualizadas** en comparación con otras comunidades autónomas, **a excepción de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas y los documentos de la Fundación Reina Sofía** que tienen más de 10 años.

Además de las herramientas incluidas en el listado, los expertos incluyen:

- *Un libro para usted con demencia*
- *Claves sobre la enfermedad de Alzheimer*
- *Guía de recomendaciones al paciente*
- *Guía para cuidadores*
- *Plan de acción anual 2024 FAFAL*

**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 ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2022 – 2025



### Consejería de Sanidad y Consumo

12 Líneas Estratégicas

Nivel de implementación:  
**MODERADO**

Nivel de conocimiento:  
**MODERADO**

En el año 2022, la **Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid elaboró un nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones** marcado por los importantes efectos de la pandemia por COVID-19 en la Salud Mental de la Población.

Dada la relevancia de la Salud Mental y la concienciación adquirida en los últimos años y, sobre todo, con las consecuencias de la pandemia, **este plan considera prioritario asumir el reto de implementar políticas de promoción de la Salud Mental y prevención del suicidio en otros ámbitos más allá del sanitario**. Así, se ha elaborado un plan de carácter multisectorial, que ha contado con la **participación de otras Consejerías, entidades y agentes de interés**.

En este contexto post-pandémico, las **enfermedades neuropsiquiátricas adquieren una relevancia especial y se posicionan en primera línea en lo referente a carga de enfermedad** y se establecen medidas específicas dirigidas a perfiles de pacientes con esta y otras condiciones y patologías de origen neurodegenerativo.

Específicamente, establece como objetivo **definir, planificar, implementar y evaluar las actuaciones efectivas y coordinadas que cubran las necesidades identificadas para mejorar la atención a la salud mental y a los trastornos adictivos** de la población de la Comunidad de Madrid.

Con un enfoque hacia la mejora continua, el fomento de la **proactividad, la participación y la eficiencia, para garantizar la atención precoz, integral, multidisciplinar, integrada, flexible, segura, satisfactoria, respetuosa, homogénea y pertinente**

### + Líneas Estratégicas

- **L0.** Desarrollo de la organización
- **L1.** Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave
- **L2.** Atención a la Salud Mental en la infancia y adolescencia
- **L3.** Comunicación entre Salud Mental y Adicciones y AP
- **L4.** Atención a las personas con trastornos adictivos
- **L5.** Atención a la Salud Mental en personas mayores
- **L6.** Atención a las personas con trastorno del espectro autista
- **L7.** Atención a las personas con trastorno de la conducta alimentaria
- **L8.** Atención a las personas con trastorno de personalidad
- **L9.** Participación, humanización y lucha contra el estigma y discriminación
- **L10.** Formación y cuidado de los profesionales
- **L11.** Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

## 2. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FRAGILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES 2022 – 2025



**Consejería de Sanidad y Consumo**

6 Líneas Estratégicas

Nivel de implementación:  
**MODERADO**

Nivel de conocimiento:  
**MODERADO**

En el año 2022, la **Dirección General de Coordinación Sociosanitaria** elaboró el **Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores** con el objetivo principal de **dar una respuesta profesional y homogénea a las necesidades de las personas mayores**.

El plan se enfoca en la **promoción de hábitos para contribuir al envejecimiento saludable**, así como, a la **prevención, detección y atención integral a la fragilidad promoviendo la formación, investigación e innovación en este campo**.

El **Plan Regional contribuirá a mejorar la esperanza de vida en calidad** y lo hará mediante un **modelo asistencial más persistente e integral en el abordaje de la salud, la fragilidad y la promoción de la autonomía**, aplicando una gestión eficaz y eficiente de los recursos, fomentando la accesibilidad y buscando la excelencia en la prestación de los servicios.

Además, el plan da un papel relevante al **deterioro cognitivo y las demencias** como, el Alzheimer, por su **impacto sobre la fragilidad de las personas mayores y, por tanto, establece acciones específicas para su cuidado y prevención**.

El modelo propuesto busca **garantizar la prestación de servicios sanitarios integrales mediante un abordaje personalizado y holístico**, que abarca la prevención, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación a través del acompañamiento y el cuidado, con el propósito de **cubrir las necesidades de las personas en todas las etapas vitales, especialmente en los mayores de 65, optimizando los recursos disponibles, promoviendo la investigación y la formación**. Desarrollando una coordinación sociosanitaria entre todos los agentes implicados.

Para ello, establece las siguientes **líneas prioritarias**:

### + Líneas Estratégicas

- **L1.** Coordinación Sociosanitaria
- **L2.** Sensibilización sobre longevidad saludable
- **L3.** Promoción y prevención
- **L4.** Detección y diagnóstico de la fragilidad
- **L5.** Atención integral
- **L6.** Formación de profesionales y promoción de la investigación

## 3. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS



**Consejería de Sanidad y Consumo**

9 Líneas Estratégicas

Nivel de implementación:  
**MODERADO**

Nivel de conocimiento:  
**BAJO – MODERADO**

La **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** elaboró, en el año 2013, una **Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas** basada en los objetivos, principios rectores y recomendaciones de la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos principales de la Estrategia son **prevenir enfermedades crónicas, retardar la progresión y disminuir sus complicaciones a la vez que se mejora la calidad de vida de los pacientes que ya las padecen.**

Para ello, la Estrategia ha contado con la participación de 180 profesionales de todos los ámbitos de la Comunidad de Madrid quienes, partiendo de un análisis de situación y de la literatura científica, **han puesto en valor las iniciativas existentes para consolidarlas y han identificado nuevas iniciativas** a poner en marcha para el abordaje de este tipo de enfermedades.

La estrategia propone una priorización de patologías crónicas, si bien la demencia no se encuentra entre las 10 patologías priorizadas, a lo largo del documento se hace referencia a iniciativas de valor para la prevención y el abordaje de estas, incluyendo aspectos como: **el cuidado del cuidador, la dependencia de estos pacientes, la existencia de procesos integrados con Atención Primaria para su abordaje, o la formación continuada en este ámbito.**

### + Líneas Estratégicas

- **L1.** Estratificación de la población y clasificación según el nivel de riesgo. Desarrollo de modelos predictivos
- **L2.** Desarrollo de roles profesionales
- **L3.** Desarrollo de la oferta de servicios específica en Atención Primaria, para los distintos niveles de riesgo
- **L4.** Desarrollo de rutas y procesos asistenciales integrados
- **L5.** Desarrollo de herramientas informáticas de apoyo a pacientes y profesionales. Sistemas de ayuda al seguimiento de pacientes crónicos
- **L6.** Desarrollo de elementos para mejorar la información, comunicación y educación de los pacientes y sus cuidadores, dirigido a mejorar su autocuidado.
- **L7.** Desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria
- **L8.** Formación continuada de los profesionales sanitarios en cronicidad
- **L9.** Evaluación de la Estrategia y su impacto

## 4. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

En 2017, la **Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid** elaboró la **Estrategia de Atención a las Personas Mayores**, una iniciativa dirigida a dar una respuesta adecuada a la **atención al mayor, promoción de la autonomía personal, la prevención y la atención a la dependencia**.

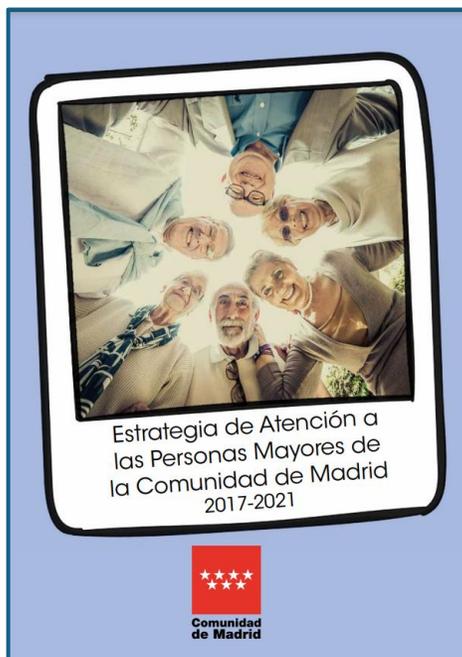
La estrategia pretende ser una herramienta para la gestión de las **condiciones básicas que garantizan los derechos establecidos por ley a las personas reconocidas en situación de dependencia y personas mayores**. Para ello, el objetivo principal es **promover, desarrollar y coordinar los recursos necesarios y disponibles del sistema de servicios sociales en coordinación con otros sistemas públicos**, especialmente el de salud, con el fin último de **mejorar la calidad de vida y la autonomía personal de los ciudadanos**.

La Estrategia identifica el **Alzheimer como uno de los principales diagnósticos que ocasionan situaciones de dependencia en las personas mayores**, junto con otras enfermedades neurodegenerativas, **destacando la importancia de las distintas líneas estratégicas propuestas en la atención a este tipo de personas**.

Además, se identifican varias **iniciativas enfocadas a la formación**, por un lado, de profesionales y, por otro lado, de familiares y cuidadores, para las cuales se establecen indicadores específicos. Asimismo, se destaca la **importancia de la investigación en el ámbito de estas enfermedades** y, en concreto, para la búsqueda de nuevos tratamientos.

### + Líneas Estratégicas

- **L1.** Promover medidas enfocadas al envejecimiento activo y a la prevención de las situaciones de dependencia
- **L2.** Promover medidas enfocadas a la atención de personas mayores autónomas en dificultad social
- **L3.** Desarrollo del Catálogo de Servicios y Prestaciones para personas en situación de dependencia
- **L4.** Mejorar la coordinación socio sanitaria
- **L5.** Desarrollo de una organización integrada, moderna e innovadora en la prestación de servicios públicos



**Consejería de Políticas Sociales y Familia**

5 Líneas Estratégicas

Nivel de implementación:  
**MODERADO**

Nivel de conocimiento:  
**BAJO**

## 5. PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

El **Servicio Madrileño de Salud** lanzó, en el año 2017, el **Plan Integral de Cuidados Paliativos** que busca dar respuesta a las necesidades de **atención paliativa de los pacientes de manera eficaz y eficiente, segura, adecuada a la demanda y continua en el tiempo en un sistema de atención integrado, para procurar el máximo nivel de calidad en el alivio del sufrimiento causado por la enfermedad.**

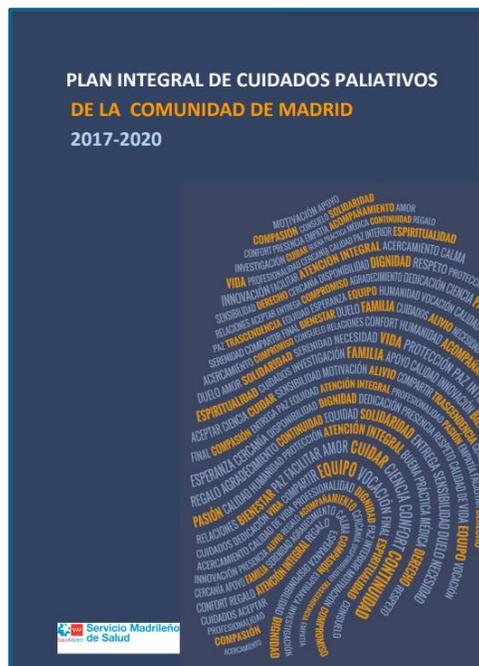
En el Plan se recoge un análisis situacional, las estructuras y recursos de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid y el modelo de atención, y se identifican áreas de mejora, aspectos sobre los que se construyen las líneas estratégicas que guían el plan integral.

El Plan nace con el propósito de **crear un sistema integral de atención paliativa que incluya a todos los niveles asistenciales y ámbitos de atención**, facilitando la **identificación de las personas** con necesidades paliativas y su **accesibilidad a los Servicios Específicos de Cuidados Paliativos** cuando los necesiten, **reforzando la calidad asistencial, consolidando los recursos existentes y adecuando los nuevos a las necesidades de estos pacientes**, cohesionando los Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

La Estrategia reconoce las demencias como una de las **principales patologías que precisan atención paliativa con mayor frecuencia**, en algunos casos, abarcando desde el momento del diagnóstico. Esto pone de manifiesto la necesidad de contemplar los Cuidados Paliativos en el abordaje del Alzheimer.

### + Líneas Estratégicas

- **L1.** Desarrollo de la Organización
- **L2.** Atención Paliativa Integral
- **L3.** Continuidad Asistencial y Atención Paliativa Continuada 24 horas
- **L4.** El domicilio como lugar de atención elegido por el paciente con necesidades paliativas
- **L5.** Autonomía del paciente y toma de decisiones
- **L6.** Apoyo al paciente, la familia y los cuidadores
- **L7.** Recursos Humanos: los profesionales de Cuidados Paliativos
- **L8.** Humanización en Cuidados Paliativos y final de la vida
- **L9.** Los sistemas de información de Cuidados Paliativos
- **L10.** Formación y Docencia
- **L11.** Innovación, Investigación y producción científica en Cuidados Paliativos



### Servicio Madrileño de Salud

11 Líneas Estratégicas

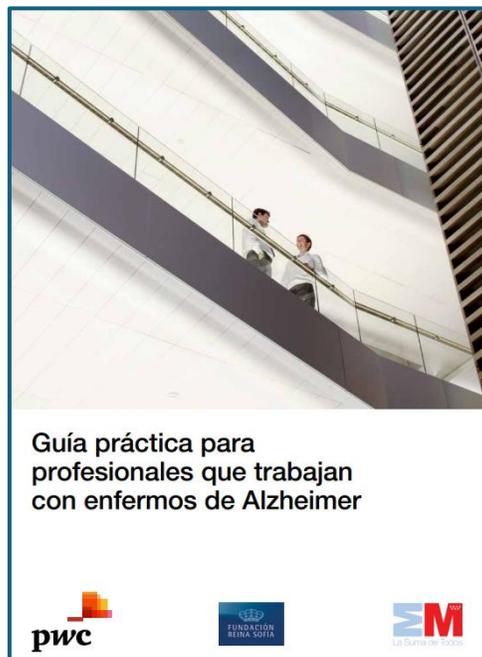
Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**MODERADO**

## 6. GUÍA PRÁCTICA PARA PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ENFERMOS DE ALZHEIMER



Comunidad de Madrid y  
Fundación Reina Sofía

5 Áreas de trabajo

Nivel de implementación:

**BAJO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

En el año 2012, desde el **Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofía**, se lanzó la presente guía como un **documento de apoyo y referencia para todos aquellos profesionales que trabajan con demencias neurodegenerativas** y, en concreto, con Alzheimer.

La guía recoge el **modo de trabajo, técnicas y métodos que utilizan los diferentes profesionales en el abordaje integral de las personas con Alzheimer u otras demencias degenerativas**, además de las **principales líneas de investigación** que se están llevando a cabo tanto a nivel internacional como a nivel de la propia Unidad de Investigación del Centro Alzheimer.

El Centro Alzheimer es un **complejo asistencial dirigido a la atención integral y especializada de personas que padecen Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas**, y se divide en tres áreas: Centro de **Formación**, Centro **Asistencial** y Centro de **Investigación**.

El equipo de dirección del centro lo conforma un grupo multidisciplinar formado por: un **médico, DUE, trabajador social, neuropsicólogo, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta**, quienes se reúnen periódicamente para **revisar los planes de atención individual de las personas residentes en el centro**. A partir de dicha revisión se establecen los **Planes de Atención Individual con los que se pretende fijar los objetivos a conseguir a nivel preventivo y de abordaje**.

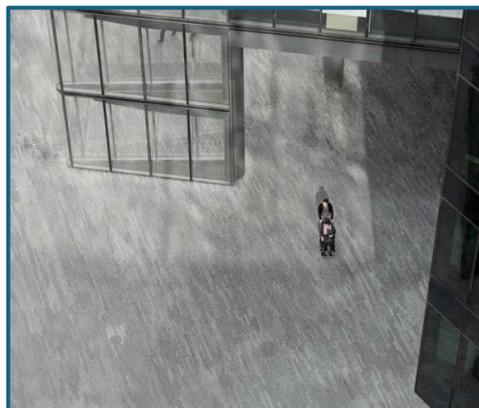
Por otro lado, la guía recoge el abordaje del paciente desde distintas áreas de especialidad, manteniendo así un **enfoque holístico** que permita abordar las distintas esferas del paciente que vive con estas patologías.

Por último, la guía destaca algunos temas candentes en el abordaje de las demencias neurodegenerativas como, por ejemplo, **la importancia del seguimiento del tratamiento, la formación activa tanto a profesionales, como personas con EA y familiares, los beneficios de las terapias no farmacológicas, la bioética en el cuidado de las personas con demencia**.

### + Áreas de trabajo

1. Intervención desde el área de neuropsicología
2. Intervención desde el área de terapia ocupacional
3. Intervención desde el área de fisioterapia
4. Intervención desde el área de trabajo social
5. Unidad de Investigación en enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados

## 7. CUIDADOS CONTINUADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



Cuidados continuados en Atención Primaria a personas con enfermedad de Alzheimer



**Sociedad Española de Geriatría y Gerontología**

5 capítulos

Nivel de implementación:

**BAJO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

La **Sociedad Española de Geriatría y Gerontología en colaboración con la Fundación Reina Sofía** elaboró, en el año 2013 un documento que recoge distintos aspectos para **facilitar el abordaje de la enfermedad de Alzheimer desde el ámbito de Atención Primaria**.

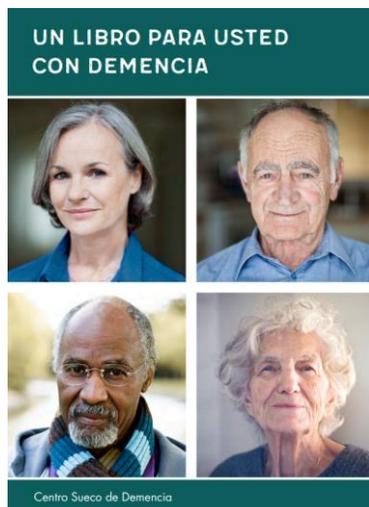
El documento parte de una **descripción y análisis de la situación** en lo referente a cómo el envejecimiento de la población aumenta el número de personas susceptibles de padecer Alzheimer u otras demencias, la magnitud del problema, los factores de riesgo y de protección frente a la EA como, por ejemplo, edad, genética, estilos de vida, etc.; neuropatología y los criterios para la valoración clínica, abordaje de las comorbilidades, etc.

A partir de ahí, el documento busca **poner de manifiesto la relevancia del papel de Atención Primaria en las distintas etapas del proceso asistencial de la demencia** destacando el **cribado**, en la identificación de casos bajo sospecha discriminados por los datos de historia clínica; y el **seguimiento de demencias moderadas y severas, tanto para aspectos relacionados con el paciente** como, por ejemplo, revisión de los fármacos, vigilancia de la evolución, control de comorbilidades, etc., **como aspectos relacionados con el cuidador** incluyendo, la información y formación sobre la enfermedad y su manejo, la vigilancia de los signos y síntomas del síndrome de sobrecarga, información sobre recursos y aspectos ético legales.

### + Capítulos

1. Historia natural de la Enfermedad de Alzheimer
2. Actitud diagnóstica y terapéutica ante un trastorno de memoria.
3. Enfermedad de Alzheimer moderada. Seguimiento.
4. Enfermedad de Alzheimer severa. Seguimiento.
5. Aspectos éticos: asistencia al final de la vida.

## OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS POR LOS EXPERTOS



### Un libro para usted con demencia

Entidad responsable: Centro Sueco de Demencia

Año de publicación: 2023

**Resumen:** se trata de un libro basado en entrevistas con personas que sufren demencia, en el que han contribuido clínicos y otras personas aportando conocimientos más específicos. El objetivo del libro es aportar datos y consejos dirigidos al paciente con demencia y su familia sobre las ayudas y recursos de apoyo que pueden facilitarle el día a día viviendo con la enfermedad.

**Fuente:** <https://fundacionmaccioni.com/wp-content/uploads/2024/02/libro-para-cuidadores.pdf>



### Guía para personas que cuidan a un familiar con Alzheimer

Entidad responsable: Fundación Pasqual Maragall

Año de publicación: 2023

**Resumen:** se trata de una guía de apoyo a los familiares y cuidadores de personas con Alzheimer. La guía incluye aspectos tales como: la comprensión de los síntomas, la gestión de necesidades y cambios en el día a día, la previsión del futuro y disponibilidad de recursos sociales para fomentar el bienestar y calidad de vida, el autocuidado e identificación de marcadores de sobrecarga.

**Fuente:** Fundación Pasqual Maragall. Guía para personas que cuidan de un familiar con Alzheimer. [Enlace](#)

fundación pasqual maragall

### Claves sobre la enfermedad de Alzheimer

Contenidos extraídos de **Hablemos del Alzheimer**, el blog de la Fundación Pasqual Maragall.



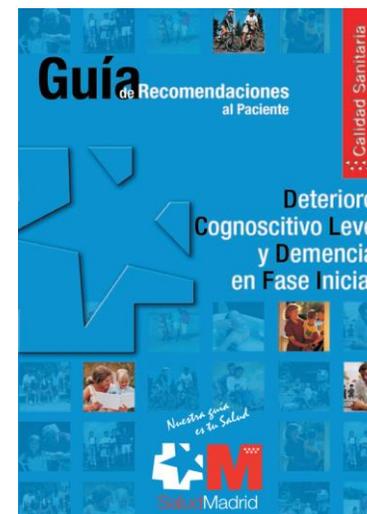
### Claves sobre la enfermedad de Alzheimer

Entidad responsable: Fundación Pasqual Maragall

Año de publicación: --

**Resumen:** se trata de una guía para pacientes que recoge información general sobre el Alzheimer y su situación actual, así como consejos y recomendaciones dirigidas a personas que conviven con la enfermedad. Se abordan aspectos como el conocimiento de los síntomas y diferenciación con otras demencias, la prevención y el mantenimiento de la salud cerebral.

**Fuente:** Fundación Pasqual Maragall. Claves sobre la Enfermedad de Alzheimer. [Enlace](#).



### Guía de recomendaciones al paciente con Deterioro Cognoscitivo Leve y Demencia en Fase Inicial

Entidad responsable: Salud Madrid

Año de publicación: 2006

**Resumen:** se trata de una guía breve y práctica para pacientes en la que se define la demencia y el Alzheimer, sus síntomas y aspectos sobre los que impacta la enfermedad de manera importante.

**Fuente:** [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/salud/chas/deterioro\\_cognitivo\\_leve\\_y\\_demencia\\_en\\_fase\\_inicial.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/salud/chas/deterioro_cognitivo_leve_y_demencia_en_fase_inicial.pdf)

### 3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

---

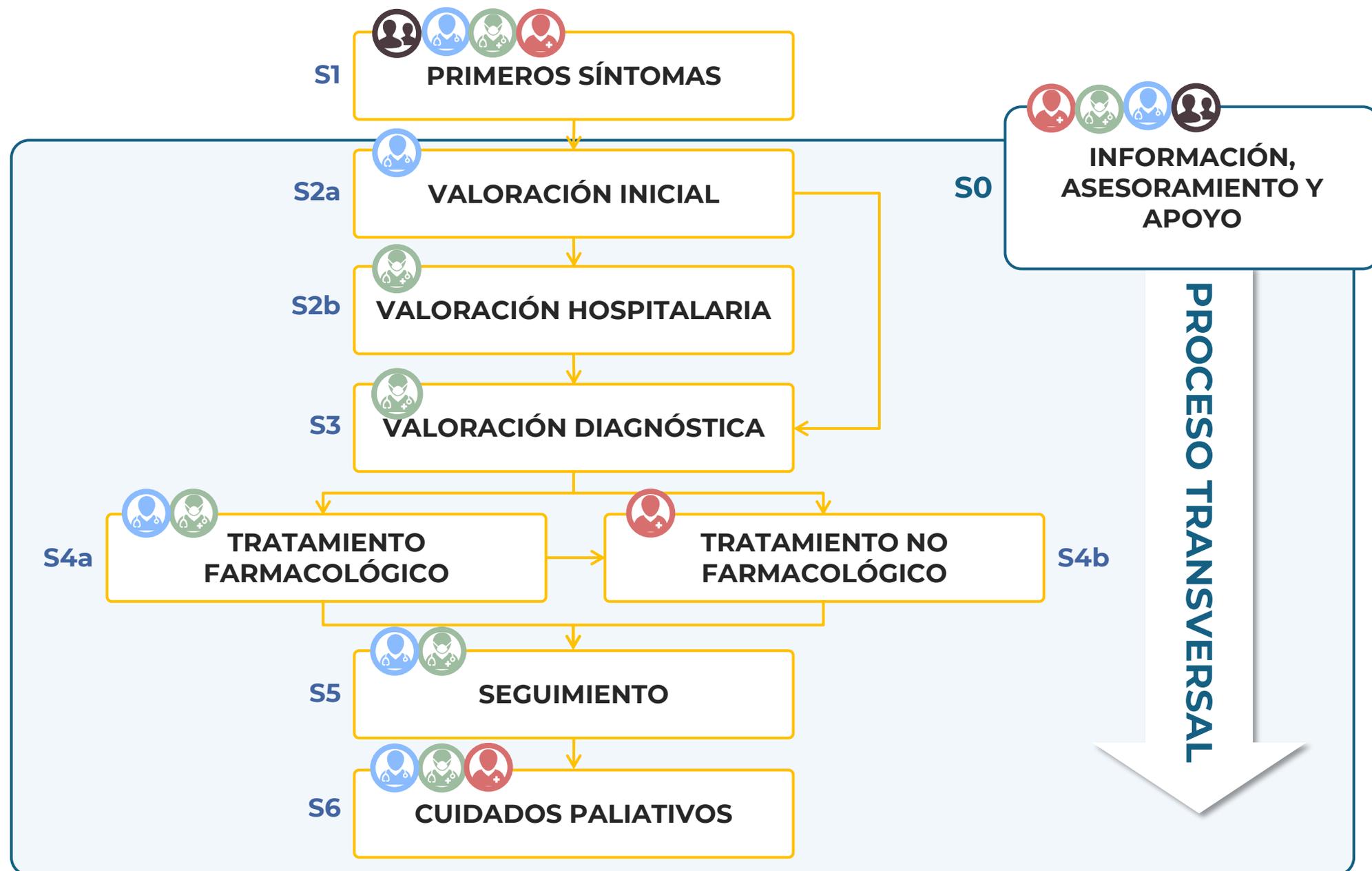
MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



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.

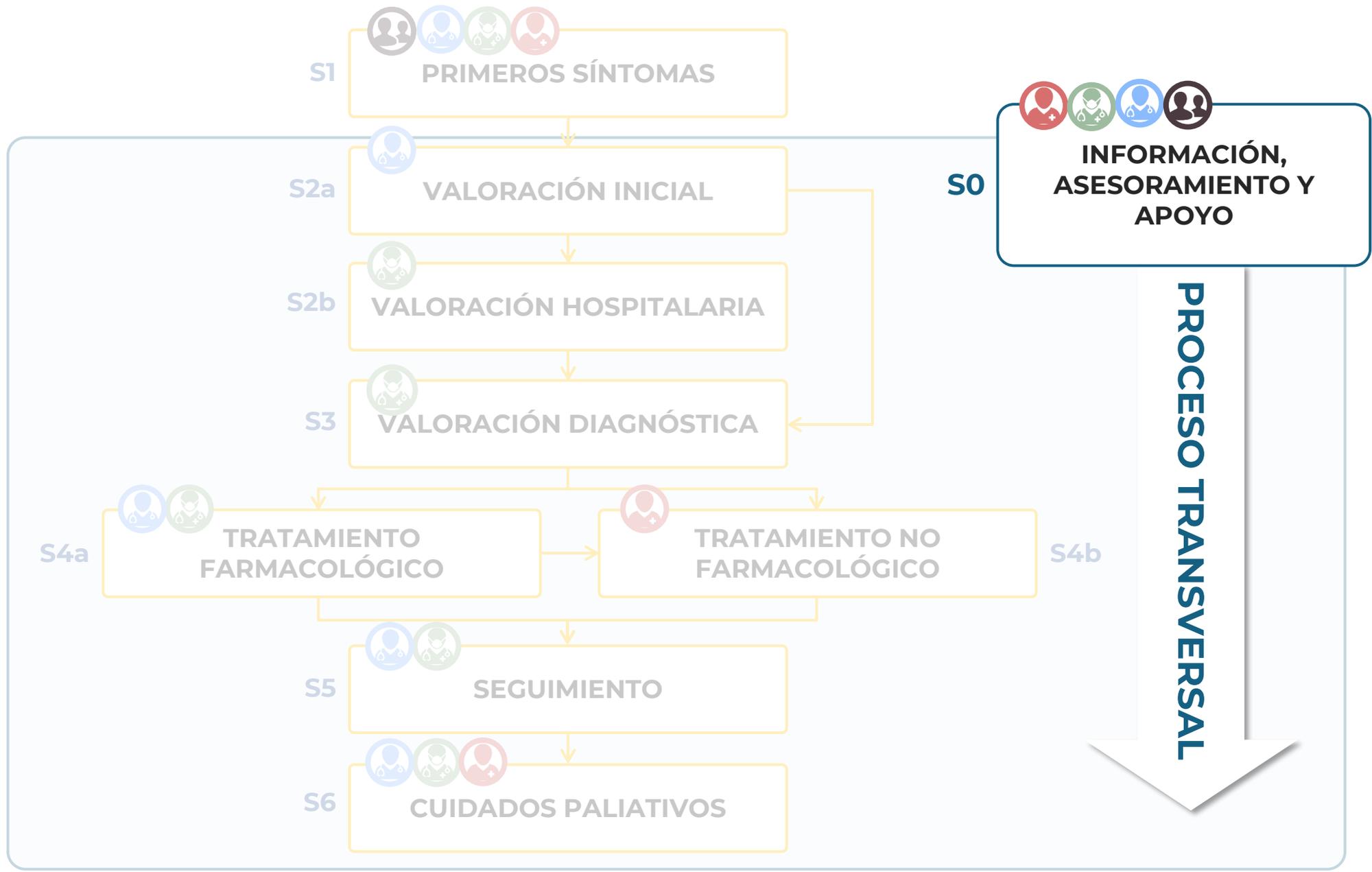
<b>SUBPROCESO 0</b> Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso <b>transversal</b> que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
<b>SUBPROCESO 1</b> Primeros síntomas	Subproceso inicial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

S0



INFORMACIÓN,  
ASESORAMIENTO Y  
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

**PLANTEAMIENTO DEL PROCESO ASISTENCIAL:** El **73%** de los expertos encuestados considera que el proceso asistencial planteado se ajusta a la realidad en la CAM.

**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, por los de geriatría y, puntualmente señalan a los medicina familiar y comunitaria o de psiquiatría como comunicadores del diagnóstico.

- El **73%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en el momento del diagnóstico es **insuficiente**. Entre las principales causas de esta información insuficiente, se mencionan: **la falta de tiempo en consultas, la falta de conocimiento, la falta de interés** e incluso **negación por parte del paciente y/o de su entorno** a conocer más sobre la enfermedad; **la falta de habilidades de comunicación** por parte del profesional.
- El **73%** de los expertos afirman que la comunicación del diagnóstico se realiza en una **consulta rutinaria** y un **36%** también hace referencia a la posibilidad de hacerlo en una **consulta específica**.
  - Entre los temas **tratados** durante la comunicación del diagnóstico:
    - La información general sobre la enfermedad.
    - Expectativas clínicas
    - Terapias no farmacológicas
    - Recursos de apoyo sociosanitarios
  - Además de estos, puntualmente se indica el tema de los **tratamientos farmacológicos**.

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN COMUNIDAD DE MADRID**

S0


**INFORMACIÓN,  
ASESORAMIENTO Y  
APOYO**
**PROCESO TRANSVERSAL**

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

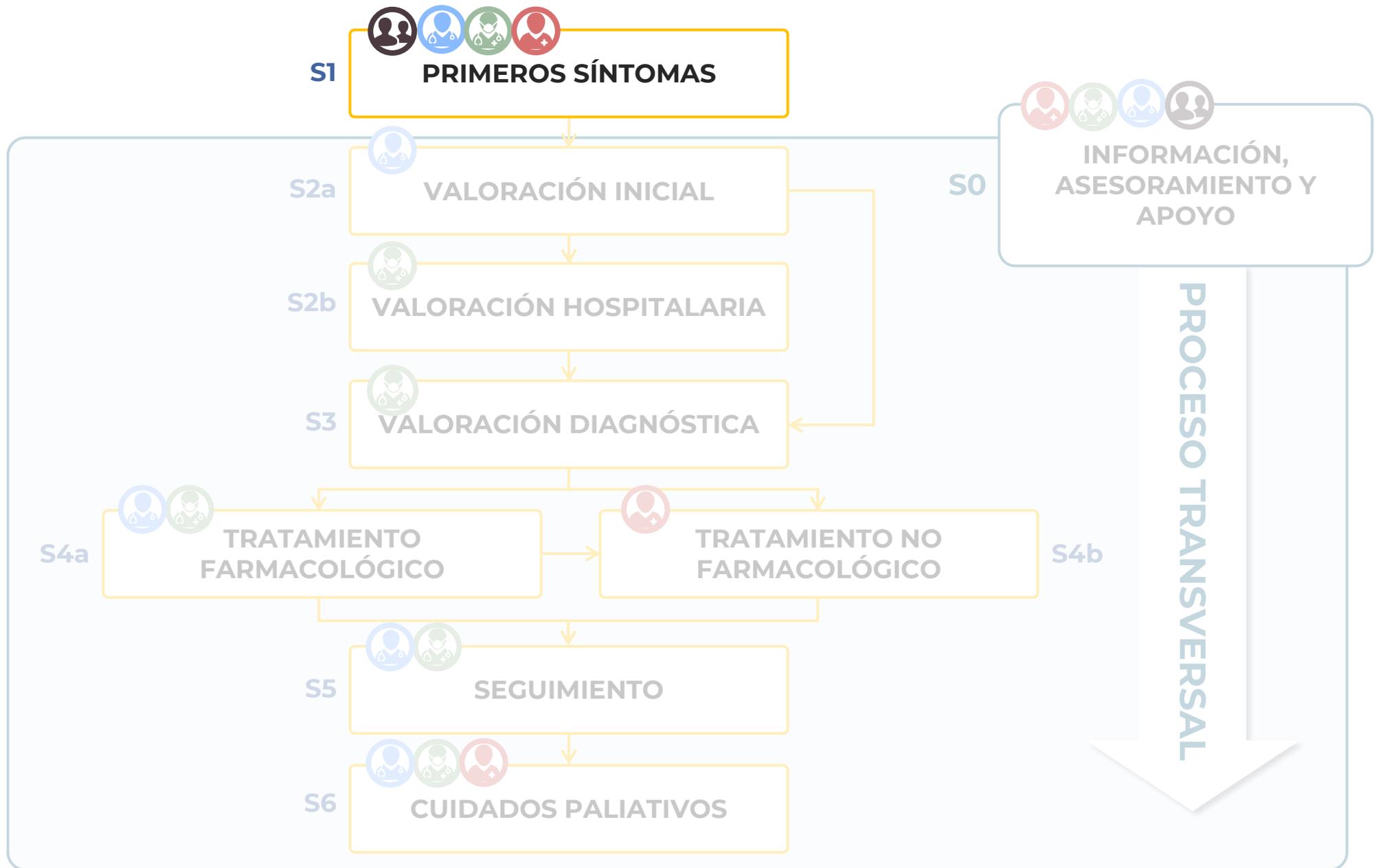
- Un **36%** de encuestados afirma que, de manera general, no se realiza la planificación anticipada, indicando, en algún caso que es el paciente el que lo solicita.
- Un **27%** indican que se realiza en fases iniciales del deterioro o en el momento del diagnóstico con algunos apuntes:
  - Durante las etapas tempranas de la enfermedad, el paciente todavía tiene capacidad para tomar decisiones.
  - En el momento del diagnóstico se ofrece información sobre distintos aspectos, incluyendo el posible avance de la enfermedad.
- Un **27%** indica que, por el contrario, se realiza en etapas moderadas o avanzadas, durante el seguimiento, donde no se tiene en cuenta la opinión del paciente dado el estado de salud y la capacidad para tomar decisiones en esas etapas.
- Tan solo 3 encuestados especifican que el proceso de planificación se realiza en atención primaria, incluyendo a los clínicos, enfermería y profesionales de trabajo social.

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

- En general, los encuestados indican que, en general, no se realiza y son muy pocos las personas con EA que disponen de un registro en este sentido y debería realizarse en estadios iniciales y de manera conjunta con el paciente y su familia.

## AGENTES

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





## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DE SUBPROCESOS DE PRIMEROS SÍNTOMAS:** el **73%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en la CAM.

**BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO:** tan solo el **27%** de los expertos encuestados afirman que **se realiza una búsqueda activa de los síntomas de deterioro cognitivo para detectar o identificar personas con EA en atención primaria.**

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:** en general, los expertos encuestados consideran baja o nula la participación de los servicios sociales en la detección de los primeros síntomas.

- En general, es **atención primaria quien deriva a los pacientes al trabajador social** dependiendo de la situación individual de cada uno. Sin embargo, algunos de los expertos afirman que la participación de los servicios sociales **suele darse de manera más habitual en fases avanzadas de la enfermedad**, asociándose con la pérdida de autonomía del paciente y situación de dependencia.
- La participación de los servicios sociales en esta etapa de la enfermedad **puede verse influenciada por la situación social del paciente** (p. ej. personas que viven solas) **o por la familia** (p. ej. La familia solicita ayuda directamente al trabajador social).
- El papel de los servicios sociales primarios es esencial para coordinar los casos junto con los trabajadores sociales de los centros de salud.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN COMUNIDAD DE MADRID

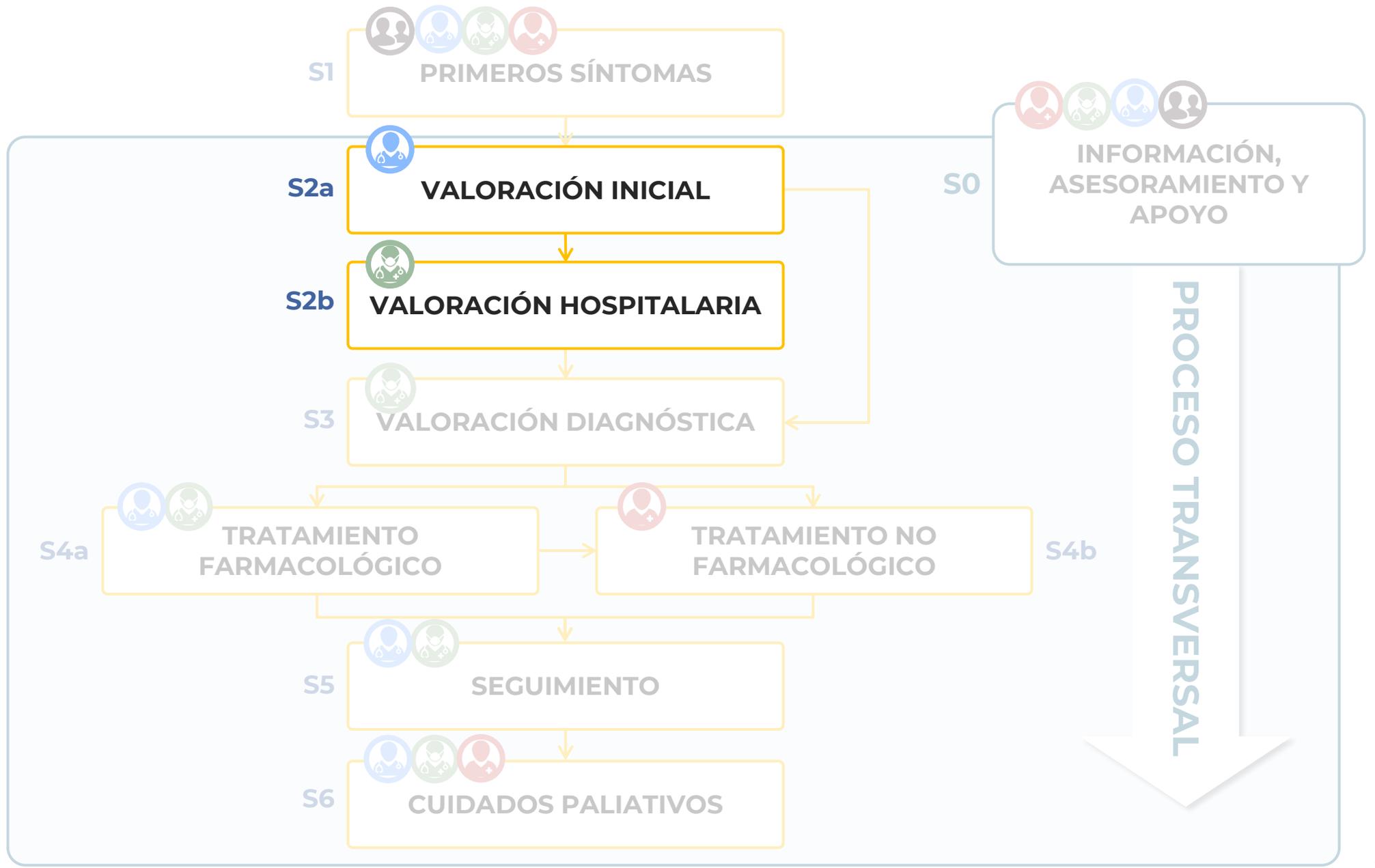
**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados han detectado **limitaciones en el cribado de la EA**. Destacando entre sus causas: la **falta de formación y capacitación de atención primaria** para la detección de síntomas, así como la **disponibilidad de recursos** en este ámbito asistencial como, por ejemplo, la **necesidad de tests cognitivos sencillos y rápidos**; la **escasez en la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales**; la necesidad de una **mayor colaboración con Asociaciones de Pacientes y Familiares**; o la **participación de los servicios sociales**.

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

- El **100%** de los expertos encuestados considera que la **principal barrera en la detección de los primeros síntomas son los propios profesionales sanitarios**, incluyendo la falta de tiempo, conocimientos, etc.
- Aunque en menor medida, también se señalan como principales barreras en este punto: la **falta de infraestructuras o capacidad (55%** de los encuestados); la **reticencia de personas con EA y familiares (64%)**; la **falta de sensibilización social (36%)**.
- En concreto, el **64%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo en consulta**. Además, la falta de herramientas, la falta de conocimiento de los pacientes y la actitud reticente por parte de las personas con EA y sus familiares, también son barreras señaladas por los expertos tanto a nivel de AP como de AH.
- **A nivel de atención primaria**, todos los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la falta de tiempo en consultas es la principal barrera en la detección de síntomas. Además de ello, destacan una **falta de proactividad relacionada con la dificultad del diagnóstico y la dificultad para mejorar o detener el progreso de la enfermedad**; una **falta de colaboración entre medicina y enfermería** y, en línea con la falta de herramientas, la **falta de test sensibles para los primeros síntomas**.
- **A nivel de atención hospitalaria**, además de la falta de tiempo en consulta, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barreras la **falta de capacitación y motivación de los profesionales sanitarios** para la detección de casos tempranos, unida a la valoración subjetiva de la trascendencia del problema por parte de los profesionales.

### 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 COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2:** el **82%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 2A de valoración inicial se ajusta a la realidad en la C. Madrid.

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN:** tan solo un experto del área de Geriatria (10%) afirmó la existencia de un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA. Sin embargo, el resto de los expertos desconocen o niegan la existencia de dicho protocolo. El grado de conocimiento es **BAJO**.

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

- **El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria oscila en un rango de 2-5 visitas.**
- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** de manera general, se solicita una **analítica** y, en algunos casos, una **valoración neuropsicológica**. Estas pruebas son las recomendadas por las guías y protocolos.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** **existe disponibilidad para realizar pruebas de neuroimagen y de líquido cefalorraquídeo**, incluyendo RM, TAC y PET y, en algunos casos, **aunque limitados**, pruebas genéticas y valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es variable** (el **67%** de los profesionales AP indican el rango 6-12 meses y el **33%** de profesionales de AP el rango >3meses).
- El **tiempo medio desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta** de atención hospitalaria es variable desde los **3 meses en adelante**.

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

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 COMUNIDAD DE MADRID

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA:** no existe un consenso sobre el papel de trabajo social en esta etapa del proceso. **Los profesionales de trabajo social no suelen valorar a estas personas, únicamente si el paciente o los familiares solicitan información sobre ayudas sociales, incapacidad, acceso a centros de día, etc.,** y, en algún caso, se derivan desde primaria para que puedan recibir esta información.

### ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA:

- La participación de neuropsicología es ocasional. En general, **no participa en el proceso, si bien, se conocen casos aislados en algunos centros, o bien a cargo de fondos de investigación, o a través de convenios con Asociaciones de Pacientes,** según el **40%** de los encuestados.
- En el área de **psiquiatría sí se dispone de psicólogos especializados en neuropsicología,** sin embargo, el resto de las áreas asistenciales carecen de este perfil.

### PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria niegan la existencia de profesionales de enfermería específicamente dedicados a las demencias. En general, las enfermeras de los centros de salud realizan despistaje de deterioro cognitivo en el marco del programa del paciente polimedicado/frágil, en algunos casos realizan test y cuestionarios de valoración neuropsicológica (por ej. MMSE), funcional y de deterioro cognitivo, depresión y ansiedad.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios encuestados indican que el papel de enfermería es escaso. En algunos casos participan identificando síntomas, llevando la gestión de casos o realizando algún test de valoración cognitiva. Salvo en el caso de Psiquiatría, no se identifican enfermeras especializadas en demencia en el ámbito hospitalario.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** tan solo 2 de los profesionales de atención primaria afirman disponer de la figura de la enfermera gestora de casos. Sin embargo, no se trata de una figura única para procesos de demencia, sino que sirve para dar continuidad a multitud de procesos, destacando en personas con enfermedad crónica de alto riesgo e intervención.

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

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados (Valor mín-valor máx).

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

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN COMUNIDAD DE MADRID

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos coinciden en que el **principal reto en la etapa de valoración del paciente son las largas listas de espera para la valoración por parte de atención hospitalaria**, ligado a la falta de profesionales, especialmente neurólogos y unidades especializadas y consultas monográficas de trastornos cognitivos. Además, destacan otros aspectos tales como:

- La **falta de un protocolo o un proceso asistencial en el que se defina bien el circuito y los criterios de derivación**, resaltando que, en algunos casos leves, el diagnóstico y la valoración, incluso, en algunos casos el inicio de un tratamiento podría realizarse desde AP. Sin embargo, para que eso fuese posible, **es necesario reforzar los equipos de AP, tanto a nivel de formación, como a nivel de recursos y accesibilidad a pruebas de imagen y analíticas de manera preferente.**
- La necesidad de **reforzar los servicios sociales primarios y fomentar el trabajo en red** con estos.
- La **falta del Servicio de Geriatria en algunos hospitales de la comunidad**, lo que genera inequidades en el acceso a estos especialistas.

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

## EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

## VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

### ATENCIÓN PRIMARIA

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

<b>Escala de Lawton y Brody (AIVD)</b>
<b>Índice de Barthel (ABVD)</b>

### ATENCIÓN HOSPITALARIA

<b>Mini-Mental State Examination</b>	Test de Pfeiffer
Mini Examen Cognitivo de Lobo	Memory Impairment Screen
<b>Fototest</b>	<b>Test del Reloj</b>
Fluidez categorial y semántica	Test del informador
<b>Montreal Cognitive Assessment</b>	Set Test

Escala de Lawton y Brody (AIVD)
Índice de Barthel
Functional Assessment Stages
Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Functional Assessment Stages (FAST)

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

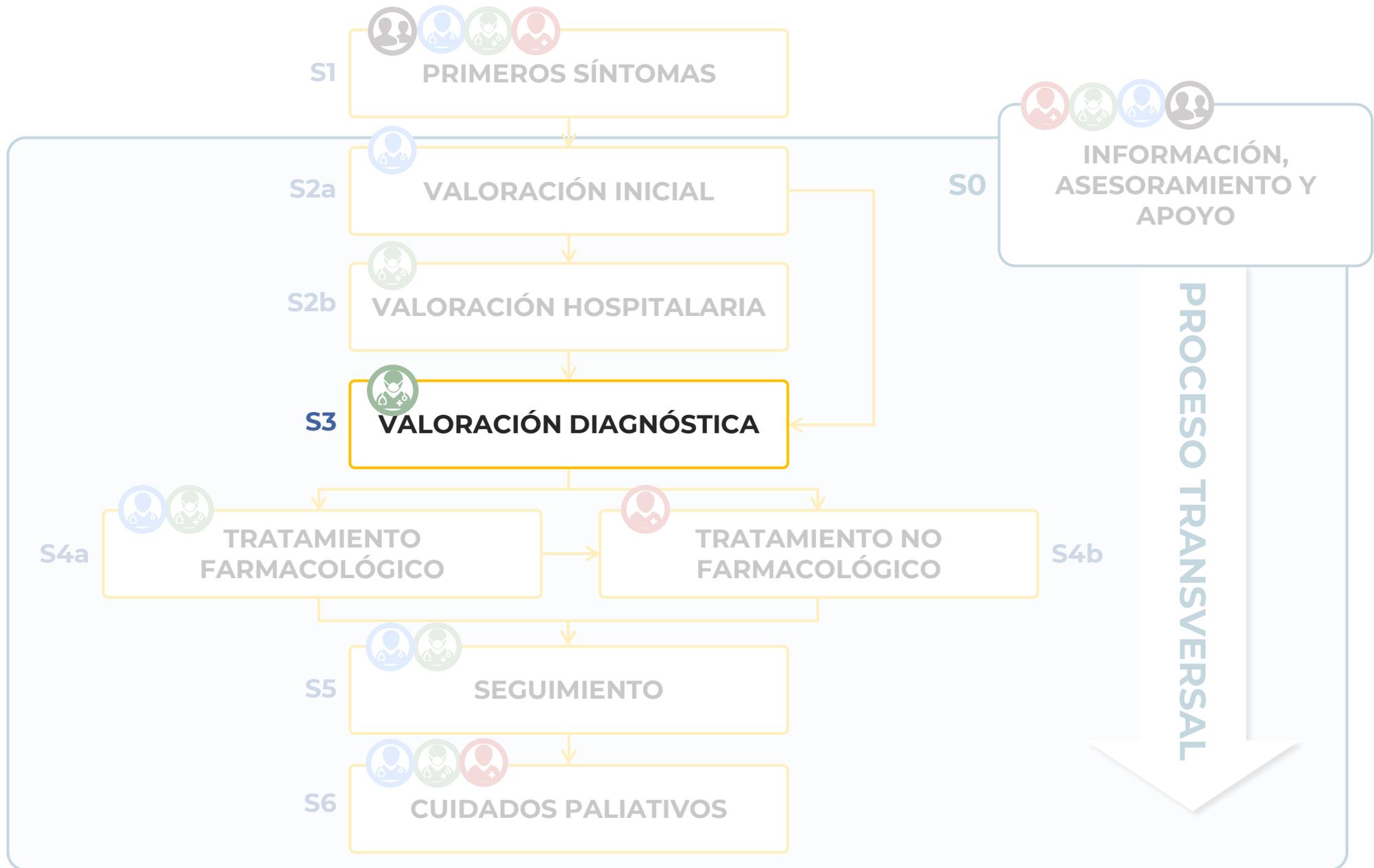
**Exploración neuropsicológica abreviada:** los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Minimental State Examination (MMSE)**, el **Fototest**, el **Montreal Cognitive Assessment**, y el **Test del Reloj**.

**Valoración de la repercusión funcional:** el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Functional Assessment Stages (FAST)** y el **índice de Barthel**.

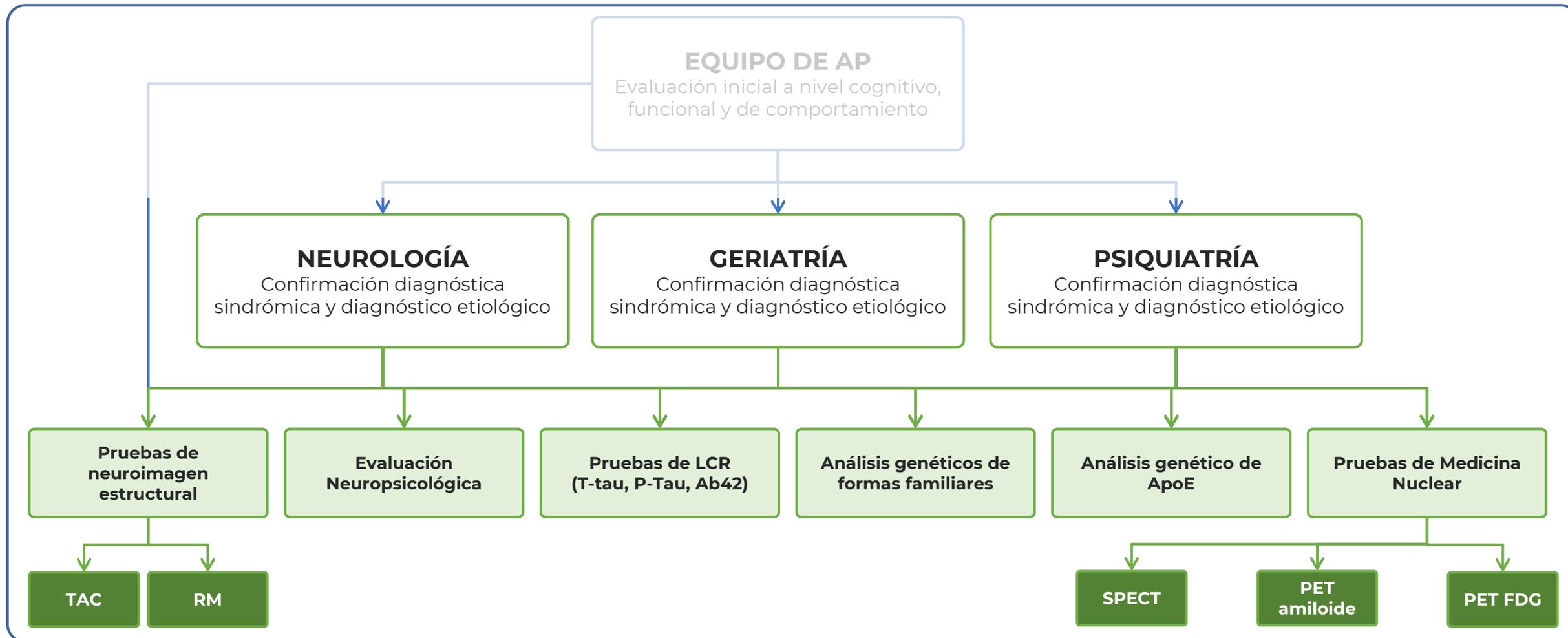
**Otras herramientas identificadas son:** escala FAC, MNA y Norton.

## 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 COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3:** El **64%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 3 de valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en la CAM.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: TAC

El **78%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman tener **acceso para solicitar una prueba TAC** en el caso de sospecha de EA y señalan que **se realiza a un 73%** de las personas con sospecha de EA.\*

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

El **100%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso al TAC señalan la **posibilidad de realizar los TACs en el propio centro**, si bien, en algunos casos se derivan a centros privados o concertados (28%), o a centros de referencia del SNS (14%).

La mayoría de los profesionales sanitarios encuestados desconocen o niegan la disponibilidad de un uso específico\* de esta tecnología, tan solo un **experto señala disponer dicho uso**. *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 71% de los profesionales que tienen acceso a TAC**; entre 2-3 meses según el 14% y superior a 3 meses según el 14% restante considerándose, de manera general un tiempo **ADECUADO** (reportando 1-2 meses).
- El **43%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso a TAC reconocen la existencia de **políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Las políticas identificadas consisten en la **apertura de agendas en horario de fin de semana** y en la **solicitud de pruebas de manera preferente**.
- El **100%** de los profesionales sanitarios con acceso a TAC consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es **maximizar el uso de máquinas y profesionales sanitarios**. En algunos casos también se consideran el aumento del número de máquinas y/o de profesionales una estrategia efectiva.

Las principales barreras identificadas por los profesionales en torno a la solicitud del TAC destacan los **largos tiempos de espera, el limitado número de pruebas** desencadenado por la falta de máquinas y profesionales, **la imposibilidad de solicitarlas desde AP, y la calidad de los informes radiológicos**.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: RM

El **78%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman tener **acceso para solicitar la RM** en el caso de sospecha de EA y señalan que **se realiza a un 62%** de las personas con sospecha de EA.\*

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

El **100%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso a la RM señalan la **posibilidad de realizar los TACs en el propio centro**, si bien, en algunos casos se derivan a centros privados o concertados (29%).

La mayoría de los profesionales sanitarios encuestados desconocen o niegan la disponibilidad de un uso específico\* de esta tecnología, tan solo un **experto señala disponer dicho uso**. *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 71% de los profesionales que tienen acceso a RM** y superior a 3 meses según el 29% restante considerándose, un tiempo **INADECUADO** en el **57%** de los casos (reportando entre 2-3 y >3 meses).
- El **71%** de los profesionales sanitarios que tienen acceso a RM desconocen la existencia de **políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Las políticas identificadas consisten en la **apertura de agendas en horario de fin de semana** y en la disponibilidad de **máquinas en centros ambulatorios o concertados con centros privados** con un bajo control de calidad.
- Los profesionales sanitarios con acceso a RM consideran que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son **maximizar el uso de máquinas y profesionales sanitarios** y, aunque en menor medida, aumentar el número de máquinas y profesionales.

El **57%** de los profesionales que disponen de acceso a RM considera que los **tiempos de espera prolongados son una de las principales barreras en esta prueba**. Además de ello, señalan la **baja tolerancia e incomodidad** de las personas para realizarse la prueba, y el **número limitado de pruebas** por falta de máquinas y profesionales.

**RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: SPECT**

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT** en el caso de sospecha de EA. Sin embargo, señalan que **se realiza únicamente en el 11%** de los casos de sospecha.\*

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a SPECT afirman que **las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro**.

**Todos los profesionales de atención hospitalaria niegan o desconocen la disponibilidad 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:

- Según los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a SPECT, **el tiempo de espera es de entre 1 y 2 meses según el 40%; 2 y 3 meses según otro 40%** y superior a 3 meses según el 20% restante considerándose, un tiempo **ADECUADO** la mayoría de los casos (reportando entre 1-2 y 2-3 meses).
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso a SPECT **desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso a SPECT consideran que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son **maximizar el uso de máquinas y profesionales sanitarios** y, aunque en menor medida, aumentar el número de máquinas y profesionales.

En general, los profesionales de atención hospitalaria refieren limitaciones en los **tiempos de espera prolongados**, y en la posible **sustitución de la prueba por el PET**.

**RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: PET AMILOIDE**

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba PET Amiloide en el caso de sospecha de EA** ya sea por estar incluida en la cartera de servicios de la comunidad autónoma, como por estar financiada a través de fondos propios del hospital. Sin embargo, señalan que **se realiza únicamente en el 12%** de los casos de sospecha.\*

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a PET Amiloide afirman que **las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro**.

La mayoría de los profesionales sanitarios encuestados desconocen o niegan la disponibilidad de un uso específico\* de esta tecnología, tan solo un **experto señala disponer dicho uso**. *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:

- Según los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a PET Amiloide, **el tiempo de espera es de entre 1 y 2 meses según el 40%; 2 y 3 meses según un 20%** y superior a 3 meses según otro 20%. El 20% restante desconoce el tiempo de espera. En general, todos aquellos profesionales que indicaron un **tiempo inferior a 3 meses** lo consideran **ADECUADO**.
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso a PET Amiloide **desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso a PET Amiloide consideran que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son **maximizar el uso de máquinas y profesionales sanitarios**, aumentar el número de máquinas y profesionales y, puntualmente se indica no restringir el uso de esta prueba.

En general, los profesionales de atención hospitalaria **refieren limitaciones** en los **tiempos de espera prolongados**, en las **restricciones para seleccionar pacientes**, en algunos casos **se pacta anualmente el número máximo de pruebas a realizar** y, en otros casos, por el elevado coste de la misma **se restringe el uso**.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: PET FDG

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA** ya sea por estar incluida en la cartera de servicios de la CA, como por estar financiada a través de fondos propios del hospital. Además, señalan que **se realiza únicamente en el 27%** de los casos.

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

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que **las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro**. El **17%** restante indica que se realizan en los **centros de referencia del SNS**.

**Un único profesional de atención hospitalaria afirma la disponibilidad 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:

- Según los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a PET FDG, **el tiempo de espera es de entre 1 y 2 meses según el 40%; superior a 3 meses según otro 40%** y entre 2 y 3 meses en el 20% restante desconoce el tiempo de espera. En general, los profesionales lo consideran **ADECUADO** (mayoritariamente, los que reportan tiempos medios <3 meses).
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso a PET FDG **desconocen y/o niegan la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso a PET FDG consideran que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son **maximizar el uso de máquinas y profesionales sanitarios** y, aunque en menor medida, aumentar el número de máquinas y profesionales.

En general, los profesionales de atención hospitalaria refieren limitaciones en los **tiempos de espera prolongados**, en las **restricciones de uso de la propia prueba**, si bien, no ofrecen más detalles en este sentido.

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

El **83%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba LCR en el caso de sospecha de EA** ya sea por estar incluida en la cartera de servicios del centro, como por estar financiada a través de fondos propios del hospital. Sin embargo, señalan que **se realiza en el 39%** de los casos de sospecha.\*

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a LCR afirman que **las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro**.

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a LCR **afirma la disponibilidad 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:

- Según los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a LCR, **el tiempo de espera es de inferior a mes según el 60%; 2 y 3 meses según un 20%**. El 20% restante desconoce el tiempo de espera. En general, todos los profesionales concedores del tiempo de espera lo consideran **ADECUADO** (mayoritariamente, los que reportan tiempos medios <1 mes).
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso a LCR **desconocen o niegan la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso a LCR consideran que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son **aumentar el número de profesionales** y, aunque en menor medida, aumentar el número de máquinas y maximizar el uso de las mismas y de los profesionales disponibles.

En general, los profesionales de atención hospitalaria refieren limitaciones para la realización de los biomarcadores en LCR, incluyendo aspectos como la **incomodidad y posibles riesgos de la punción lumbar**, y los **tiempos de espera prolongados que están asociados a los profesionales** que lo realizan, sugiriendo como medida de mejora la ampliación del uso de esta prueba a otros especialistas del centro.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: TEST GENÉTICO (ApoE)

Solo el **43%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba genética de ApoE en el caso de sospecha de EA**, y señalan que **se realiza únicamente en un 6%** de los casos de sospecha.\*

El **grado de satisfacción con la calidad de los informes** de las pruebas de test genético de ApoE es **ALTO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria que tienen acceso a estas pruebas afirman que **éstas se realizan en el propio centro** y, puntualmente se derivan a **centros privados**.

**Un único profesional de atención hospitalaria afirma la disponibilidad 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:

- Las respuestas relacionadas con el tiempo de espera **varían entre profesionales**, un experto indica un tiempo de espera de entre 1 y 2 meses que lo considera **ADECUADO**, otro experto indica un tiempo superior a **3 meses** y, por el contrario, lo considera **INADECUADO**. El experto restante desconoce el tiempo de espera.
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso al test genético ApoE **desconocen o niegan la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso al test genético ApoE identifican **posibles estrategias** para reducir estos tiempos como, por ejemplo, la **realización del test en sangre** desde el inicio y la **disminución de barreras para la autorización** de la prueba.

En cuanto a posibles barreras para la realización del test genético de ApoE, únicamente se menciona el número limitado de pruebas, sin aportar más información.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

Sólo el **43%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados **afirman tener acceso para solicitar una prueba genética de formas familiares en el caso de sospecha de EA**, y señalan que **se realiza únicamente en un 3%** de los casos de sospecha.\*

El **grado de satisfacción con la calidad de los informes** de las pruebas de test genético de formas familiares es **ALTO**.

Las respuestas en relación con el tipo de centro en el que se realizan estas pruebas varían, incluyendo desde en el **propio centro, hasta en centros privados y centros de referencia del SNS**.

**Un único profesional de atención hospitalaria afirma la disponibilidad 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:

- El tiempo de espera va de los 2 meses en adelante. Dos profesionales indicaron un tiempo superior a 3 meses y el profesional restante indicó un tiempo de 2-3 meses. Todos ellos lo consideran **ADECUADO**.
- Los profesionales sanitarios de atención hospitalaria que tienen acceso a test genético de formas familiares **niegan la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera**.
- Los profesionales sanitarios con acceso a test genético de formas familiares identifican **posibles estrategias para reducir estos tiempos** como, por ejemplo, **la inclusión de la prueba de manera rutinaria en la detección precoz de Alzheimer, o la creación de centros de referencia a nivel regional o local**.

En cuanto a **posibles barreras** para la realización del test genético de formas familiares, únicamente se menciona el **número limitado de pruebas, indicando que éstas dependen de los fondos privados del servicio**.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN COMUNIDAD DE MADRID

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** os **principales retos y áreas de mejora** identificados por los expertos durante el subproceso de valoración diagnóstica son:

- La necesidad de mejorar la **accesibilidad a las pruebas diagnósticas complementarias** tales como el PET y los biomarcadores en LCR, **para completar el proceso diagnóstico en todos los casos.**
- La falta de **definición de criterios de derivación** claros que permitan **derivar de un modo más directo** para la realización de las pruebas complementarias.
- La falta de **definición del papel de atención primaria en el diagnóstico** ya que, en algunos casos, no es necesario derivar, sino que sería posible **realizar un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento desde atención primaria** siempre y cuando estos profesionales tengan acceso a determinadas pruebas como, por ejemplo, el TAC.
- Las **largas listas de espera para la valoración en el hospital y para la realización de pruebas complementarias**, así como, las demoras en la recepción y revisión de los resultados de las mismas.
- La **escasez de especialistas en Geriatria y Neurología.**
- La necesidad de **implementar Consultas Monográficas o unidades especializadas en trastornos cognitivos** que incluyan diferentes perfiles profesionales para dar una **atención integral** a estas personas, incluyendo, **neurólogos**, profesionales de **enfermería, neuropsicólogos, trabajadores sociales, geriatras y psiquiatras.**
- El **trabajo emocional con personas con EA y familiares** para afrontar la enfermedad y los cambios que puede traer consigo desde el momento del diagnóstico.
- **Test de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no disponibles, 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



Entorno del paciente



Atención primaria



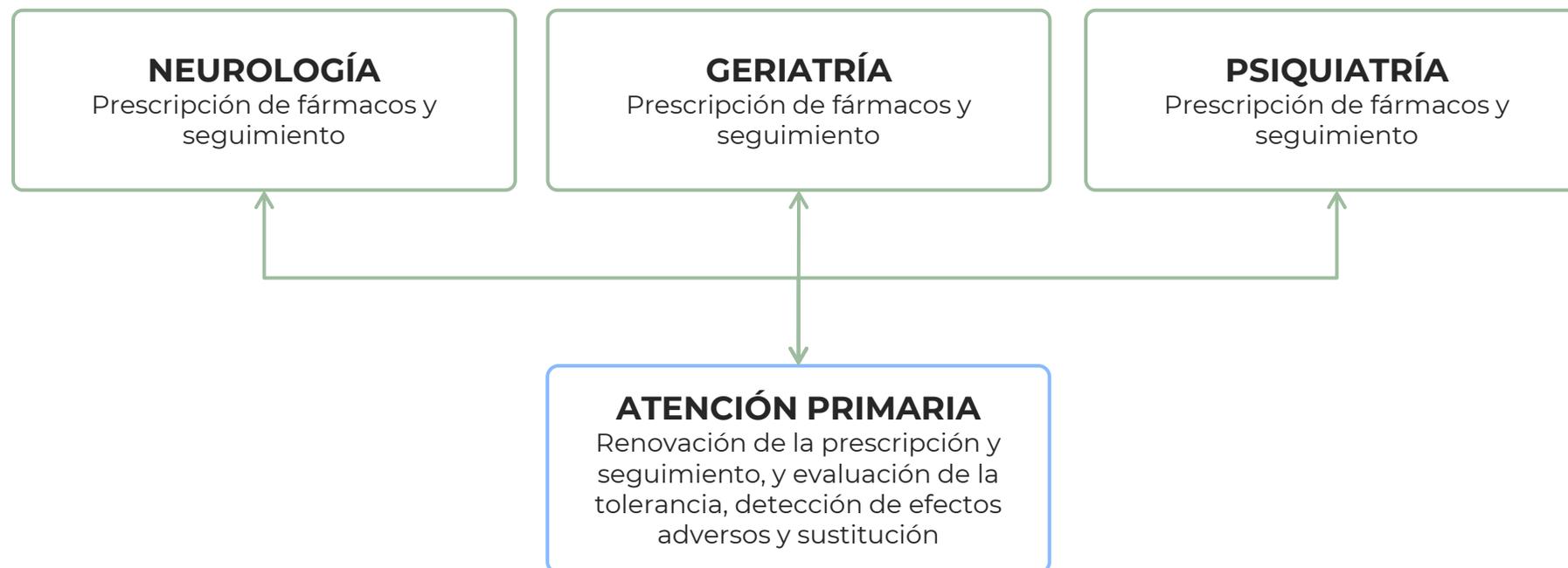
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A:** el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 4A de tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en la CAM.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados reconoce que **Neurología es el principal servicio encargado de iniciar el tratamiento farmacológico**, si bien, un **78%** y un **44%** consideran que también puede iniciarse el tratamiento farmacológico desde el servicio de **Geriatría** o de **Psiquiatría** respectivamente.

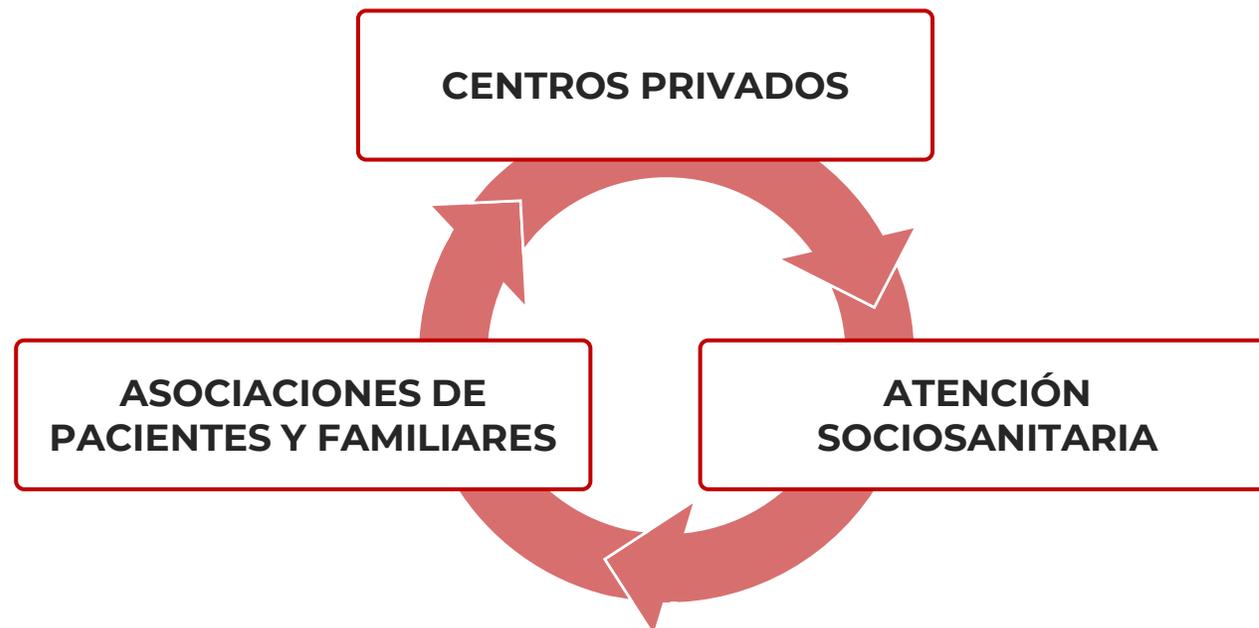
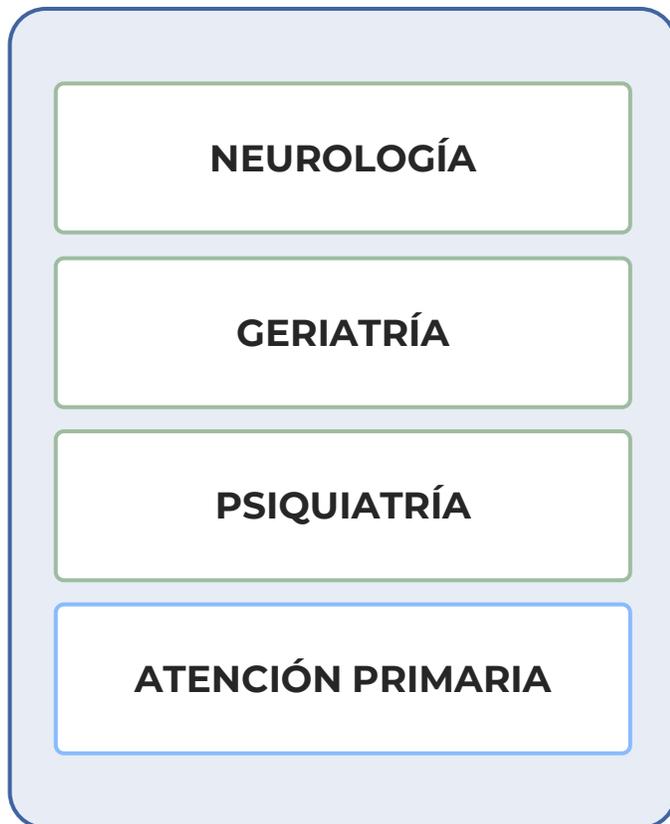
**Todos los profesionales sanitarios** incluidos en el marco del análisis pueden **dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico**, siendo más habitual que esta continuidad se realice desde **Medicina Familiar y Comunitaria**, seguido de Neurología, Geriatría y Psiquiatría, en ese orden.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN COMUNIDAD DE MADRID

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los **principales retos y áreas de mejora** identificados por los expertos durante el subproceso de tratamiento farmacológico son:

- La **prescripción temprana** de los tratamientos farmacológicos, para lo que es importante considerar el papel de atención primaria en este aspecto.
- La necesidad de **facilitar la prescripción** en términos de **visados de inspección, renovación y actualización** de las recetas electrónicas.
- La **escasez de profesionales y unidades especializadas** para optimizar los procesos desde el diagnóstico hasta la prescripción.
- La **información y comunicación** adecuada con la persona con EA y la familia sobre los beneficios, riesgos, limitaciones y expectativas de los tratamientos.
- La necesidad de **mejorar la monitorización de la eficacia y los efectos secundarios** de los tratamientos disponibles, para lo cual es importante el punto anterior, con el objetivo de **capacitar al paciente para la detección y notificación de efectos secundarios o adversos**.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B:** el **60%** de los profesionales sanitarios y profesionales de trabajo social encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 4B de tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en la CAM.

Los **profesionales sanitarios** que respondieron negativamente a la pregunta añadieron aspectos como, por ejemplo, la necesidad de **incluir los tratamientos no farmacológicos en la cartera de servicios y realizarlos en centros sanitarios públicos** con personal cualificado; establecer **protocolos claros de derivación a unidades especializadas del ámbito sociosanitario**; establecer **convenios con centros de titularidad privada**; promover **la derivación de personas desde AP a servicios de atención sociosanitaria**; y facilitar la **colaboración con asociaciones de pacientes**.

El profesional de trabajo social añadió la necesidad de establecer **circuitos directos para la receta electrónica entre centros públicos y privados** con el fin de **evitar consultas innecesarias**.

**TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS DISPONIBLES:** según los profesionales sanitarios y representantes de AAPP encuestados, los tratamientos no farmacológicos se prescriben:

- **Estimulación cognitiva** (rehabilitación cognitiva, terapia de reminiscencia, orientación a la realidad) a un **52%** de los pacientes.
- **Técnicas de mantenimiento de la funcionalidad** a un **51%** de las personas con EA.
- **Técnicas orientadas al control de problemas conductuales** (musicoterapia, estimulación sensorial, terapias con animales; técnicas de mantenimiento de la funcionalidad (entrenamiento en actividades de la vida diaria, psicomotricidad, etc.) a un **22%** de los pacientes.
- Talleres de memoria a un **49%** de los pacientes.

Además de estas, en la CAM se identifican **otros tratamientos no farmacológicos** tales como, danza, estimulación social, paseos, estimulación magnética transcraneal, intervenciones nutricionales, prescripción de ejercicio físico, fisioterapia, logopedia.

Cabe mencionar que, en la CAM la mayoría de los tratamientos no farmacológicos están financiados mayoritariamente por la **Consejería de Bienestar Social**.

Un **64%** de los encuestados consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN COMUNIDAD DE MADRID

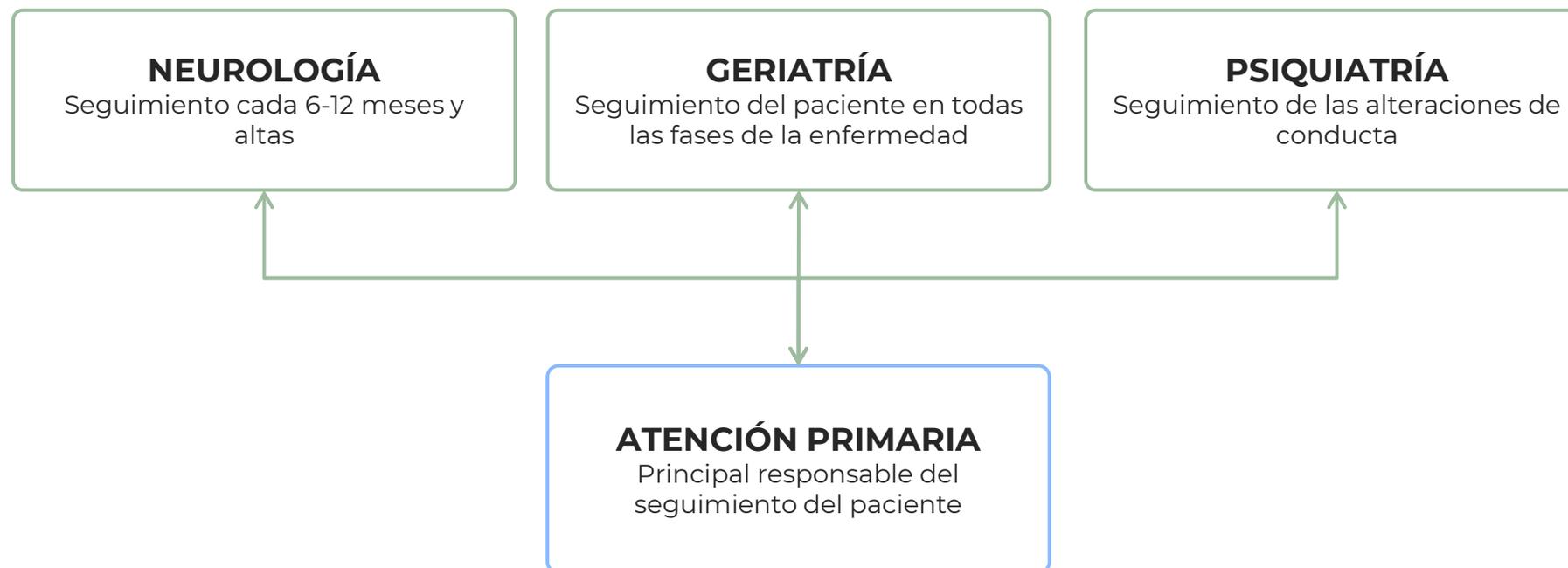
**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los **principales retos y áreas de mejora** identificados por los expertos durante el subproceso de tratamiento farmacológico son:

- La necesidad de **favorecer la relación entre los servicios sanitarios, sociales y las asociaciones de pacientes**, incluyendo la difusión de la labor que estas realizan.
- La falta de **concienciación social sobre la enfermedad de Alzheimer y la necesidad de eliminar el estigma** asociado a la misma.
- El **desconocimiento y desinformación sobre los beneficios del tratamiento no farmacológico** tanto a nivel social, como sanitario, donde en ocasiones puede existir una sobre prescripción de psicofármacos, sedantes e hipnóticos.
- La **accesibilidad a centros de estimulación cognitiva y centros de día del ámbito público**, así como, la **falta de ayudas económicas** para acceder a estos recursos desde el ámbito privado.

## AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5:** el **73%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 5 de seguimiento se ajusta a la realidad en la CAM.

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO:** todos los profesionales sanitarios encuestados **niegan o desconocen la existencia de un protocolo de seguimiento y evaluación de resultados en salud** para la persona con EA.

**PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN EL SEGUIMIENTO:** el **89%** de los profesionales sanitarios encuestados reconoce que **Medicina Familiar y Comunitaria es el principal responsable del seguimiento del paciente con EA**, seguido de Neurología (78%), Geriátrica (56%) y puntualmente Psiquiatría, si bien, un experto hace referencia también a enfermería de atención primaria.

### FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO

- Teniendo en cuenta la presión asistencial, el **56%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que el seguimiento de la persona con EA se realiza **cada 0-6 meses**, el **33%** de los profesionales considera que se realiza **cada 6-12 meses** y **un profesional indica que se realiza a demanda del paciente o en casos de atención domiciliaria cada 3-6 meses**.
- En cuanto a la frecuencia de seguimiento óptimo, las respuestas de los profesionales varían, si bien, el **67%** de los profesionales sanitarios hacen **referencia a que depende de distintos factores**, incluyendo aspectos como, por ejemplo, la fase de la enfermedad, la sintomatología, las necesidades individuales del paciente y sus familiares, etc.

**PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:** el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que, durante el seguimiento, se realizan, al menos, una **valoración cognitiva, una valoración funcional y una evaluación clínica**. Además de ello, en algunos casos se realizan valoraciones adicionales incluyendo la conductual, la del entorno cuidador, la psicoafectiva, la nutricional, la social, así como las **pruebas de imagen y laboratorio** que se consideren necesarias bajo criterio del clínico.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN COMUNIDAD DE MADRID

**DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:** el **89%** de los profesionales sanitarios destacan el papel de atención primaria en la **renovación de la prescripción**. Además, un **67%** considera relevante también el papel de AP en el **seguimiento de efectos adversos, adherencia y en la valoración clínica** y, aunque en menor medida, también se señala la relevancia de AP en la información y asesoramiento, la vigilancia y tratamiento de comorbilidades o la detección de evoluciones anómalas.

**DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:** los profesionales sanitarios encuestados refieren que la facilidad para derivar personas con EA entre niveles asistenciales en situaciones de necesidad es **BAJA**.

**COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:** los expertos encuestados identifican algunas acciones dirigidas a promover la coordinación social y sanitaria en la CAM como, por ejemplo, iniciativas impulsadas por las AFAS (Asociaciones de Familiares de Alzheimer), el contacto directo entre el clínico y la persona encargada de la coordinación del trabajo social en su área, los programas de coordinación con residencias impulsados desde Geriátrica, sesiones conjuntas con los trabajadores sociales de los centros de salud, las e-consultas, o las mesas de coordinación de casos protocolizadas.

### PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN EL SEGUIMIENTO

- Los profesionales sanitarios y el trabajador social encuestados refieren que la **facilidad para derivar pacientes a trabajo social** es **MEDIA**.
- En general, los trabajadores sociales desempeñan labores **de información a familiares** sobre los recursos disponibles y seguimiento de la adecuación de los recursos solicitados, **apoyo en la gestión de ayudas sociales y cuestiones legales**, y otras acciones más específicas relacionadas con la inclusión social, la prevención de la soledad, la adaptación al entorno, etc.

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR (I):** el **64%** de los expertos encuestados afirman existe un conocimiento del impacto de la enfermedad sobre el cuidador a distintos niveles incluyendo sobre la salud física y psíquica, la calidad de vida, a nivel laboral, sobre las relaciones familiares y sociales, y a nivel económico por el coste de los recursos de apoyo que pueden no ser accesibles desde el sistema público. Las voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según **el 46%** de los expertos encuestados.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN COMUNIDAD DE MADRID

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR (II):** Los expertos encuestados identifican **potenciales acciones que pueden ayudar a mitigar el impacto sobre el cuidador:**

- Incrementar el **apoyo por parte de las instituciones a nivel económico y social para las personas con EA y sus cuidadores.**
- Informar y capacitar al inicio de la enfermedad, facilitándoles herramientas para **implementar medidas no farmacológicas e impulsarles a solicitar recursos de apoyo**, tanto para la persona con EA como para él mismo.
- **Facilitar el acceso a recursos de apoyo a la dependencia.**
- **Elaborar un protocolo de atención al cuidador** que contemple la atención médica del cuidador, atención social y psicológica.
- **Individualizar el abordaje del cuidador.**
- **Formar a los profesionales** para el abordaje de las necesidades de los cuidadores.

### PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES Y REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

- En línea con lo comentado en apartados anteriores, **la planificación anticipada de las decisiones no es una práctica habitual en la CAM** y, en muchos casos se realiza durante el seguimiento, en etapas avanzadas de la enfermedad en las que el paciente ya ha perdido la capacidad de toma de decisiones.
- El **37%** de los expertos encuestados indican que el **profesional responsable de este proceso es el neurólogo o el geriatra**, un **27%** hace referencia a los profesionales de **trabajo social** y, en casos puntuales se hace referencia al médico de familia. Sin embargo, en un **89%** de los casos, se considera **insuficiente o nulo el apoyo a las personas con EA y sus familiares en la redacción de dicha planificación.**
- Por su parte, un **73%** de los profesionales indican que, en caso de elaborar un documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia, existe un **protocolo de acceso y/o registro en los sistemas de información.** Sin embargo, en la mayoría de los casos **no se realiza dicho registro.**

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN COMUNIDAD DE MADRID

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los **principales retos y áreas de mejora** identificados por los expertos durante el subproceso de seguimiento son:

- La necesidad de fomentar y **promover el trabajo en equipo y la colaboración entre especialistas evitando duplicidades de seguimiento** (p. ej. Neurología y Geriátrica), así como, **pérdidas de la persona con EA en esta fase**. En general, el seguimiento por parte de Neurología es escaso y prácticamente inexistente en fases avanzadas.
- La **falta de tiempos en atención primaria para llevar a cabo el seguimiento y las demoras en Atención Hospitalaria**, unido a la elevada carga asistencial a todos los niveles.
- La **coordinación entre la asistencia sanitaria y social**, sobre todo a las familias y cuidadores.
- La necesidad de **reforzar los recursos de atención sociosanitaria**, atención a la dependencia en servicios sociales y la urgencia de los procedimientos de asesoramiento y solicitud de ayudas sociales.
- La **falta de tiempo en consulta para abordar la complejidad de estos pacientes**, incluyendo, en línea con el punto anterior, todo lo relativo a la información, educación, formación y apoyo a los familiares

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



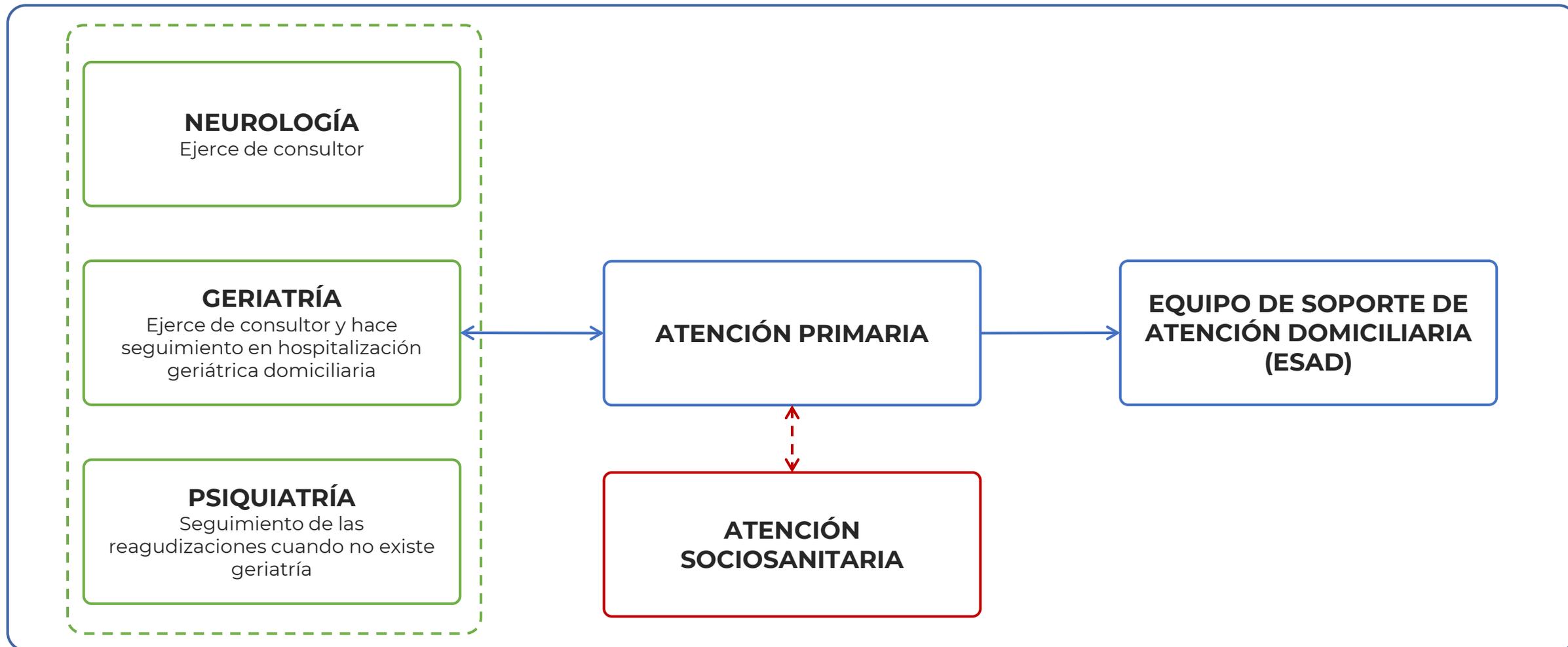
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN COMUNIDAD DE MADRID

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6:** el **82%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del subproceso 6 de cuidados paliativos se ajusta a la realidad en la CAM.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados reconoce que **las personas con EA avanzada son subsidiarias de recibir cuidados paliativos**. Sin embargo, consideran que **la cobertura de las necesidades de cuidados paliativos** en estos pacientes es **NULA**.

**PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS:** los **profesionales de trabajo social** tienen un papel en el subproceso de cuidados paliativos. Entre las **principales acciones** que llevan a cabo se encuentran: **apoyo a los familiares, información y apoyo en la gestión para el acceso a recursos para continuar los cuidados en el domicilio o en residencias, atención de las necesidades sociales, y potenciación de la inclusión social**.

Por su parte, los **profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria** intervienen en este proceso a diferentes niveles como, por ejemplo, en la **derivación a las personas con EA al ESAD y cuidado compartido con el equipo de paliativos, en el manejo de los síntomas y comorbilidades, en la realización de visitas domiciliarias y seguimientos telefónicos, en la valoración de las barreras en el domicilio, en la atención al cuidador y educación médica a este, etc.**

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN COMUNIDAD DE MADRID

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los **principales retos y áreas de mejora** identificados por los expertos durante el subproceso de cuidados paliativos son:

- La **escasez de recursos humanos y materiales para hacer frente a la demanda de cuidados paliativos y mejora de la atención domiciliaria**. En general, son pocos los pacientes con demencia que reciben este tipo de atención y lo hacen en la fase final de la vida, mientras que en casos de pacientes oncológicos u otras enfermedades el manejo domiciliario es más habitual.
- La **necesidad de aumentar los ESAD**, incluyendo profesionales de distintas especialidades (psiquiatras, geriatras y neurólogos).
- La **falta de criterios claros para la derivación a cuidados paliativos y atención domiciliaria**.
- La necesidad de **reforzar los recursos de atención a la dependencia**.

El **90%** de los encuestados considera que, la principal barrera para el acceso a los cuidados paliativos en estas personas es la **falta de plazas en residencias de cuidados paliativos**.

El **73%** de los encuestados, consideran también barreras relevantes el **desconocimiento de los recursos por parte de los familiares y cuidadores**, así como, **la dificultad de acceso a ESAD**.

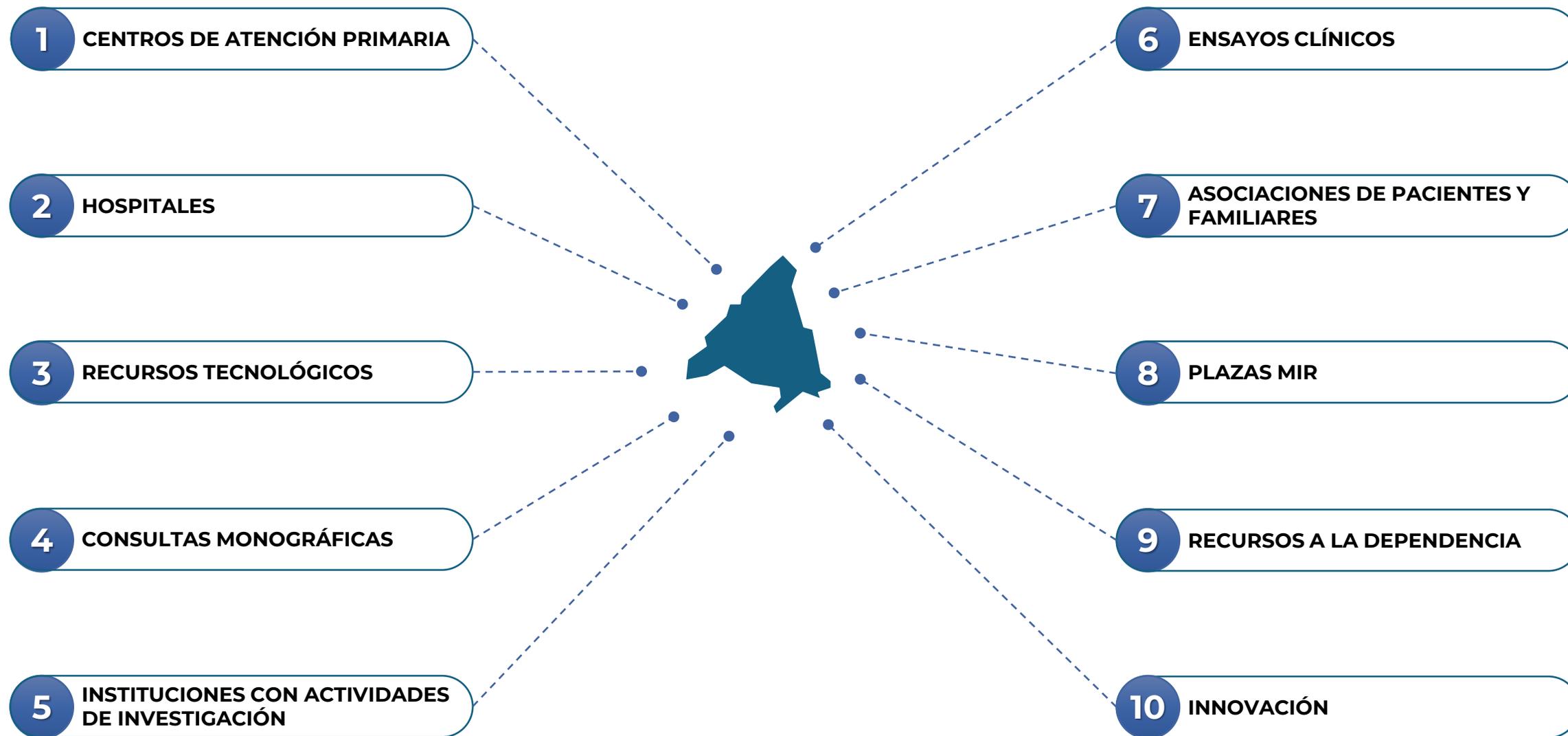
Finalmente, aunque en menor medida, también se consideran barreras, la falta de acceso a médicos con práctica en CP, la falta de centros concertados, el desconocimiento por parte de los profesionales y la falta de planificación de los cuidados en el inicio de la enfermedad.

## 4. RECURSOS DISPONIBLES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer





## 1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Total de centros	Centros de salud	Consultorios locales
<b>SNS</b>	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
<b>Madrid</b>	<b>424</b>	<b>263</b>	<b>161</b>
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



### 424 CENTROS DE AP

- 263 Centros de salud
- 161 Consultorios locales

## 2 HOSPITALES

### HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Hospital Universitario 12 de Octubre	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Hospital Universitario de Móstoles
Hospital del Tajo S.A.	Hospital Psiquiátrico Doctor Rodríguez Lafora	Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Hospital Universitario del Sureste - Empresa Pública Hospital del Sureste	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	Hospital de El Escorial
Hospital de La Fuenfria	Hospital Universitario Santa Cristina	Hospital Universitario Infanta Sofía
Hospital General de Villalba	Hospital Universitario Clínico San Carlos	Hospital Universitario de Torrejón
Hospital Universitario del Henares	Hospital Universitario La Paz	Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital Universitario de Fuenlabrada	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Hospital Virgen de La Poveda
Hospital Universitario de Getafe	Hospital de Cantoblanco	
Hospital de Guadarrama	Hospital Carlos III	
Hospital Universitario José Germain	Hospital Universitario Infanta Leonor	
Hospital Universitario José Germain	Instituto Provincial de Rehabilitación	
Hospital Universitario Severo Ochoa	Servicio Madrileño de Salud	
Hospital Universitario de La Princesa	Hospital Virgen de La Torre	

### 90 HOSPITALES

- 38 Públicos
- 48 Privados
- 3 Mutuas colaboradoras con la SS
- 1 ONGs

## 2 HOSPITALES

### HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Universitario Hm Monteprincipe	Hospital Hm Nuevo Belén	Hospital Md Anderson Cáncer Center Madrid
Hospital Los Madroños	Hospital Ruber Juan Bravo	Clínica Isadora S.A.
Complejo Asistencial Benito Menni	Hospital Nuestra Señora de América	Clínica San Miguel
Centro San Juan de Dios Ciempozuelos	Hospital Hestia Madrid	Hospital San Rafael
Casta Guadarrama	Hospital Virgen del Mar	Hospital Universitario Hm Madrid
Sanatorio Nuestra Señora del Rosario	Clínica Nuestra Señora de La Paz	Hospital San Camilo
Fundación Instituto San José	Hospital Quironsalud San José	Hospital Universitario La Zarzuela
Hospital Universitario La Moraleja	Hospital de La V.O.T. de San Francisco de Asís	Clínica La Luz, S.L.
Hospital Ruber Internacional	Alm. Univass S.L.	Hospital Fuensanta
Hospital La Milagrosa S.A.	Hospital Universitario Hm Sanchinarro	Hospital Universitario Hm Puerta del Sur
Hospital Beata María Ana	Hospital Ha Universitario Moncloa	Hospital Universitario Quironsalud Madrid
Hospital Centro de Cuidados Laguna	Hospital San Francisco de Asís	Hm Hospitales 1.989, S.A.
Clínica Centro	Hospital Viamed Santa Elena, S.L	Hospital Quirón Salud Valle del Henares
Sanatorio Esquerdo, S.A.	Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz	Hospital Universitario Hm Torreldones
Clínica López Ibor	Clínica Universidad de Navarra	
Clínica Dr. León	Hospital Pardo de Aravaca	
Hospital Universitario Hm Monteprincipe	Hospital Hm Nuevo Belén	
Hospital Los Madroños	Hospital Ruber Juan Bravo	
Complejo Asistencial Benito Menni	Hospital Nuestra Señora de América	
Centro San Juan de Dios Ciempozuelos	Hospital Hestia Madrid	

### MUTUAS COLABORADORAS CON LA SS

Hospital Asepeyo Madrid

Fraternidad Murprespa, Mutua Colaboradora Con la Seguridad Social N° 275

Fremap Hospital Majadahonda

### MUTUAS COLABORADORAS CON LA SS

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

## 90 HOSPITALES

- 38 Públicos
- 48 Privados
- 3 Mutuas colaboradoras con la SS
- 1 ONGs

## 2 HOSPITALES

### PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	Total de camas	Puestos de Hospital de día
<b>SNS</b>	<b>114.671</b>	<b>21.000</b>
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
<b>Madrid</b>	<b>12.240</b>	<b>2.602</b>
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



# 38,1

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
<b>C. DE MADRID</b>	<b>114</b>	<b>140</b>	<b>30</b>	<b>24</b>
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
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>926</b>	<b>804</b>	<b>185</b>	<b>135</b>



- 114 TAC
- 140 RM
- 30 SPECT
- 24 PET

<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	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.



Se han identificado un total de **21** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

## 4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

CENTRO	UNIDAD
Clínica La Luz S. L.	Unidad de memoria. Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica
Clínica Universidad de Navarra	Unidad de Cognición y Conducta. Servicio de Neurología
Hospital Universitario Gregorio Marañón	Consulta Monográfica de Memoria. Servicio de Geriátría y Servicio de Neurología (-)
Hospital Ruber Internacional	Unidad de Memoria. Servicio de Neurología
Hospital Universitario 12 de Octubre	Unidad de Trastornos Cognitivos. Servicio de Neurología
Hospital Universitario Clínico San Carlos	Consulta Monográfica de Memoria. Servicio de Geriátría
Hospital Universitario de la Princesa	Unidad de Memoria. Servicio de Neurología
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz	Unidad de Patología Cortical. Servicio de Neurología
Hospital Universitario HM Madrid	Unidad de Investigación y Tratamiento de los Trastornos de la Memoria. Centro Integral de Neurociencias.
Hospital Universitario Infanta Sofía	Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo. Servicio de Geriátría y Sección de Neurología
Hospital Universitario La Paz	Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento. Servicio de Neurología
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Monográfica de Demencia. Servicio de Neurología</li> <li>• Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo y Trastornos de Conducta. Servicio de Geriátría</li> </ul>
Hospital Universitario Ramón y Cajal	Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias. Servicio de Neurología
Hospital Carlos III	Dependiente del Hospital Universitario de La Paz
Hospital Central de La Cruz Roja, San José y Santa Adela	Unidad de Neurogeriátría. Servicio de Geriátría
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla	Unidad Asistencial Telemática de Deterioro Cognitivo
Hospital Universitario de Getafe	Consulta Monográfica de Deterioro Cognitivo. Servicio de Geriátría
Hospital Universitario del Sureste – Empresa Pública del Sureste	Consulta Monográfica de Demencias. Servicio de Geriátría
Hospital Universitario La Zarzuela	Unidad de Alteraciones de la Memoria
Hospital de Cantoblanco	Dependiente del Hospital Gregorio Marañón
Hospital Universitario La Moraleja	Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencia y Unidad de Neuropsicología. Servicio de Neurología y Neurofisiología Clínica

## CLÍNICA LA LUZ S. L.

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Memoria

**SERVICIO:** Neurología y neurofisiología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

## CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Cognición y Conducta

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

## HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de Memoria

**SERVICIO:** Neurología | Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.154 pacientes | 70 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 820 pacientes | RM 1.746 pacientes

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Memoria

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

## HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de Memoria

**SERVICIO:** Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 113 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 361 pacientes | RM 1.084 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Trastornos Cognitivos

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.780 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 995 pacientes | RM 1.395 pacientes

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Memoria

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 368 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 636 pacientes | RM 798 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Patología Cortical

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.326 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 768 pacientes | RM 798 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MADRID

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Trastornos de Memoria

**SERVICIO:** Centro Integral de Neurociencias

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de D. Cognitivo

**SERVICIO:** Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 326 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 1.013 pacientes | RM 1.241 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 3.936 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 766 pacientes | RM 449 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO LA MORALEJA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 3.936 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 766 pacientes | RM 449 pacientes

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Monográfica de Demencia | Deterioro cognitivo y trastornos de conducta

**SERVICIO:** Neurología | Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.851 pacientes | 128 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 180 pacientes | RM 148 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de D. Cognitivo y Demencias

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 2.793 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 547 pacientes | RM 1.111 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS III

**TIPO DE CENTRO:** Público (depende del H.U. La Paz)

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Trastornos Cognitivos y del Comportamiento

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 3.936 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 766 pacientes | RM 449 pacientes

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA

**TIPO DE CENTRO:** Concertado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** U. Asistencial Telemática de D. Cognitivo

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** C. Monográfica de D. Cognitivo

**SERVICIO:** Geriatria

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 326 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 795 pacientes | RM 3.456 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de Demencias

**SERVICIO:** Geriatria

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 43 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 828 pacientes | RM 1.056 pacientes

**FUENTE:** Comunidad de Madrid. Lista de espera. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>

**NOTA:** Los datos de listas de espera no corresponden de manera específica a la Unidad específica/consulta monográfica, sino que se trata del acceso a las consultas generales del servicio indicado.

\*Unidad de Investigación y Tratamiento de Trastornos de Memoria

## HOSPITAL DE CANTOBLANCO

**TIPO DE CENTRO:** Público (depende del H.U. Gregorio Marañón)

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de Memoria

**SERVICIO:** Neurología | Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 1.154 pacientes | 70 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 820 pacientes | RM 1.746 pacientes

## HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA S. JOSÉ Y STA. ADELA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Neurogeriatría

**SERVICIO:** Geriatría

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** 153 pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 39 pacientes | RM 0 pacientes

## HOSPITAL DE UNIVERSITARIO LA ZARZUELA

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Alteraciones de la Memoria

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

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

+

En la CAM, existen **0,23** 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 la CAM es de **0,30**

## 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 la CAM.

### INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario 12 de octubre (I+12)
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario Gregorio Marañón (IISGM)
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de la Princesa
Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS)
Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Puerta de Hierro
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de La Paz (IDIPAZ)
Instituto de Investigación Sanitaria de la Fundación Jiménez Díaz (IISFJD)

### OTRAS INSTITUCIONES

Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de Getafe (IISGETAFE)
Fundación de Investigación Biomédica en Atención Primaria
Instituto Cajal – Centro Superior de Investigaciones Científicas
Universidad Complutense de Madrid - Centro de Neurociencia Cognitiva y Computacional
Fundación Reina Sofía
Fundación CIEN



Se han identificado un total de **14** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Enfermedades neurológicas</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos <b>IdISSC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurología cognitiva, neuroimagen y neuromodulación.</li> <li>• Neuroamiloidosis en el sistema nervioso periférico.</li> <li>• Bases moleculares de la neurodegeneración, neuroregeneración en enfermedades neurológicas (bases lipídicas)</li> <li>• Neurofisiología aplicada a enfermedades neurológicas.</li> <li>• Papel del cerebro como reservorio del SARS-CoV2 y el papel del virus como desencadenante de las enfermedades neurodegenerativas.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Factores ambientales en enfermedades degenerativas</p> <p><b>IdISSC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de los factores ambientales implicados en el desencadenamiento y progresión de las enfermedades degenerativas.</li> <li>• Estudio de la interacción gen-ambiente en enfermedades degenerativas.</li> <li>• Optimización de las técnicas de Biología Molecular aplicadas al estudio de los distintos factores ambientales asociados con las enfermedades degenerativas.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Neurotransmisión y neuromodulación</p> <p><b>IdISSC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de los receptores de nucleótidos en la diferenciación neuronal, implicación en el desarrollo axonal y dendrítico.</li> <li>• Papel de los receptores nucleotídicos en neuroprotección y neuroregeneración. Interacción de los receptores nucleotídicos con otros sistemas neurotransmisores y de factores de crecimiento.</li> <li>• Implicación de los receptores purinérgicos en la fisiopatología de las enfermedades neurodegenerativas. Búsqueda de nuevas dianas terapéuticas.</li> <li>• Neurodegeneración: Mecanismos de muerte neuronal y su señalización.</li> <li>• Neuroprotección en modelos de enfermedad neurovascular (Isquemia cerebral) y de enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• El análisis de los ectodominios liberados en el líquido cefalorraquídeo y en el plasma, así como el análisis proteómico masivo de las sinapsis puede constituir una fuente importante de biomarcadores de diferentes patologías.</li> <li>• Análisis de alteraciones de la excitabilidad intrínseca y su plasticidad mediante técnicas electrofisiológicas y neuroquímicas en ratones FMRP-/- . Se pretende poner de manifiesto la importancia de la excitabilidad intrínseca y su plasticidad en relación al procesamiento neuronal. La alteración de las mismas en podría estar implicada en los cambios que subyacen a la afectación de la memoria y aprendizaje en este modelo.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS y SALUD MENTAL</b> Neurofarmacología Comportamental Aplicada</p> <p><b>I+12</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema endocannabinoide y lípidos reguladores como reguladores en patologías neuropsiquiátricas, neurodegenerativas y en programación nutricional.</li> </ul>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Psiconeuroendocrinología, neuroimagen y genética molecular en enfermedades neuropsiquiátricas</p> <p><b>IdISSC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de bases biológicas y de susceptibilidad genética de enfermedades neuropsiquiátricas basándose en endofenotipos medibles mediante pruebas neuroendocrinas, neurofisiológicas, psicológicas y de neuroimagen.</li> <li>• Marcadores genéticos, cognitivos y de neuroimagen de evolución de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia.</li> <li>• Estudio de la evolución de perfiles neuropsicológicos en personas con alto riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Análisis de registros electrofisiológicos, reconstrucción de fuentes, y medidas de conectividad funcional en envejecimiento sano, deterioro cognitivo leve, demencia tipo Alzheimer, y regresión a lo largo de las distintas etapas de esta enfermedad.</li> <li>• Afectación neuropsicológica y conectividad cerebral mediante EEG y RM-dti postCOVID-19.</li> <li>• Estudio de los mecanismos cognitivos implicados en la memoria y el olvido durante el envejecimiento sano y el deterioro cognitivo.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL</b> Enfermedades Neurológicas</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón</p> <p><b>IISGM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea de investigación de demencias centrada en el estudio de la Enfermedad de Alzheimer.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Estrategias neuroprotectoras en enfermedades neurodegenerativas</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz</p> <p><b>IDIPAZ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel del estrés oxidativo en la muerte neuronal y la neuroinflamación en las enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• Validación de NRF2 como nueva diana terapéutica en enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• Uso de la firma transcripcional de NRF2 como biomarcador de pronóstico, progresión y eficacia terapéutica</li> <li>• Identificación de compuestos activadores de NRF2 mediante la inhibición de su interacción con <math>\beta</math>-TrCP.</li> <li>• Relevancia de la firma transcripcional NRF2 en procesos moleculares alterados en modelos de ELA</li> <li>• Bases moleculares del papel de Nrf2 en la diabetes tipo 2 y sus complicaciones (retinopatía y nefropatía diabéticas)</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA</b> Mecanismos moleculares y biomarcadores de la enfermedad neurodegenerativa</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz</p> <p><b>IDIPAZ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación sobre terapias dirigidas para modular las proteínas TDP-43 y TAU asociadas a la neurodegeneración.</li> <li>• Análisis del transporte de ARN y de la traducción de proteínas in situ: ¿implicación de STAUFEN 1/2?</li> <li>• Modulación del receptor cannabinoide CB2 como una nueva estrategia terapéutica para proteger contra la neurodegeneración FTD dependiente de TAU</li> </ul>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIAS y SALUD MENTAL</b> Mecanismos moleculares y biomarcadores de la enfermedad neurodegenerativa</p> <p><b>IDIPAZ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema endocannabinoide y lípidos reguladores como reguladores en patologías neuropsiquiátricas, neurodegenerativas y en programación nutricional.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL</b> Neurofarmacología y neuroprotección</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de la Princesa <b>IISPRINCESA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de fármacos activadores de activadores de NRF2 para terapias innovadoras de la enfermedad de Alzheimer</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Neurocirugía y neurociencias</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda <b>IIS PUERTA DE HIERRO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoperfusión-reperfusión cerebral y neuroprotección</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS</b> Neurología – Unidad de Patología Cortical</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria la Fundación Jiménez Díaz <b>IISFJD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio global de las demencias degenerativas familiares, investigando nuevas causas genéticas, analizando biomarcadores diagnósticos en LCR y plasma, y planteando consejo genético.</li> <li>• Estudiar correlaciones clínico-genéticas y biomarcadores en demencias familiares y en nonagenarios cognitivamente preservados.</li> </ul>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIAS, ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Y SALUD MENTAL</b> Enfermedades Neurodegenerativas; mecanismos patogénicos</p> <p>Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria <b>IRyCIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación del sistema endocannabinoide con la patogénesis y el tratamiento de varias enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• Identificación de dianas de este sistema con potencial neuroprotector y desarrollo de nuevas moléculas selectivas para estas dianas.</li> <li>• Aplicación a modelos celulares y animales de diferentes enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>• Participación en estudios clínicos con fármacos cannabinoides.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS, ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS Y SALUD MENTAL</b> Enfermedades Neurodegenerativas; desarrollo de terapias</p> <p>Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria <b>IRyCIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de fármacos activadores de activadores de NRF2 para terapias innovadoras de la enfermedad de Alzheimer</li> </ul>
<p><b>VARIAS ÁREAS RELACIONADAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Envejecimiento, fragilidad, discapacidad y dependencia.</li> <li>- Cáncer y patologías de sistemas</li> </ul> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de Getafe <b>IISGETAFE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de enfermedades neurodegenerativas y demencias</li> </ul>

6

## ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

### CÓDIGOS EECC

2014-000424-23	2022-501918-55-00	2023-506170-12-00	2017-001364-38	2017-003852-21
2016-003440-36	2012-002843-11	2016-004352-30	2013-005031-24	2017-001339-38
2014-001967-11	2024-514004-14-00	2023-508306-15-00	2023-509807-34-00	2023-506183-13-00
2021-001184-25	2015-005625-39	2016-004169-18	2019-001476-11	2013-002618-10
2012-003242-33	2010-022958-16	2016-003288-20	2016-002976-28	2024-511610-20-00
2017-002455-29	2014-002159-24	2016-001128-78	2013-001851-11	2023-505083-11-01
2014-004274-41	2018-000268-26	2014-002601-38	2019-004368-22	2022-002227-35
2017-001800-31	2015-002957-37	2023-505396-71-00	2022-001774-61	2023-504151-27-00
2015-000966-72	2015-000948-42	2020-001384-87	2013-000504-41	2015-002715-15
2021-002179-21	2023-504017-79-00	2016-000108-27	2016-000587-42	2023-509678-52-00
2013-001119-54	2015-000967-15	2019-000370-27	2013-002654-75	2022-001671-14
2016-004128-42	2018-002300-14	2023-506872-29-00	2017-002702-12	2017-003558-17
2016-003928-23	2012-004944-31	2024-510887-22-00	2015-003034-27	2017-002901-37
2012-002847-28	2013-003390-95	2018-003384-61	2023-504991-31-00	2017-001365-24
2024-510888-39-00	2013-002653-30	2018-001071-20	2023-506938-68-00	2012-005524-15
2018-002102-31	2014-000830-42	2016-001127-32	2016-001634-10	2022-501188-42-00
2023-506918-45-00	2019-004431-23	2020-000766-42	2014-002013-37	2015-002134-49
2023-506919-18-00	2019-003532-23	2020-005755-20	2024-511740-11-00	2022-500069-29-00
2022-500069-29-00	2012-004299-20	2012-005542-38	2012-004765-40	2022-500691-59-00
2015-005263-16	2012-002866-11	2022-500691-59-00		

+

96

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en la CAM

### DATOS SOBRE EECC EN COMUNIDAD DE MADRID

En la CAM existen **1,07 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en la CAM es de **1,4**

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN la COMUNIDAD DE MADRID

IDENTIFICADOR	TITULO PÚBLICO
2014-000424-23	Ensayo observacional para evaluar la seguridad de pacientes con agitación asociada a demencia del tipo Alzheimer que recibieron tratamiento previamente con brexpiprazol o placebo
2016-003440-36	Un estudio de LY3314814 (AZD3293) en la enfermedad de Alzheimer en fase temprana
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
2021-001184-25	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de gantenerumab en participantes en riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer o en las primeras etapas
2012-003242-33	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ABIERTO, DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO SOBRE SEGURIDAD DE LOS ESTUDIOS EN FASE II ABE4869g Y ABE4955g EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENTRE LEVE Y MODERADA
2017-002455-29	Estudio de extensión de AVP-786 para el tratamiento de pacientes con agitación asociada a la demencia de tipo Alzheimer.
2014-004274-41	Estudio de extensión para evaluar la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de JNJ-54861911 en participantes en el espectro de con enfermedad de Alzheimer temprana
2017-001800-31	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer de Prodromal a Leve
2015-000966-72	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana
2021-002179-21	Un estudio de fase 3 para evaluar la seguridad y la eficacia de masitinib como terapia complementaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada tratados con el tratamiento estándar.
2013-001119-54	Progreso de la enfermedad de Alzheimer leve en pacientes con Solanezumab versus Placebo.
2016-004128-42	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana
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
2012-002847-28	Un estudio comparativo de LMTM y placebo en Enfermedad de Alzheimer moderada.
2024-510888-39-00	A phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in subjects with preclinical Alzheimer's Disease.
2018-002102-31	Estudio de Aducanumab (BIIB037) en sujetos con deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer o con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve para evaluar la seguridad de la administración de dosis continuada en sujetos asintomáticos con anomalías en las imágenes relacionadas con el amiloide.
2023-506918-45-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE Plus)
2023-506919-18-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE)
2014-000424-23	Ensayo observacional para evaluar la seguridad de pacientes con agitación asociada a demencia del tipo Alzheimer que recibieron tratamiento previamente con brexpiprazol o placebo

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN COMUNIDAD DE MADRID

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2022-501918-55-00	Study to Assess Adverse Events, Change in Disease Activity and How Oral ABBV-552 Capsules Moves Through the Body of Participants Aged 50 to 90 Years With Mild Alzheimer's Disease
2012-002843-11	Estudio en Fase II para investigar los efectos de BAN2401 en pacientes con enfermedad de Alzheimer incipiente.
2024-514004-14-00	Study of Safety, Tolerability, Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of NIO752 in Early Alzheimer's Disease Participants
2015-005625-39	Estudio de LY3314814 en participantes con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve (Daybreak)
2010-022958-16	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
2014-002159-24	Estudio en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana para estudiar la seguridad y tolerabilidad de JNJ-54861911
2018-000268-26	Estudio de extensión para continuar evaluando la seguridad a largo plazo y la tolerabilidad de ABBV-8E12 en sujetos con enfermedad de Alzheimer temprana.
2015-002957-37	Se trata de un estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo, de grupos paralelos. La eficacia y seguridad del fármaco en investigación RVT-101 a una dosis de 35 mg al día cuando se utiliza como un tratamiento adyuvante del tratamiento con donepezilo estable serán evaluados en un período de tratamiento de 24 semanas en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada en terapia estable con donepezil .
2015-000948-42	Eficacia y la seguridad de JNJ-54861911 en sujetos asintomáticos con riesgo de desarrollar demencia de Alzheimer
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
2015-000967-15	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana
2018-002300-14	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
2012-004944-31	Comparación entre la cerebrolisina y el donepezilo: ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado sobre la eficacia y la seguridad en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada
2013-003390-95	Estudio de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer Leve
2013-002653-30	Evaluar la seguridad y la eficacia de 2 dosis fijas de fármaco en investigación EVP-6124 en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
2014-000830-42	Estudio para probar si PF-05212377 es seguro y si mejora los síntomas en pacientes con enfermedad de Alzheimer que presentan síntomas neuropsiquiátricos.
2019-004431-23	Estudio para evaluar la seguridad y tolerancia de la administración de Gantenerumab a largo plazo en participantes con enfermedad de Alzheimer
2019-003532-23	Ensayo fase 2b, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos en paralelo, de la búsqueda de dosis, seguridad, tolerabilidad y eficacia de PQ912 en sujetos con deterioro cognitivo y demencia leves debidos a la enfermedad de Alzheimer.
2022-501918-55-00	Study to Assess Adverse Events, Change in Disease Activity and How Oral ABBV-552 Capsules Moves Through the Body of Participants Aged 50 to 90 Years With Mild Alzheimer's Disease

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN COMUNIDAD DE MADRID

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
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.
2023-508306-15-00	A Phase 3 Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of AR1001 in Participants with Early Alzheimers Disease
2016-004169-18	Estudio para evaluar la seguridad, tolerabilidad y efecto antiinflamatorio de tres dosis bucales de Sativex® en pacientes con estadios iniciales de demencia tipo Alzheimer.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodromica a leve.
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
2014-002601-38	Estudio para valorar el efecto de AZD3293 en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial
2023-505396-71-00	A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study of XPro1595 in Patients with Early Alzheimers Disease with Biomarkers of Inflammation
2020-001384-87	Un estudio para evaluar los efectos farmacodinámicos de la administración una vez por semana de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana
2016-000108-27	Estudio fase 3 destinado a probar si el fármaco frena la progresión de la enfermedad en pacientes con problemas de memoria leves (enfermedad de Alzheimer prodromica).
2019-000370-27	Estudio de COR388 en Sujetos con Enfermedad de Alzheimer
2023-506872-29-00	A Long-term Extension Study to Evaluate Safety, Tolerability, and Efficacy of AL002 in Alzheimer's Disease
2024-510887-22-00	A Phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in patients with Early Alzheimer's Disease.
2018-003384-61	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
2018-001071-20	Un estudio clínico realizado en un unico centro con una duración de tratamiento de 10 días 2 brazos de tratamiento (1 dosis de LM11A-31-BHS y 1 placebo), que se distribuyen aleatoriamente de forma doble ciego (ni el médico ni el paciente sabrán qué brazo de tratamiento ) entre los pacientes para evaluar la seguridad, la tolerabilidad y la distribución del fármaco del estudio en la sangre y el fluido espinal
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
2020-005755-20	Estudio en fase III de ALZ-801 en pacientes con enfermedad de Alzheimer prematura y genotipo APOE4/4

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN COMUNIDAD DE MADRID

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2017-001364-38	Un estudio para evaluar eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana
2013-005031-24	Estudio de prueba de concepto de la enfermedad de Alzheimer con BI 409306 frente a placebo
2023-509807-34-00	A Phase 2/3 Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Adaptive Design Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Intravenous ACU193 in Early Alzheimers Disease
2019-001476-11	Ensayo clínico para evaluar AL002 en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana
2016-002976-28	Estudio de la eficacia y la seguridad de CNP520 en participantes que tienen riesgo de presentar síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer..
2013-001851-11	Un estudio para ver como de efectivo y seguro 2dosis de medicamento del estudio, LND1011001 son en comparación con un placebo cuando se da a pacientes con Enfermedad de Alzheimer de media a moderada. Un medicamento es una medicación que se parece a la medicación del estudio pero no tiene ningún ingrediente activo.
2019-004368-22	Un estudio clínico que evalúa la seguridad y tolerabilidad del Aducanumab en sujetos con enfermedad de Alzheimer que participaron previamente en los estudios de Aducanumab 221AD103, 221AD301, 221AD302 y 221AD205
2022-001774-61	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
2013-000504-41	Brexipirazol en el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2016-000587-42	Estudio de extension a largo termino, abierto de seguridad y tolerancia de RVT en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
2013-002654-75	Ensayo de la seguridad y efectividad de EVP-6124 en pacientes con enfermedad de Alzheimer
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
2023-504991-31-00	Assessment of the Efficacy, Safety, and Tolerability of AVP-786 for the Treatment of Agitation in Patients With Dementia of the Alzheimer's Type.
2023-506938-68-00	Randomised, crossover bioequivalence clinical trial of donepezil 5 mg capsules vs donepezil 5 mg film-coated tablets, after a single oral dose administration to healthy volunteers under fasting conditions
2016-001634-10	Se trata de un estudio para evaluar la eficacia y la seguridad de ABBV 8E12 en pacientes con enfermedad de Alzheimer incipiente
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

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN CAM

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2017-003852-21	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
2017-001339-38	AVP-786 para el tratamiento de sujetos con agitación asociada con demencia de tipo Alzheimer.
2023-506183-13-00	A study to evaluate the safety and long-term biomarker effects of RO7269162 in participants at risk for or at the prodromal stage of Alzheimers Disease (AD)
2013-002618-10	Estudio sobre la seguridad y eficacia de dos dosis del fármaco en investigación EVP-6124 en pacientes con enfermedad de Alzheimer
2024-511610-20-00	A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel Design, Prospective, 52-Week, Phase 2 Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of GV1001 Administered Subcutaneously for the Treatment of Mild to Moderate Alzheimers Disease
2023-505083-11-01	EFFICACY AND SAFETY OF GSK4527226 [AL101] IN PATIENTS WITH EARLY ALZHEIMERS DISEASE
2022-002227-35	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica
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.
2015-002715-15	Estudio para evaluar la eficacia de CAD106 y CNP520 en participantes con riesgo de presentar síntomas clínicos de la enfermedad de Alzheimer
2023-509678-52-00	Brainshuttle AD: A Multiple Ascending Dose Study to Investigate the Safety, Tolerability, Pharmacokinetics, and Pharmacodynamics of RO7126209 Following Intravenous Infusion in Participants With Prodromal or Mild to Moderate Alzheimer's Disease
2022-001671-14	Estudio para verificar el beneficio clínico de aducanumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana
2017-003558-17	Un estudio comparativo de TRx0237 (LMTM) y placebo en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
2017-002901-37	Estudio de Fase II de BIIB092 en sujetos con enfermedad de Alzheimer (EA) leve.
2017-001365-24	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.
2012-005524-15	Estudio de extensión de 36 semanas para evaluar la seguridad de ELND005 oral para el tratamiento de la agitación y la agresividad en pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada o grave
2022-501188-42-00	A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Parallel-group, Multicenter Study to Assess the Efficacy and Safety of JNJ-63733657, an Anti-tau Monoclonal Antibody, in Participants with Early Alzheimers Disease
2015-002134-49	Ensayo de la eficacia y la seguridad a largo plazo de MK 8931 (SCH 900931) en sujetos con EA prodrómica.
2022-500069-29-00	A phase 1b/2, multicenter, adaptive, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess the safety, tolerability, immunogenicity, and pharmacodynamic effects of ACI-24.060 in subjects with prodromal Alzheimers disease and in adults with Down syndrome (ABATE)

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN CAM

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2022-500069-29-00	A phase 1b/2, multicenter, adaptive, double-blind, randomized, placebo-controlled study to assess the safety, tolerability, immunogenicity, and pharmacodynamic effects of ACI-24.060 in subjects with prodromal Alzheimers disease and in adults with Down syndrome (ABATE)
2015-005263-16	Se realizó un estudio clínico en varios sitios con una duración de tratamiento de 6 meses, con 3 brazos de tratamiento (2 dosis diferentes LM11A-31-BHS y 1 placebo) distribuidos al azar de manera doble ciega entre los pacientes para evaluar la seguridad, tolerabilidad y otras cuestiones de investigación de las dos diferentes dosis orales de LM11A-31-BHS en comparación con placebo, en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve a moderada.
2012-004299-20	Un estudio de la eficacia y seguridad de ELND005 para el tratamiento de la agitación y la agresividad en pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave
2012-002866-11	Un ensayo comparativo de TRx0237 y placebo en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada
2012-005542-38	Estudio de eficacia y seguridad en pacientes por enfermedad de Alzheimer (EA prodrómica).
2022-500691-59-00	A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study to Evaluate the Safety, Efficacy, Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of ABBV-916 in Subjects with Early Alzheimer's Disease
2012-004765-40	Estudio de Lu AE58054 en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada tratados con un inhibidor de la acetilcolinesterasa

## 7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

### AFAS

FEDERACIÓN DE ALZHEIMER DE LA COMUNIDAD DE MADRID	<a href="mailto:fafalpresidencia@gmail.com">fafalpresidencia@gmail.com</a>	667603180
Asociación de familiares afectados de Alzheimer de Alcobendas y San Sebastián de los reyes	<a href="mailto:info@a.zheimercobendasysanse.org">info@a.zheimercobendasysanse.org</a>	916238214
AFA Alcorcón	<a href="mailto:afa.alcorcon@gmail.com">afa.alcorcon@gmail.com</a>	916198544
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Parkinson y otras demencias del Corredor del Henares	<a href="mailto:afacorredordelhenares@gmail.com">afacorredordelhenares@gmail.com</a>	916732464
AFAMSO-FUENLABRADA	<a href="mailto:fuenlabrada.afamso@gmail.com">fuenlabrada.afamso@gmail.com</a>	626087940
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Parkinson y otras demencias Las Rozas de Madrid y Entrono	<a href="mailto:contacto@afalasrozas.org">contacto@afalasrozas.org</a>	917579525
AFEAM MADRID	<a href="mailto:Afeam.Madrid@gmail.com">Afeam.Madrid@gmail.com</a>	917320590
AFAMSO MÓSTOLES	<a href="mailto:afamostoles@hotmail.com">afamostoles@hotmail.com</a>	916140707
Asociación de Enfermedades Neurodegenerativas de Madrid AENMA	<a href="mailto:aenma@aenma.org">aenma@aenma.org</a>	916989237
AFA POZUELO	<a href="mailto:coordinacó@afapozuelo.org">coordinacó@afapozuelo.org</a>	913523351
TORRAFAL	<a href="mailto:torrafal@yahoo.es">torrafal@yahoo.es</a>	916760216
AFADE Asociación que ayuda y apoya de forma integral en sus aspectos sociales y sanitarios al enfermo de Alzheimer y sus familias.	<a href="https://www.afade.org/contacto">https://www.afade.org/contacto</a>	910 342 939
AFA Alcalá de Henares	<a href="https://afalcala.org/">https://afalcala.org/</a>	918897170
AFA Aranjuez	<a href="https://afalaranjuez.org/que-hacemos/#">https://afalaranjuez.org/que-hacemos/#</a>	-
AFA Arganda	<a href="https://afaarganda.wordpress.com/">https://afaarganda.wordpress.com/</a>	918713322
AFA Getafe – Leganés	<a href="https://www.afalgetafe.org/">https://www.afalgetafe.org/</a>	916011339
AFA Valdemoro	<a href="mailto:afavaldemoro@afavaldemoro.org">afavaldemoro@afavaldemoro.org</a>	918955697

+

17

Asociaciones de Familiares y Pacientes en la CAM

### DATOS SOBRE AFAS EN COMUNIDAD DE MADRID

50%

De los expertos encuestados consideran que **no se tiene en cuenta la opinión de las AFAS a la hora de implementar mejoras y procesos en el manejo de la EA.**

100%

De los expertos consideran entre **BAJO** y **NULO** 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 **COMUNIDAD DE MADRID** 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

- **46** Neurología
- **244** Medicina Familiar y Comunitaria
- **37** Geriatría
- **64** Psiquiatría

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

## NEUROLOGÍA

H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	1
H. U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	2
H. U. DE GETAFE	2
H. U. SEVERO OCHOA	2
H. U. LA PAZ	5
H. U. 12 DE OCTUBRE	4
H. U. RAMÓN Y CAJAL	4
H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	5
H. U. DE LA PRINCESA	5
H. U. GREGORIO MARAÑÓN	5
H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	3
H. U. PUERTA DE HIERRO	4
H. U. REY JUAN CARLOS	2
H. U. INFANTA SOFÍA	1
H. U. DE TORREJÓN	1

## PSIQUIATRÍA

UDM SM H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	4
UDM SM H. U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	1
UDM SM CENTRO SAN JUAN DE DIOS DE CIEMPOZUELOS	1
UDM SM H. U. GENERAL DE VILLALBA	1
UDM SM H. U. DEL HENARES	2
UDM SM H. U. DE GETAFE	2
UDM SM H.U. JOSÉ GERMAIN	3
UDM SM H.U. LA PAZ	5
UDM SM H. U. 12 DE OCTUBRE	4
UDM SM H. U. RAMÓN Y CAJAL	4
UDM SM DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	4
UDM SM H. U. INFANTA LEONOR	3
UDM SM H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	4
UDM SM H. U. GREGORIO MARAÑÓN	5
UDM SM H. DR. RODRÍGUEZ LAFORA	4
UDM SM H. U. LA PRINCESA	3
UDM SM H. U. FUENLABRADA	2
UDM SM H. U. PUERTA DE HIERRO	4
UDM SM H. U. REY JUAN CARLOS	2
UDM SM. H. U. INFANTA CRISTINA DE PARLA	2
UDM SM H. U. INFANTA SOFÍA	1
UDM SM H. U. INFANTA ELENA	1
H. U. DE MÓSTOLES	2

## GERIATRÍA

UDM GERIATRÍA H. U. DEL HENARES	1
UDM GERIATRÍA H. U. SEVERO OCHOA	1
UDM GERIATRÍA RAMÓN Y CAJAL	4
UDM GERIATRÍA H. U. GREGORIO MARAÑÓN	5
UDM GERIATRÍA H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	5
UDM GERIATRÍA H. C. DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA	5
UDM GERIATRÍA H. U. INFANTA LEONOR	1
UDM GERIATRÍA H. U. LA PAZ	5
UDM GERIATRÍA H. U. INFANTA ELENA	1
UDM GERIATRÍA H. U. PUERTA DE HIERRO	2
UDM GERIATRÍA H. U. REY JUAN CARLOS	1
UDM GERIATRÍA H. U. INFANTA SOFÍA	1
H. U. DE GETAFE	5

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

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

UDM AFYC MADRID ESTE – H.U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	18	UDM AFYC MADRID NORTE – H.U. INFANTA SOFÍA	7
UDM AFYC MADRID OESTE – H.U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	8	UDM AFYC MADRID ESTE – H.U. TORREJÓN DE ARDOZ	8
UDM AFYC MADRID SUR – H.U. DEL TAJO	2	UDM AFYC MADRID SUR – H.U. INFANTA ELENA	2
UDM AFYC MADRID SURESTE – H.U. DEL HENARES	6		
UDM AFYC MADRID OESTE – H.U. DE FUENLABRADA	8		
UDM AFYC MADRID SUR – H.U. DE GETAFE	13		
UDM AFYC MADRID SUS – H.U. SEVERO OCHOA	8		
UDM AFYC MADRID SURESTE – H.U. INFANTA LEONOR	8		
UDM AFYC MADRID CENTRO – H.U. CLÍNICO SAN CARLOS	16		
UDM AFYC MADRID CENTRO – H.U. LA PRINCESA	14		
UDM AFYC MADRID NOROESTE – FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	10		
UDM AFYC MADRID ESTE – H.U. RAMÓN Y CAJAL	20		
UDM AFYC MADRID CENTRO – H.U. 12 DE OCTUBRE	18		
UDM AFYC MADRID NOROESTE – H.U. PUERTA DE HIERRO	24		
UDM AFYC MADRID NORTE – H.U. LA PAZ	20		
UDM AFYC MADRID SURESTE – H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	17		
UDM AFYC MADRID SURESTE – H.U. DEL SURESTE	6		
UDM AFYC MADRID NOROESTE – H.U. GENERAL DE VILLALBA	4		
UDM AFYC MADRID OESTE – H.U. DE MÓSTOLES	8		
UDM AFYC MADRID OESTE – H.U. REY JUAN CARLOS	6		
UDM AFYC MADRID SUR – H.U. INFANTA CRISTINA	3		

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

67%

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

100%

De los profesionales sanitarios afirman que se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

## 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
- Teleasistencia
- Centros de día y de noche
- Atención residencial
- Prestaciones económicas

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDA A DOMICILIO

El servicio de ayuda a domicilio de Madrid abarca el conjunto **de intervenciones realizadas en el domicilio de personas reconocidas en situación de dependencia**, con el objetivo de satisfacer las necesidades de la vida diaria. Estas acciones son llevadas a cabo por entidades o empresas debidamente acreditadas y pueden incluir:

- Servicios relacionados con la atención personal tales como: apoyo a la higiene personal, en las comidas, en la movilización dentro del hogar o en el acompañamiento.
- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

### TELEASISTENCIA

El servicio de teleasistencia de Madrid permite a las personas mayores o con discapacidad, **permanecer de manera independiente el mayor tiempo posible en sus hogares**.

Mediante un **medallón o pulsera que el usuario lleva permanentemente**, se envía, en caso de emergencia, una alarma a una central de atención. La comunicación telefónica se mantiene abierta mientras se gestiona la ayuda necesaria.

El sistema funciona a través de la línea telefónica los 365 días del año.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ATENCIÓN RESIDENCIAL

Las residencias para personas mayores en situación de dependencia ofrecen **vivienda permanente** a aquellas que, por su situación sociofamiliar o por limitaciones en su autonomía personal, **no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y requieren ser ingresadas en un centro residencial**.

El acceso a este tipo de servicio requiere de, al menos, una situación de dependencia reconocida de grado II o III.

159

RESIDENCIAS

### CENTROS DE DÍA

Estos centros ofrecen una **atención integral durante el día a las personas en situación de dependencia**, mayores de 60 años o de 55 en caso de padecer Alzheimer con el fin de favorecer o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y prestar apoyo a las familias y/o cuidadores.

El servicio puede ser: **intensivo, entre 4 y 5 días a la semana, o no intensivo, entre 2 y 3 días a la semana**.

172

CENTROS DE DÍA

### PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A CUIDADORES NO PROFESIONALES

Además de los servicios, se puede acceder a prestaciones económicas por las que se ofrece una cuantía económica a las personas beneficiarias, pudiendo ser:

- **Prestación económica vinculada al servicio (PEVS):** tiene por objetivo contribuir a la financiación del coste de un servicio, prestado por un centro o entidad privada debidamente acreditada, cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF):** tiene por objetivo contribuir a los gastos derivados de la atención a la persona en situación de dependencia en su domicilio. Debido a sus requisitos, tiene carácter excepcional
- **Prestación económica de asistencia personal:** tiene por objetivo contribuir a la financiación del contrato de una asistencia personal, que facilite el acceso tanto a la educación o al trabajo, como a una vida más autónoma

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN COMUNIDAD DE MADRID

**OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** el **100%** de los encuestados reconoce la teleasistencia, la asistencia domiciliaria, las residencias y las ayudas económicas como los principales recursos de atención a la dependencia disponibles en la Comunidad de Madrid dirigidos a personas con EA. Aunque en menor medida, también se ofrecen servicios de fisioterapia, centros de día, asesoramiento jurídico y laboral, y terapia cognitivo conductual dirigidos a personas con EA.

**RECURSOS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CON EA LEVE:** el **66%** de los expertos encuestados identifica **recursos específicos para la EA leve** entre los que se incluyen las AFAS, Centros de Día y Residencias, centros para el deterioro cognitivo precoz (p. ej. Centro Salgado Alba), centros de deterioro cognitivo y talleres de prevención en centros de mayores. Además, para personas con EA leve, los expertos consideran necesario promover recursos como, por ejemplo, iniciativas para la promoción de la Autonomía Personal, programas de capacitación de cuidadores, centros de estimulación cognitiva, promoción del ocio y relaciones sociales, apoyo psicoterapéutico, talleres de habilidades, ejercicio físico, actividades grupales, etc.

**RECURSOS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CON EA AVANZAD:** el **55%** **identifican recursos específicos para la EA avanzada** entre los que se incluyen las residencias de mayores, el Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofía y otros centros de día y residencias de Alzheimer del Ayuntamiento de Madrid.

**INFORMACIÓN SOBRE LOS RECURSOS:** el **100%** de los encuestados considera que las personas con EA y sus familiares son **siempre informados sobre los recursos públicos disponibles** y, en menor medida de lo concertados (64%) y privados (45%).

### RECURSOS SOCIOSANITARIOS

- A pesar de disponer de recursos de distinta tipología dirigidos al paciente con EA, el **100%** de los expertos encuestados consideran que **la derivación a estos recursos se realiza demasiado tarde** y, en general, se considera **insuficiente**.
- Además, el **73%** de los encuestados considera que la **coordinación sociosanitaria para favorecer el acceso a estos recursos es mejorable**.
- En general, los recursos que se ofrecen de manera habitual a estas personas son: **los recursos de apoyo a la dependencia, protección legal y prevención de riesgos**.
- Además de los recursos incluidos en el marco del análisis y los mencionados en los puntos anteriores, los expertos identifican la disponibilidad de pisos tutelados para personas con EA.

**RECURSOS DE APOYO A LOS FAMILIARES:** Además de los recursos mencionados en el análisis, los expertos destacan, por su relevancia para el apoyo a los familiares, **la labor de las AFAS, talleres de apoyo y grupos de apoyo mutuo en los centros de salud y centros de día del Ayuntamiento de Madrid, las ayudas económicas y ayudas en el domicilio, o los programas de respiro**, entre otros.

## 10 INNOVACIÓN

## RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En la **CAM** se han identificado algunas **iniciativas innovadoras** en el ámbito de la EA:

- **Red de ayuda a las personas con Alzheimer desorientadas**, una iniciativa nacida de la colaboración entre CalmTag e Inmobiliarias encuentro para dar **apoyo a familiares con personas dependientes con posibilidad de desorientarse como son mayores con alzhéimer y otros colectivos de riesgo**. La red está formando a sus asesores comerciales para estar preparados en dichas situaciones. Municipios como Madrid, Majadahonda, Las Rozas, Pozuelo, Rivas, Alcobendas, Las Tablas, Boadilla del Monte, Móstoles, Sevilla o Benidorm cuentan ya con la presencia de dichos asesores recorriendo sus calles.
- **Proyecto ReDeMa**, desde 2018 este proyecto busca crear una cohorte de pacientes estudiados de una manera homogénea entre los distintos centros, con una expectativa anual de seguimiento, que incluye la donación de muestras de sangre y líquido cefalorraquídeo (LCR). El proyecto trata de **identificar nuevos biomarcadores para el abordaje de la EA**.

Además, se mencionan varios proyectos o iniciativas a nivel estatal:

- **Proyecto Skill Memoria** impulsado por **CEAFA y en colaboración con Amazon Alexa**, este proyecto busca ralentizar el deterioro cognitivo leve o moderado de las personas con demencia a través de un sistema por voz y con la ayuda de la Inteligencia Artificial. Su aplicación **ayuda a estimular las funciones cognitivas que afectan a áreas del cerebro como el lenguaje, memoria o cálculo**, entre otras.
- **Panel de Expertos de Personas con EA (PEPA)** un panel de expertos de CEAFA que ha iniciado el desarrollo de reuniones con distintos agentes sociales para **presentar y defender propuestas de mejora de los sistemas públicos, tanto sanitario como social, que garanticen el respeto y los derechos de las personas jóvenes con demencia precoz**.

## 5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

---

## En cuanto a la dotación de los recursos disponibles para el abordaje de la EA:

- Incrementar la **inversión económica y de personal especializado**, e implementar **programas de formación para profesionales y cuidadores**.
- Ampliar la oferta de consultas monográficas y consultas especializadas en la EA.

## Agilizar el diagnóstico temprano y contar con mayor soporte neuropsicológico:

- **Reducir los tiempos de espera y facilitar el acceso** a las pruebas diagnósticas.
- **Incorporar el apoyo psicológico desde el diagnóstico**, a través de neuropsicólogos, para ayudar a las personas con EA y cuidadores en la gestión emocional de la enfermedad.

## Incidir en la concienciación sobre la EA:

- Desarrollar **campañas de sensibilización pública dirigidas a la sociedad y a los profesionales de la salud** sobre la importancia de un abordaje integral de la enfermedad.

## Fortalecimiento de la atención primaria para el manejo de la EA:

- Proporcionar **formación específica sobre EA a los especialistas de atención primaria**, mejorando su capacidad para abordar la enfermedad desde el inicio.
- Establecer **circuitos de derivación claros entre niveles asistenciales y servicios de atención sociosanitaria**.

## Elaborar un plan estratégico regional:

- Establecer directrices para **mejorar la coordinación y desarrollar un protocolo de atención integral para la EA**, facilitando la colaboración entre todos los servicios, con un **enfoque multidisciplinar**.

## Tratamientos no farmacológicos y apoyo sociosanitario:

- Aumentar la **disponibilidad de centros de día y programas de apoyo para familiares y cuidadores**, estableciendo convenios de colaboración con entidades privadas y concertadas para ampliar la oferta de tratamientos no farmacológicos.
- **Agilizar los trámites administrativos para la concesión de ayudas a la dependencia**, adaptándolas a las necesidades de cada persona con EA y su entorno familiar.

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 la CAM **se han desarrollado tres nuevas herramientas** de planificación y gestión relacionadas con la EA, el *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024*, el *Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores 2022-2025* y el *Plan Integral de Cuidados Paliativos*, todas con un **grado de implementación y conocimiento moderado, a excepción de la última cuyo nivel de conocimiento se considera bajo** según los expertos encuestados.
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** cuyo nivel de implementación en Comunidad de Madrid se considera moderado y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** cuyo nivel de implementación en Comunidad de Madrid es bajo.

## PROCESO ASISTENCIAL

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
  - La falta de tiempo en consultas, las limitaciones en el acceso a pruebas y en la evaluación neuropsicológica y la necesidad de formación de los profesionales en el entorno de AP.
  - La necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y entre el sistema sanitario y social.
  - La elevada presión asistencial en todos los niveles asistenciales que repercute en las listas de espera y afecta a todas las etapas del proceso asistencial.
  - La falta de recursos suficientes para la atención a las necesidades paliativas, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad.

## RECURSOS

- Respecto a la situación de 2017, se observa un **ligero aumento de los recursos tecnológicos en la CAM**. Concretamente el número de **TAC** en ha pasado de **105 a 114**, la **RM** de **122 a 140**, la **SPECT** de **21 a 30** y la **PET** de **17 a 25**.

# GLOSARIO

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AFAs</b>	Asociación de Familiares de Alzheimer
<b>AIVD</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria
<b>ApoE</b>	Apolipoproteína E
<b>EA</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>EEG</b>	Electroencefalograma
<b>FAQ</b>	Functional Activities Questionnaire
<b>FAST</b>	Functional Assessment Stages
<b>HCE</b>	Historia clínica electrónica
<b>LCR</b>	Líquido cefalorraquídeo
<b>MMSE</b>	Mini-Mental State Examination
<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>PET FDG</b>	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
<b>PECEF</b>	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
<b>PEVS</b>	Prestación económica vinculada al servicio
<b>REEC</b>	Registro Español de Ensayos Clínicos
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SERMAS</b>	SERMAS (Servicio Madrileño de Salud)
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada



# Proyecto MapEA

---



# ANEXOS

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Alcalá de Henares	FRANCISCO DE VITORIA	91 889 30 50
Alcalá de Henares	BALLESOL ALCALÁ	91 8029212
Alcalá de Henares	DOMUSVI ESPARTALES	91 8842027
Alcalá de Henares	SANITAS HENARES	91 8303511
Alcobendas	BALLESOL ALCOBENDAS	91 6625741
Alcobendas	GASTON BAQUERO	91 661 71 91
Alcorcón	ALCORCON	916441300
Alcorcón	CAMPODÓN	91 6161057
Aldea del Fresno	SAN JUAN BAUTISTA	91 8621045
Algete	GALDAMA ALGETE	91 6289357
Algete	ORPEA SANTO DOMINGO	91 6220232
Aranjuez	DOMUSVI EL REAL DELEITE	91 8910236
Aranjuez	SANTIAGO RUSIÑOL	91 891 14 40
Aravaca	ORPEA MADRID ARAVACA	91 3878790
Arganda del Rey	ARGANDA DEL REY	91 871 33 00
Berzosa de Lozoya	MUNICIPAL DE BERZOSA DE LOZOYA	918915026
Brunete	GERIASA BRUNETE	918158300
Buitrago del Lozoya	MARQUES DE SANTILLANA	91 8680786
Campo Real	MUNICIPAL DE CAMPO REAL	91 8741009
Cercedilla	MONTE HERMOSO CERCEDILLA	91 8522550
Ciempozuelos	COMPLEJO ASISTENCIAL BENITO MENNI	91 8930150
Ciempozuelos	LAS VEGAS	91 8091475
Ciempozuelos	RESIDENCIA CASAQUINTA	91 8933000

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Ciempozuelos	SAN JUAN DE DIOS CIEMPOZUELOS	91 8930001
Cobeña	ALBA II	91 6208754
Cobeña	COBEÑA INAREJOS	91 6208697
Collado Villalba	NUESTRA CASA	91 8493854
Collado Villalba	ORPEA COLLADO VILLALBA	91 8497860
Collado Villalba	SOLSALUD	91 8502214
Colmenar de Oreja	SAN JUAN BAUTISTA C.O	91 894 33 07
Colmenar del Arroyo	SANITAS ALMENARA	91 8651000
Colmenar Viejo	COLMENAR VIEJO	91 847 40 00
Colmenar Viejo	NUESTRA SRA. DE LA SOLEDAD Y DEL CARMEN	91 8451523
Cubas de la Sagra	SANTA MARÍA DEL SILENCIO	91 8142300
El Álamo	EMERA EL ÁLAMO	910311301
El Álamo	RESIDENCIA EDAD DE ORO	91 8122285
El Berrueco	EL BERRUECO	918686184
El Escorial	EL ESCORIAL	91 8901361
El Escorial	SANITAS EL ESCORIAL	91 8533533
El Molar	ISLA DE KOS	91 8410812
Fuenlabrada	MUNICIPAL DE FUENLABRADA	91 6071243
Fuenlabrada	GALDAMA FUENLABRADA	91 6154261
Getafe	GETAFE ALZHEIMER	91 6652510/12
Getafe	LOS ÁNGELES	91 6961191
Getafe	CERRO DE LOS ÁNGELES	91 6849310
Getafe	GERIÁTRICO MADRE MARAVILLAS	91 6847085

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Griñon	MUNICIPAL DE GRIÑON	91 8140671
Griñón	CASABLANCA GRIÑÓN	91 8141511
Guadalix de la Sierra	MUNICIPAL DE GUADALIX DE LA SIERRA	91 8470768
Guadarrama	GUADARRAMA-EL ESCORIAL	91 8543544
Guadarrama	MASAM GUADARRAMA	918494000
Guadarrama	SAN MIGUEL ARCANGEL	91 8547722
Las Matas	LAS MATAS	91 6301029
Las Rozas	VITALIA LAS ROZAS	91 6304700
Las Rozas de Madrid	COLISEE LAS ROZAS	91 6302013
Las Rozas de Madrid	MONTESALUD	91 6369900
Leganés	LOS BALCONES	91 4987507
Leganés	NUESTRA SRA. DE BUTARQUE	91 6938513
Leganés	PARQUE DE LOS FRAILES	91 6934000
Leganés	VITALIA LEGANÉS	91 6860700
Madrid	PEÑUELAS	91 5060596
Madrid	LA PAZ	91 409 09 43
Madrid	GOYA	91 276 10 00
Madrid	MONTE HERMOSO	91 5267585
Madrid	MADRID SUR	91 3807570
Madrid	LOS NOGALES VISTA ALEGRE	91 4720020
Madrid	PLATA Y CASTAÑAR	91 7987912
Madrid	VILLAVERDE ALZHEIMER (ALZHEIMER)	91 7230961
Madrid	ORPEA MADRID VALDEMARÍN	91 7400566

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Madrid	PINAR DE ARAVACA	91 307 07 07
Madrid	RESIDENCIA JUAN XXIII	91 372 96 07
Madrid	SANITAS LA FLORIDA	91 7400386
Madrid	GRAN RESIDENCIA	914625800
Madrid	VISTA ALEGRE	91 462 93 63
Madrid	USERA	91 3307200/01
Madrid	ISABEL LA CATÓLICA	91 732 18 80
Madrid	MORATALAZ	91 7730483
Madrid	RESIDENCIA CATALINA LABOURE	91 3710158
Madrid	FUNDACIÓN REINA SOFÍA	91 3852300
Madrid	LOS NOGALES SANTA EUGENIA	91 3052990
Madrid	ADOLFO SUAREZ	913220900
Madrid	LOS NOGALES HORTALEZA	91 0497020
Madrid	ALBERTIA MIRASIERRA	91 387 65 50
Madrid	BALLESOL MIRASIERRA	91 7389022
Madrid	MIRASIERRA	91 7341410
Madrid	RAFAEL ALBERTI	91 1440634
Madrid	ORCASUR	91369 9234
Madrid	DON BOSCO	91 3643940
Madrid	MONTSERRAT CABALLÉ	91 7481552
Madrid	ORPEA BUENAVISTA	91 5110420
Madrid	BALLESOL PASILLO VERDE	91 5062270
Madrid	GERIATEL	91 5099884

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Madrid	DOCTOR GONZALEZ BUENO	91 734 63 00
Madrid	NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	91 734 34 50
Madrid	MANOTERAS	917665222
Madrid	ENSANCHE DE VALLECAS	91 4948677
Madrid	DOMUSVI ALBUFERA	91 7570510
Majadahonda	SAN LUIS GONZAGA	91 6340076
Majadahonda	BALLESOL MAJADAHONDA	91 6395611
Meco	ORPEA MECO	91 8861666
Montejo de la Sierra	MUNICIPAL DE MONTEJO DE LA SIERRA	91 8697280
Moralzarzal	SANTA ISABEL	91 8421099
Morata de Tajuña	ISLA TARAY	91 8731456
Móstoles	LAS CAMELIAS	91 6132381
Móstoles	PARQUE COIMBRA	91 6461893
Móstoles	JUAN XXIII	91 6647962
Navalcarnero	CASAVERDE NAVALCARNERO	91 8112493
Navalcarnero	LA AURORA DE NAVALCARNERO	91 8111164
Navalcarnero	MUNICIPAL VIRGEN DE LA CONCEPCIÓN	91 8138858
Navalcarnero	NAVA REAL	91 737 20 42
Navalcarnero	NAVALCARNERO	91 811 15 11
Orusco de Tajuña	BELLAESCUSA	91 8761202
Parla	VITALIA PARLA	91 2830190
Patones	MUNICIPAL DE PATONES	91 8432150
Pedrezuela	LAS FUENTES DE PEDREZUELA	91 8433780

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Pinto	ORPEA PINTO I	91 6928630
Pinto	ORPEA PINTO II	91 6926960
Pozuelo de Alarcón	SAN DIEGO Y SAN NICOLÁS	91 352 07 44
Pozuelo de Alarcón	BALLESOL POZUELO	91 3525520
Quijorna	DOMUSVI QUIJORNA	91 8168872
Rivas Vaciamadrid	CASABLANCA RIVAS	91 4997738
Rivas Vaciamadrid	GERIASA RIVAS	91 970 18 46
Rivas Vaciamadrid	GERIATEL RIVAS	91 192 21 35
Robledillo de la Jara	MUNICIPAL DE ROBLEDILLO DE LA JARA	91 8687238
Rozas de Madrid, Las	REINA SOFIA (LAS ROZAS)	91 637 40 12
Rozas de Madrid, Las	ORPEA PUNTA GALEA	91 6369220
Rozas de Puerto Real	MUNICIPAL REAL DE ROZAS	91 8634479
San Fernando de Henares	SAN FERNANDO DE HENARES	91 674 62 00
San Lorenzo de El Escorial	RESIDENCIA MARIA LEONOR	91 8908144
San Martín de la Vega	SAN MARCOS	91 8087258
San Sebastian de los Reyes	SAN SEBASTIAN DE LOS REYES (MOSCATELARES)	91 6237012
San Sebastián de los Reyes	LA MARINA	91 6590188
Serranillos del Valle	LAS MIMOSAS	91 8138193
Serranillos del Valle	ORPEA SERRANILLOS DEL VALLE	91 8138138
Sevilla la Nueva	ROSALBA	91 8128499
Sevilla la Nueva	URBANIZACIÓN DE MAYORES	91 8129144
Soto del Real	SOTOFRESNOS	91 8480510
Talamanca de Jarama	PRIMAR II	91 8417735

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Tielmes	LA SOLANA	91 8746050
Torrejón de Ardoz	LAS CELINDAS	91 656 52 73
Torrejón de Ardoz	NUESTRA SRA. DEL ROSARIO	91 6752859
Torrejón de Ardoz	VITALIA TORREJÓN	91 109 43 52
Torrejón de la Calzada	DOMUSVI MAGAN	91 8106115
Torrelaguna	TORRELAGUNA	918430025/50/75
Torrelodones	LOS PEÑASCALES	91 6303598
Torrelodones	MIAL SALUD	91 6308581
Torrelodones	ORPEA TORRELODONES	91 8569090
Torrelodones	SANITAS TORRELODONES	91 8549120
Torremocha de Jarama	MUNICIPAL HONTANAR DE JARAMA	91 8430675
Torres de la Alameda	MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE TORRES DE LA ALAMEDA	91 8863061
Tres Cantos	SAN CAMILO	91 8034000
Valdemoro	CASABLANCA VALDESUR	91 8950400
Valdemoro	CASABLANCA VALDEMORO	91 8018360
Valdemoro	MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	91 8762658/63
Velilla de San Antonio	ONACARE VELILLA	91 032 76 88
Villa del Prado	VILLA DEL PRADO	91 8622201
Villamanta	CASAVARDE VILLAMANTA	91 3617947
Villanueva de la Cañada	ORPEA VILLANUEVA DE LA CAÑADA	91 8117980
Villanueva del Pardillo	COLISEE VILLANUEVA DEL PARDILLO	91 8154470

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Alcalá de Henares	VENECIA I	918.896.570
Alcalá de Henares	EL VAL	918.824.246
Alcalá de Henares	FRANCISCO DE VITORIA	91 889 30 50
Alcalá de Henares	VITALIA ALCALÁ DE HENARES	918.823.711
Alcalá de Henares	AMAVIR ALCALÁ DE HENARES	918879876
Alcalá de Henares	DOMUSVI ALCALÁ	918896570
Alcobendas	CENTRO MUNICIPAL ALZHEIMER ALCOBENDAS	912414626
Alcobendas	ORPEA ALCODENDAS	914900678
Alcobendas	DOMUSVI ALCOBENDAS	916.239.102
Alcobendas	VIDA Y SALUD	918.273.581
Alcorcón	AMAVIR ALCORCON	915.127.200
Alcorcón	ALCORCON	91 644 13 00
Alcorcón	AYUDIA CENTRO DE ESTANCIA DIURNA	916.115.602
Alcorcón	PUERTA DEL SUR	911.563.860
Algete	ALGETE	916.281.824
Alpedrete	LOS LLANOS VITAL	918.510.888
Aranjuez	SANTIAGO RUSIÑOL	91 891 14 40
Arganda del Rey	ARGANDA	91 871 33 00
Arganda del Rey	AFA ARGANDA MONTEALEGRE	918.713.322
Arganda del Rey	ANTONIO MINGOTE	918.747.634
Boadilla del Monte	SERGESA BOADILLA	914.952.860
Brea de Tajo	PABLO POZO	918.721.013
Camarma de Esteruelas	VENECIA CAMARMA	914388628

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Campo Real	Campo Real	918.741.009
Cenicientos	AMAVIR CENICIENTOS	918.600.900
Cercedilla	MONTEHERMOSO CAMORRITOS	918.522.550
Ciempozuelos	LAS VEGAS	918.091.475
Collado Villalba	NUESTRA CASA	918.493.854
Colmenar Viejo	AMAVIR COLMENAR	918459808
Colmenar Viejo	COLMENAR VIEJO	918474000
Coslada	AMAVIR COSLADA	916.733.065
Coslada	DOMUSVI PARQUE COSLA	916.730.100
Daganzo de Arriba	DAGANZO	918.782.107
El Escorial	DOMUSVI EL ESCORIAL	918.902.112
Estremera	Orpea Estremera	918.755.747
Fuenlabrada	FUENVIDA	910865794
Fuenlabrada	FUENLABRADA LAS VILLAS	916.071.243
Fuenlabrada	FUENLABRADA	91 608 51 34 / 11
Fuenlabrada	RAMON RUBIAL DE FUENLABRADA	916.856.578
Galapagar	MIAL SALUD GALAPAGAR	918580357
Getafe	CLÍNICA GERIÁTRICA LOS ÁNGELES	916.961.191
Getafe	A.G.A.D.	916.810.770
Getafe	AMAVIR GETAFE	914.819.400
Getafe	GETAFE	916824247
Getafe	SANIVIDA CIUDAD GETAFE	637 85 10 00
Getafe	SANITAS GETAFE	916.965.567

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Griñón	GRIÑON	918.140.671
Griñón	CASABLANCA GRIÑON	918.141.511
Humanes de Madrid	AMAVIR HUMANES	916.040.532
Las Rozas de Madrid	VITALIA LAS ROZAS	916.304.700
Leganés	FUENVIDA SANTA ISABEL	911563860
Leganés	DOMUSVI LEGANES	916.484.253
Leganés	PARQUE DE LOS FRAILES	916.934.000
Leganés	LOS BALCONES LEGANÉS	914.987.507
Leganés	NUUESTRA SEÑORA DE BUTARQUE	916.938.513
Leganés	VITALIA LEGANÉS	916.860.700
Madrid	DOMUSVI CHAMARTÍN	91 744 03 10
Madrid	LOS GIRASOLES	915.199.634
Madrid	SALUS MAYORES NUEVOS MINISTERIOS	911254179
Madrid	DESENGAÑO	915.322.964
Madrid	DON RAMÓN DE LA CRUZ	910.299.397
Madrid	SANIVIDA CHAMBERÍ	915.938.355
Madrid	CARAMUEL	914.636.983
Madrid	CASA DE LAS FLORES	915.442.626
Madrid	DOMUSVI SAN BERNARDO	915.590.569
Madrid	SALUS MAYORES CHAMARTÍN	911254179
Madrid	AMAVIR CIUDAD LINEAL	913.276.199
Madrid	SANIVIDA CIUDAD LINEAL	913.773.723
Madrid	MADRID SUR	913.807.570

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Madrid	PUENTE DE VALLECAS	91 778 71 65
Madrid	DOCTOR ESPINA	914.724.539
Madrid	PROADE	915609730
Madrid	REINA SOFÍA	914.251.423
Madrid	AMAVIR VILLAVERDE	915.055.200
Madrid	PEÑUELAS	915.060.596
Madrid	VILLAVERDE	917 230961-62-62
Madrid	PLATA Y CASTAÑAR	917.987.912
Madrid	MARÍA ORÚE	917.100.484
Madrid	ORPEA SAN BLAS	917.759.991
Madrid	CASABLANCA EL PLANTÍO	913.728.102
Madrid	MADRID	917.119.307
Madrid	VISTA ALEGRE	914.629.363
Madrid	GRAN RESIDENCIA	91 462 58 00
Madrid	USERA	913.307.200
Madrid	VIVEDIA PERSONAS MAYORES	914.766.831
Madrid	ASISTIDO VIRGEN DE AFRICA	913.269.352
Madrid	NUEVA EDAD	911950095
Madrid	MARCA VIDA	911044560
Madrid	PARQUE DE LAS AVENIDAS	913.611.254
Madrid	SANIVIDA SALAMANCA	913.555.295
Madrid	ISABEL LA CATOLICA	915803664
Madrid	FINISTERRE	91 344 99 79

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Madrid	JAVIER	917.335.444
Madrid	ALBERTIA MORATALAZ	913.246.800
Madrid	FLORENCIA II	917.510.249
Madrid	FLORENCIA III	917.727.044
Leganés	FUNDACION REINA SOFÍA	913.852.300
Leganés	AMAVIR VALDEBERNARDO	913 01 66 60
Leganés	ADOLFO SUAREZ	913220900
Leganés	MIRASIERRA	917.341.410
Leganés	GERIACEN	913.340.861
Leganés	LOS NOGALES PUERTA DE HIERRO I	917.892.009
Madrid	ALBERTIA MIRASIERRA	913876550
Madrid	MIT CENTRO DE DÍA	913688084
Madrid	AMAVIR VALLECAS	913.287.070
Madrid	SANIVIDA PUENTE DE VALLECAS	913.287.599
Madrid	VALLECAS	91 779 14 40
Madrid	LAS VICTORIAS	915.704.399
Madrid	MANAVA	913.118.544
Madrid	AMAVIR USERA	915.005.550
Madrid	SAN FERMIN	91 792 12 62
Madrid	BALLESOL LATINA	917.108.190
Madrid	SANIVIDA LATINA	917.107.980
Madrid	AMAVIR ARGANZUELA	915.062.356
Madrid	SANIVIDA ARGANZUELA	91 528 15 90

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Madrid	SANIVIDA ARGANZUELA	91 528 15 90
Madrid	LOS CARMENES	914208930
Madrid	ORPEA CARABANCHEL	914.220.880
Madrid	MANOTERAS	91 766 52 22
Madrid	MADRID ENSANCHE DE VALLECAS	914.948.677
Madrid	ORPEA SANCHINARRO	917502138
Majadahonda	VALLE DE LA OLIVA	916.799.963
Meco	ORPEA MECO	918.861.666
Mejorada del Campo	MEJORADA DEL CAMPO	916.794.082
Montejo de la Sierra	NAZARET	918.697.280
Móstoles	DOMUSVI JARDÍN DE LOS MAYORES	916.146.517
Móstoles	PRADILLO	911.563.860
Móstoles	PARQUE COIMBRA	916.461.893
Móstoles	DOMUSVI CIUDAD DE MÓSTOLES	916.480.146
Móstoles	LA ATALAYA DE MÓSTOLES	912.363.229
Navalafuente	NAVALAFUENTE	918.432.252
Navalcarnero	LA AURORA DE NAVALCARNERO	918.111.164
Navalcarnero	MUNICIPAL VIRGEN DE LA CONCEPCION	918.114.882
Parla	ILUNION PARLA	916.644.209
Parla	PARLA	912.013.540
Parla	VITALIA PARLA	912.830.190
Patones	PATONES	918.432.150
Pedrezuela	PEDREZUELA	918.434.865

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Pinto	ORPEA PINTO I	916.928.630
Pozuelo de Alarcón	AMAVIR POZUELO	917.991.392
Pozuelo de Alarcón	SALUS MAYORES	911.254.179
Rivas Vaciamadrid	CASABLANCA RIVAS	914.997.738
Rivas-Vaciamadrid	RIVAS VACIAMADRID	916.660.072
Rozas de Madrid, Las	ORPEA LAS ROZAS	917.105.937
Rozas de Madrid, Las	REINA SOFIA	91 637 40 12
S. Sebastian de los Reyes	LA MARINA	91 659 01 88
San Agustín de Guadalix	AMAVIR SAN AGUSTIN	918.466.300
San Fernando de Henares	ORPEA SAN FERNANDO	914.850.282
San Fernando de Henares	SAN FERNANDO DE HENARES	91 674 62 00
San Lorenzo de El Escorial	ORPEA EL ESCORIAL	918.997.304
San Martín de Valdeiglesias	VIRGEN DE LA NUEVA	918.611.996
San Sebastián de los Reyes	SAN SEBASTIAN DE LOS REYES I	91 652 26 10
San Sebastián de los Reyes	SAN SEBASTIAN DE LOS REYES II	916.237.012
Serranillos del Valle	ORPEA SERRANILLOS DEL VALLE	918138138
Soto del Real	SOTOFRESNOS	918.480.510
Tielmes	LA SOLANA	918.746.050
Torrejón de Ardoz	AMAVIR TORREJON	916.277.700
Torrejón de Ardoz	TORREJON DE ARDOZ	916.560.912
Torrejón de Ardoz	VITALIA TORREJÓN	911094352
Torrelodones	MIAL SALUD	916.308.581
Torremocha de Jarama	HONTANAR DE JARAMA	918431055

## CENTROS DE DÍA

LOCALIDAD	CENTRO	TELÉFONO
Torres de la Alameda	TORRES DE LA ALAMEDA	918.863.061
Tres Cantos	BALLESOL TRES CANTOS	918.047.192
Valdelaguna	VALDELAGUNA	676257595
Valdemoro	DOMUSVI VALDEMORO	918.085.980
Valdemoro	CASABLANCA VALDEMORO	918.018.360
Valdemoro	NTRA. SEÑORA DEL ROSARIO	918.762.658
Velilla de San Antonio	ONACARE	910.327.688
Villa del Prado	VILLA DEL PRADO	918.622.201
Villanueva de la Cañada	ORPEA VILLANUEVA DE LA CAÑADA	91 811 79 80
Villanueva de la Cañada	AMAVIR VILLANUEVA	918.155.701
Villarejo de Salván	AFA VILLAREJO	918743567
Villaviciosa de Odón	VILLAVICIOSA DE ODON	91 616 73 18