



Proyecto MapEA



LA RIOJA

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de **La Rioja** 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

71,4% de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

Grado de actualización de las herramientas regionales

Más de mitad de las herramientas identificadas en La Rioja han sido actualizadas en los últimos cuatro 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
80% de los profesionales. Se realiza al 61,3% de personas con sospecha.	1-2 meses (75%); adecuado según el 50%	100% de los profesionales. Se realiza al 74,6% de personas con sospecha	1-2 meses (40%); adecuado según el 60%	33,3% de los profesionales. Se realiza al 77% de personas con sospecha.	<1 mes (33,3%); adecuado por el 33,3%	33,3% de los profesionales. Se realiza al 13,5% de personas con sospecha	2-3 meses (50%); inadecuado por el 50%	33,3% de los profesionales. No se realiza (0%) de personas con sospecha	Se desconoce el tiempo medio de espera	100% de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: *largos tiempos de espera* (TAC, RM, PET amiloide) y en *número de pruebas que se pueden solicitar* (PET amiloide)

En comparación con **2017**, La Rioja ha experimentado **un ligero incremento en algunos de los recursos tecnológicos** de salud, tales como el número de TACs han aumentado de **5 a 6** y los RMs de **4 a 5**; mientras que en los PET se han mantenido en **1**, y los SPECT **han disminuido** de **2 a 1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.



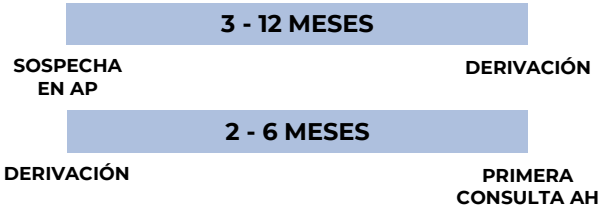
RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



La Rioja

BARRERAS: **100%** de los expertos identifican la **falta de tiempo y/o conocimiento** de los profesionales sanitarios; **57,1%** de los expertos identifican problemas en la **capacidad e infraestructuras del sistema**, la **reticencia de las personas con EA y sus familiares**, y la **falta de guías y/o protocolos** de atención.

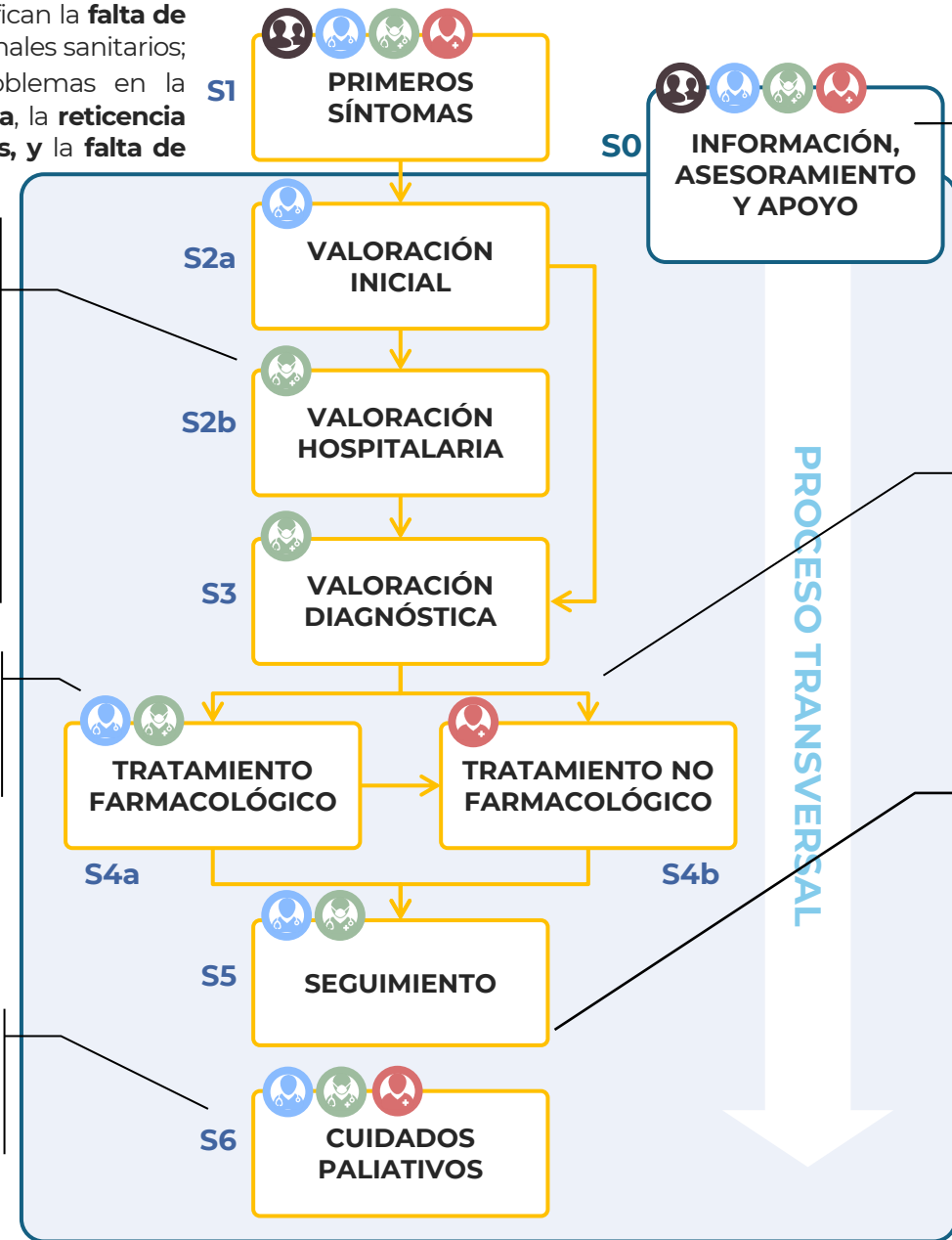
80% de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.



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

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

Grado de cobertura para las personas con EA:

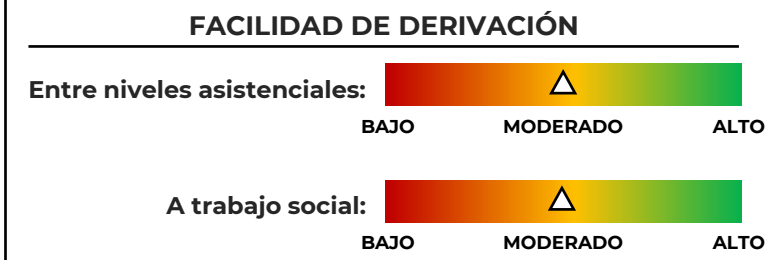


83% de expertos consideran **INSUFICIENTE** la información dada al paciente en fases tempranas.
100% de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

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

Tratamientos no farmacológicos disponibles: talleres de memoria, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y estimulación cognitiva.
Un **71%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

Seguimiento: habitualmente **profesionales de geriatría y neurología**, seguido de medicina familiar y comunitaria.
Periodicidad: cada 3 meses o < 6 meses en AH.



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 Rioja**.



Retos y áreas de mejora



Detección temprana de síntomas desde atención primaria y **derivación inadecuada** a atención hospitalaria.



Formación y especialización de los profesionales sanitarios en EA, especialmente de los profesionales de atención primaria.



Coordinación interdisciplinar entre neurología, psiquiatría, geriatría, trabajo social y sistemas sanitarios-sociales.



Recursos materiales y profesionales especializados en demencia.



Integración de la perspectiva social y personalización de los cuidados a las personas con EA.



Accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos para las personas con EA.



Recomendaciones



Implementar **protocolos estandarizados** en atención primaria y **reducir las listas de espera** para pruebas diagnósticas, asegurando una rápida derivación.



Incrementar la **formación de los profesionales sanitarios**, para detección, derivación y seguimiento.



Mejorar la **coordinación entre servicios sanitarios**, a través de **protocolos estandarizados**, así como de estos con los **recursos sociales**.



Aumentar los **recursos específicos para el diagnóstico temprano** de la EA y maximizar el uso de los mismos.



Incorporar factores sociales en la valoración y seguimiento de la persona con EA, y diseñar **planes de atención personalizados**, ajustando tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos).



Mejorar la **accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos** para ofrecer atención integral en etapas avanzadas de la enfermedad.

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 Rioja** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA) en esta Comunidad Autónoma.



HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

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



PROCESO ASISTENCIAL

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



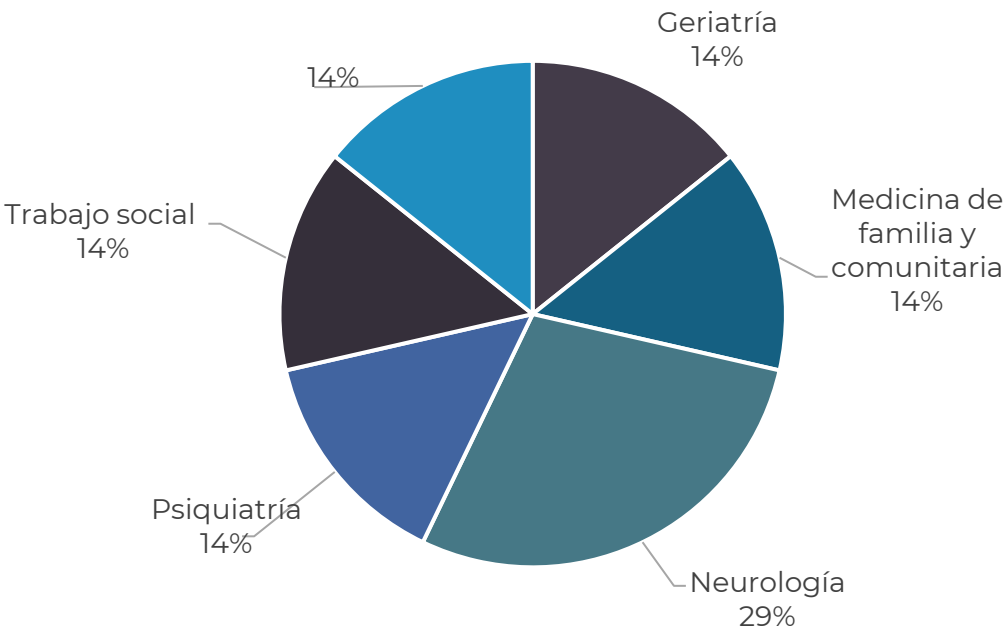
RECURSOS

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

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

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

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



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

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

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Ana Isabel Bas Angulo	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de Salud Santo Domingo de la Calzada
Beatriz García Mozún	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de Salud Camero Viejo
Belinda Matute	Neurología	Hospital San Pedro Hospital de La Rioja
Eduardo Rojo	Psiquiatria	Centro de Salud Mental de Albelda de Iragua
Esperanza Moragas; Anabella Martínez Pérez	Asociación de Pacientes	Asociación de Alzheimer de La Rioja
Marta Pérez Larumbe	Trabajo Social	Hospital General de la Rioja
Raquel Pérez Zuazo	Geriatria	Hospital General de la Rioja

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 Rioja**, 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 RIOJA	GRADO DE CONOCIMIENTO EN LA RIOJA
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad CEAFA	MODERADO	MODERADO
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	MODERADO	MODERADO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia *No hay consenso entre los diferentes perfiles.	2018	Sociedad Española de Neurología	BAJO-MODERADO-ALTO*	MODERADO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	MODERADO	MODERADO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriatría y Gerontología	BAJO - MODERADO	MODERADO

*No hay consenso entre los diferentes perfiles.

GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN LA RIOJA

57,1%

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

57,1%

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

IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN LA RIOJA

- Los expertos encuestados indican un **conocimiento moderado** del ***Plan Integral de Alzheimer y Otras Demencias (2019-2023)*** y de la ***Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS*** en La Rioja.
- El 57,1% de los encuestados consideran que ambos documentos oficiales son conocidos y el 85,7% indica que se han impulsado acciones específicas para implementar estos planes.
- Algunas acciones derivadas para el desarrollo de estos documentos, tales como:
 - Impulso del diagnóstico temprano y nuevas herramientas diagnosticas (biomarcadores y neuropsicología), instauración de la unidad de trastornos cognitivos y demencia, trabajo colaborativo con AFA Rioja.
 - Enfoque en la estrategia diagnóstica: demencia leve-moderada, en personas menores de 85 años en el servicio de neurología.
 - Realización de cursos de formación, charlas, conferencias.
 - Creación de Unidades: Unidad específica de Trastornos Cognitivos y Demencia, Unidad de Memoria y otras unidades para tratar enfermedades neurodegenerativas.
 - Incorporación de la figura del Trabajador social en las Unidades.
 - Desarrollo de circuitos y protocolos de derivación desde atención primaria y geriatría.
 - Incremento de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales a través de atención primaria, mayor colaboración con AFAS.
 - Integración de los cuidados paliativos para asegurar una atención integral.

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

LA RIOJA

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Estrategias Alineadas. Estrategia de Atención Primaria, Estrategia del Hospital Universitario San Pedro y Acciones Transversales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria 2021-2024	2021	Servicio Riojano de Salud	MODERADO	MODERADO
IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja	2021	Servicio Riojano de Salud	MODERADO	MODERADO
Plan de Salud 2030	2022	Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados de la Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja	MODERADO	MODERADO

ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

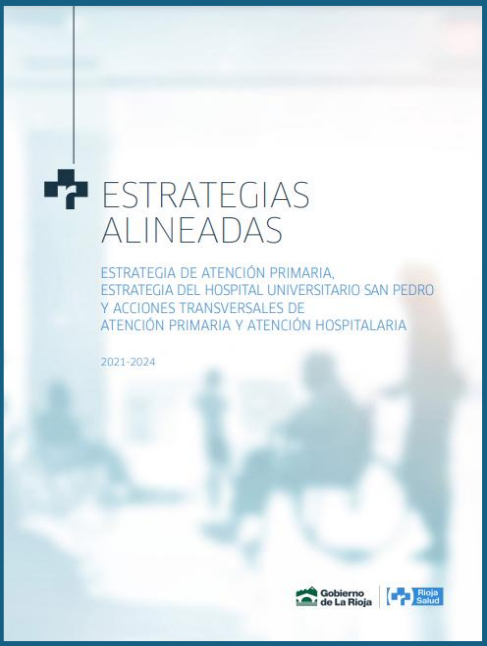
En La Rioja, únicamente el **28,6% de los expertos encuestados afirman que conocen** quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

Todas las herramientas identificadas en La Rioja han sido **actualizadas** en los **últimos cuatro años**.

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

- *Guía de demencia SEGG: demencia de la enfermedad a la persona*
- *Protocolo de Unidad de Trastornos cognitivos de Hospital Universitario San Pedro.*
- *Plan de cuidados al alta de Unidad de Trastornos Cognitivos a Atención Primaria.*
- *Plan Estratégico de Servicios Sociales de La Rioja*

1. ESTRATEGIAS ALINEADAS. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESTRATEGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO Y ACCIONES TRANSVERSALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA 2021-2024



Servicio Riojano de Salud
10 Círculos estratégicos (5 AP y 5 AH)

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

El Plan Estratégico del Servicio Riojano de Salud 2021-2024 detalla un **plan integral para transformar el sistema sanitario de La Rioja, enfocado en la atención primaria (AP) y el Hospital Universitario San Pedro (HUSP)**. Responde a retos como el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas y las lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19. El objetivo principal es **mejorar la calidad asistencial**, fortalecer la **coordinación** entre niveles y garantizar la **sostenibilidad del sistema**, siempre **centrado en las necesidades de la ciudadanía**.

El documento define las estrategias para la atención primaria y hospitalaria, estableciendo los modelos de atención y profundizando en los principales elementos que lo han de configurar. Asimismo, se establecen los elementos transversales que integran y alinean ambos niveles asistenciales. En **atención primaria**, se apuesta por un **modelo proactivo y comunitario**, priorizando áreas como **pediatría, emergencias** y la gestión de **enfermedades crónicas**. En el **HUSP**, las líneas clave incluyen la **humanización** de los servicios, la **modernización tecnológica** y una **atención personalizada**. Además, la situación demográfica (cada vez hay más población mayor) ha afectado mucho al **Servicio de Neurología**. Los pacientes cada vez son más mayores, la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas aumenta y por tanto se enfrentan a la atención de un volumen de pacientes mayor en patologías degenerativas, sobre todo en cuanto a **demencias y Parkinson**. Ambos niveles se integran a través de estrategias transversales que optimizan la **coordinación** y el **uso eficiente de recursos**.

Entre lo principales objetivos se incluyen mejorar la **equidad, accesibilidad y calidad** del sistema, posicionando a La Rioja como referencia en sanidad eficiente y coordinada. Se proponen acciones como fortalecer la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, incrementar recursos tecnológicos y humanos, impulsar la formación continua, y asegurar la sostenibilidad financiera del modelo mediante una gestión eficiente y la evaluación constante de su impacto. Este enfoque pretende no solo atender los desafíos actuales, sino también anticiparse a las necesidades futuras.

+ Círculos estratégicos en atención primaria y atención hospitalaria

Atención Primaria

- **CE 1.** Centrados en las personas, sus familias y la comunidad
- **CE2.** Modelo de atención basado en la coordinación efectiva
- **CE3.** Equipo de Atención Primaria
- **CE4.** Nosotros: Identidad, formación, investigación
- **CE5.** Gestión y recursos

Atención Hospitalaria

- **CE1.** Las personas a las que atendemos
- **CE2.** Modelo de atención
- **CE3.** Nosotros: identidad, formación, investigación
- **CE4.** Gestión y recursos
- **CE5.** Hospital abierto

2. IV PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA



Servicio Cántabro de Salud
7 Líneas estratégicas

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

El **IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja**, elaborado por el Servicio Riojano de Salud, establece una estrategia integral para abordar los retos de la salud mental en La Rioja, alineándose con las metas de desarrollo sostenible y las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Reconoce la creciente carga de los trastornos mentales y su impacto en la población, destacando la importancia de la **promoción, prevención y tratamiento** de la salud mental.

El plan subraya la necesidad de **inversión en recursos humanos, tecnológicos y educativos**, destacando la **equidad de género** y la **atención a colectivos vulnerables**. Además, prioriza la prevención del suicidio y el manejo de adicciones, posicionándose como un modelo sostenible y adaptado a las necesidades actuales y futuras de la población.

En cuanto a la asistencia en la **salud mental geriátrica**, como **objetivo general** se aspira a mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogeriátricos. En cuanto a los **objetivos específicos**, se busca fortalecer la atención psiquiátrica en personas mayores, promoviendo su autonomía e identidad, abordando tanto problemas de salud mental como físicos y el aislamiento social. Para ello, se implementará un programa de atención psicogeriátrica con una coordinación estrecha entre servicios sociales, atención primaria y especialidades como geriatría y neurología.

En concreto, como acciones a medio plazo, se aspira a trabajar la salud mental geriátrica conjuntamente con geriatría y con neurología, mediante un equipo multidisciplinar, ya que son las tres especialidades que llevan las demencias.

+ Líneas estratégicas

- **LE1.** Promoción de la Salud Mental
- **LE2.** Prevención del Trastorno Mental
- **LE3.** Asistencia a los Trastornos Mentales
- **LE4.** Coordinación Interinstitucional y con Asociaciones de Pacientes y Familiares
- **LE5.** Actuaciones frente a la discriminación y la lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental
- **LE6.** Profesionales y Salud Mental, Formación e Investigación
- **LE7.** Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental

3. IV PLAN DE SALUD LA RIOJA 2030



**Dirección General de Salud Pública,
Consumo y Cuidados de la
Consejería de Salud**
3 líneas estratégicas

Nivel de implementación:
MODERADO

Nivel de conocimiento:
MODERADO

El **IV Plan de Salud 2030 de La Rioja**, elaborado por el Gobierno de la Rioja a través de la Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados de la Consejería de Salud, establece una hoja de ruta para transformar el sistema sanitario y promover el bienestar integral de la población, abordando factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud.

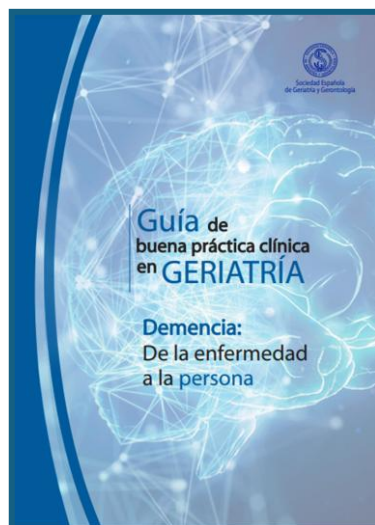
Este marco estratégico tiene como eje central un **modelo sostenible, equitativo y participativo**, con acciones alineadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El plan identifica como retos clave el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, las desigualdades en salud y los riesgos emergentes, como el cambio climático y crisis sanitarias. Para afrontarlos, propone: **incrementar la calidad y esperanza de vida de la población, reducir desigualdades en salud mediante políticas equitativas, y fomentar la salud comunitaria con enfoque preventivo y participativo**. Para ello, establece **3 líneas estratégicas y 18 objetivos**, así como acciones transversales.

El Plan de Salud 2030 se articula como una herramienta estratégica para convertir a La Rioja en un referente en salud pública, adaptada a las necesidades actuales y futuras, bajo un enfoque de equidad, sostenibilidad y participación activa de la ciudadanía.

+ Líneas estratégicas

- **LE1.** Promover la salud en todas las etapas de la vida desde la equidad, y el fomento de conductas y entornos saludables, seguros y sostenibles, y orientando el sistema sanitario hacia la prevención, la detección temprana y la atención a la cronicidad, poniendo en el centro de atención las necesidades de las personas, sus familias y las de la comunidad. Dentro de esta línea estratégica, se destacan los siguientes objetivos en el marco de la EA y las demencias:
 - **Objetivo 7. Promover el envejecimiento activo y prevenir las condiciones de fragilidad:**
 - Promover la implantación de acciones encaminadas a cumplir con los objetivos del “Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor” como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional.
 - Implantar programas de envejecimiento saludable y autonomía personal para favorecer la permanencia de las personas mayores en su entorno social y su comunidad habitual.
 - Impulsar la capacitación de personas cuidadoras y las personas mayores sobre hábitos de vida saludables, enfermedades y accidentes más frecuentes ante la discapacidad.
 - **Objetivo 9. Avanzar en una atención integral de la población con enfermedades crónicas y enfermedades raras, considerando sus necesidades y cuidando a quien nos cuida, con un reparto corresponsable de los cuidados.**
 - Promover espacios compartidos con la ciudadanía para fomentar la corresponsabilidad y el autocuidado de sus enfermedades, impulsando la figura del “paciente experto/a”.
 - Garantizar una oferta de formación y capacitación específica adecuadas a las necesidades de personas cuidadoras informales y con la participación de asociaciones de pacientes y otras entidades de la comunidad.
 - Potenciar las redes comunitarias de apoyo a las personas con enfermedades crónicas, enfermedades raras y personas que les cuidan, tanto en el domicilio como en los centros asistenciales, aprovechando de forma efectiva las iniciativas ya existentes y facilitando la participación de asociaciones, escuelas de pacientes y otras instituciones.
- **LE2.** Proteger a la población de los riesgos ambientales, alimentarios y de otros condicionantes que afecten a la salud, garantizando entornos seguros y sostenibles.
- **LE3.** Orientar las políticas de salud a una cogobernanza participativa, equitativa y al servicio de las personas.

OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS POR LOS EXPERTOS



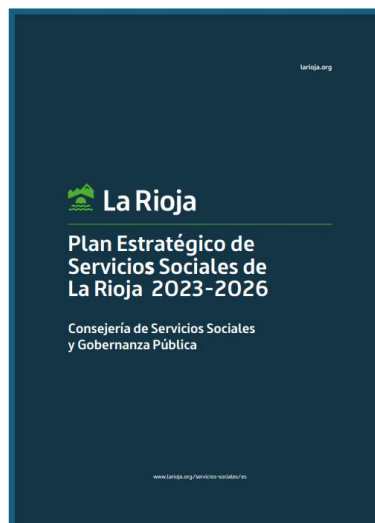
Guía de demencia SEGG: demencia de la enfermedad a la persona

Entidad responsable: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

Año de publicación: 2023

Resumen: ofrece recomendaciones para el manejo integral de las demencias, abordando aspectos como la fragilidad cognitiva, comorbilidad, neuropsicología, conductas problemáticas, cuidados al final de la vida y recomendaciones específicas desde la geriatría.

Fuente: https://www.segg.es/media/descargas/guia_demencia2023.pdf



Plan Estratégico de Servicios Sociales de La Rioja 2023-2026

Entidad responsable: Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública

Año de publicación: 2023

Resumen: se trata de documento que define la visión, misión, valores y líneas estratégicas para orientar las políticas y acciones en materia de servicios sociales en La Rioja durante el período 2023-2026, con el objetivo de mejorar la atención y el bienestar de la ciudadanía. El plan se estructura en varias líneas estratégicas, cada una con objetivos y acciones concretas. Incluye un análisis del contexto actual, los puntos críticos del sistema y una hoja de ruta para la optimización de recursos. Asimismo, incluye acciones de carácter preventivo a diferentes niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria, que favorezcan que las personas envejezcan retrasando al máximo la situación de deterioro y dependencia. Además, busca reforzar la coordinación intersectorial, fomentar la gobernanza anticipatoria y asegurar la sostenibilidad de los servicios. Con ello, el Gobierno de La Rioja aspira a ofrecer unos servicios sociales modernos, accesibles y adaptados a las necesidades de su población. Como uno de sus objetivos prioritarios, también se busca incrementar los recursos destinados a realizar funciones de coordinación, homogeneización y administración de los Servicios Sociales. También se actualizará la cartera de servicios y se reforzarán prestaciones que permitan la permanencia en el domicilio de personas con cuidados de larga duración. Se dará prioridad a enfoques preventivos y comunitarios, incluyendo programas de envejecimiento activo, promoción de la autonomía, formación y apoyo a cuidadores, así como el fortalecimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Fuente: <https://www.larioja.org/larioja-client/cm/servicios-sociales/images?idMmedia=1491924>

NOTA: Se mencionan el Protocolo de Unidad de Trastornos cognitivos de Hospital Universitario San Pedro y el *Plan de cuidados al alta de Unidad de Trastornos Cognitivos a Atención Primaria*; sin embargo, no son de acceso público.

3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

MAPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



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

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

AGENTES



Entorno del paciente



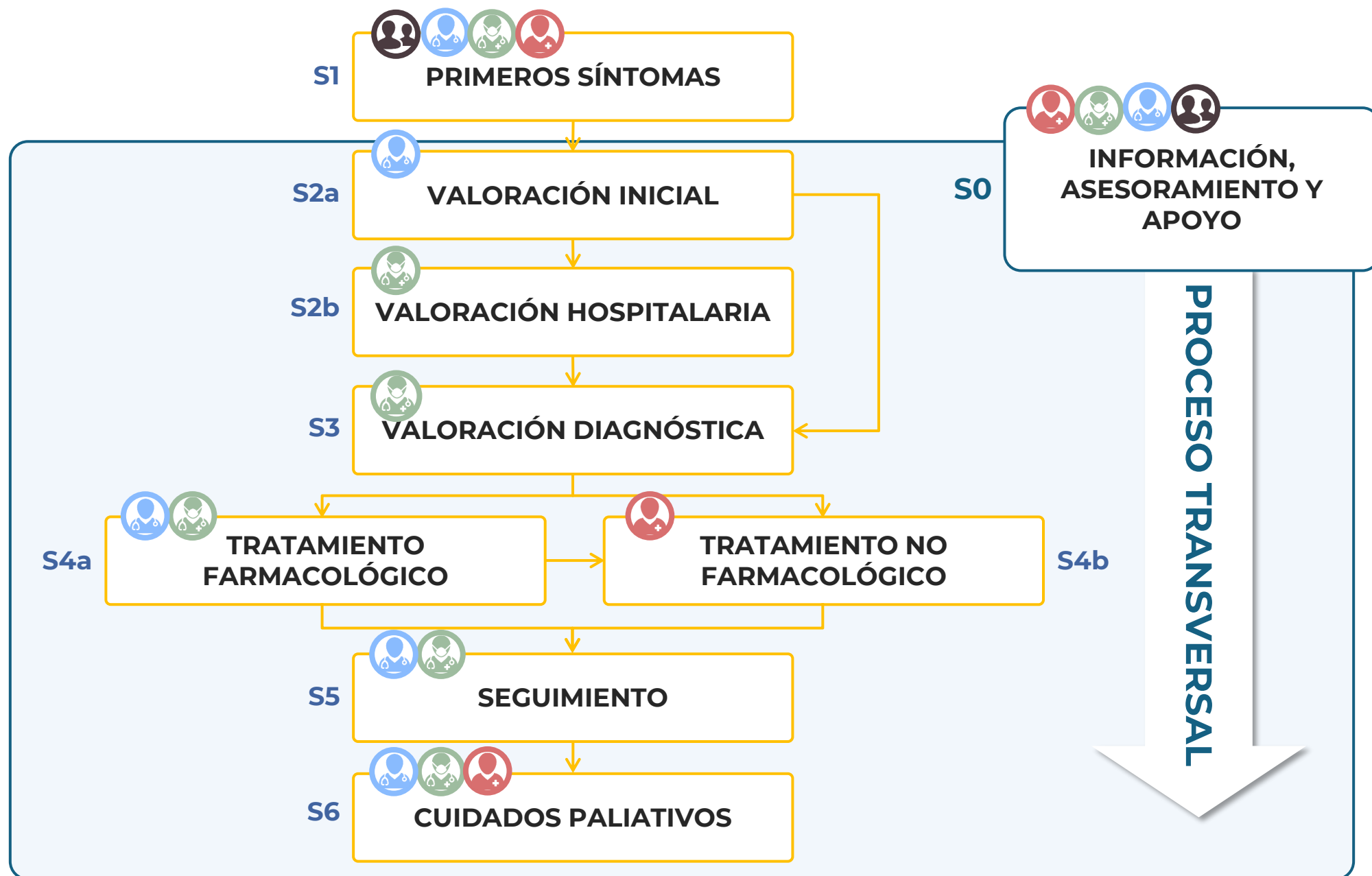
Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



AGENTES



Entorno del paciente



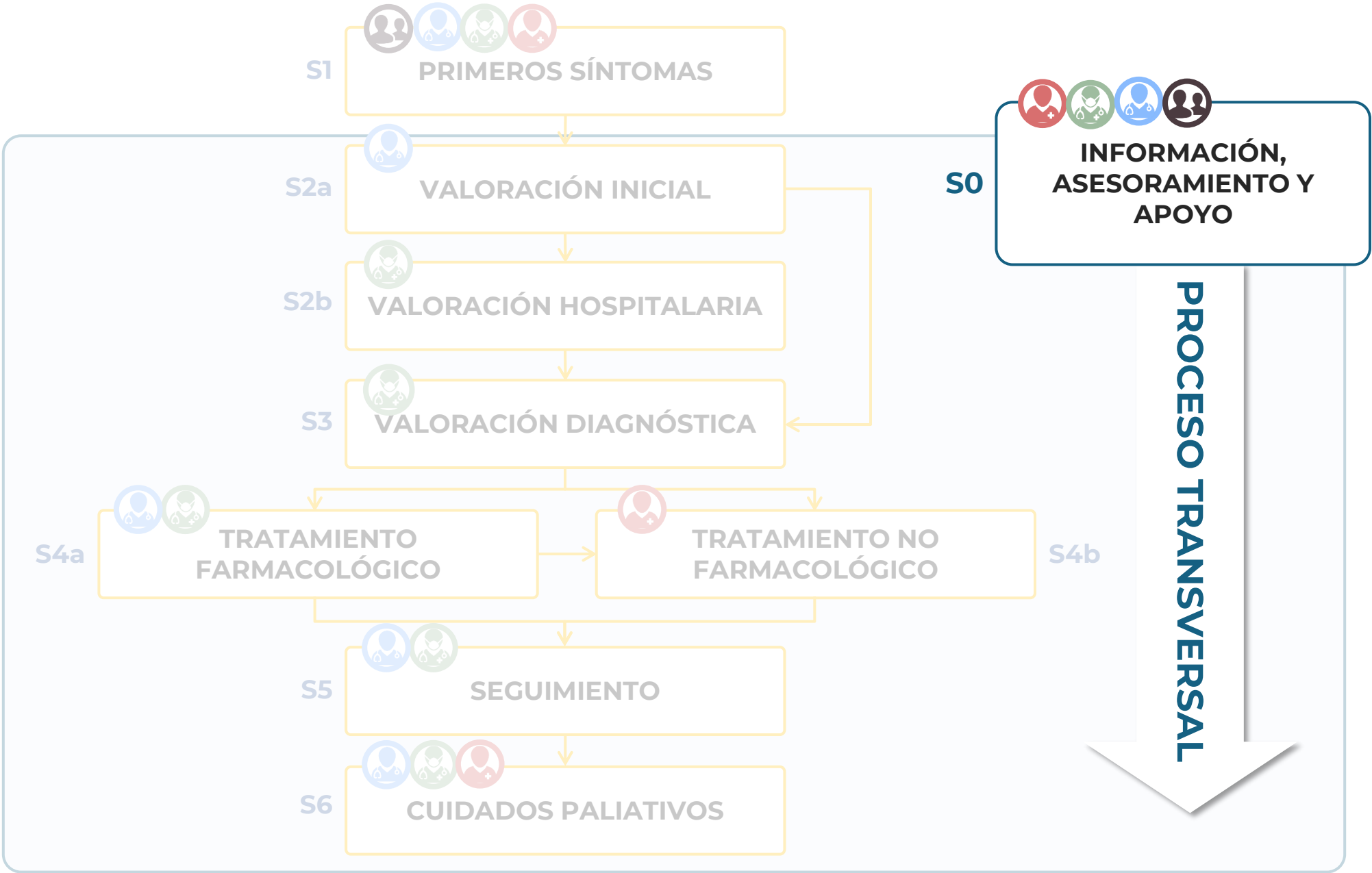
Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN LA RIOJA

S0



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido, en menor medida, por geriatría.

- El **83,3%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, el **16,7%** restante lo desconoce. En este sentido, los expertos consideran que la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta.
- El **66,6%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan tanto en una consulta rutinaria como en una consulta específica y el **33,3%** restante indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
 - **Todos los expertos encuestados** afirman que uno de los temas que se tratan de forma más habitual durante la comunicación del diagnóstico es la información sobre la propia enfermedad.
 - El **80%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las terapias no farmacológicas.
 - El **60%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas, junto con los recursos de apoyo (sociosanitarios).
 - El **40%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados es la prevención de riesgos.

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

SO



INFORMACIÓN,
ASESORAMIENTO Y
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES: no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la planificación anticipada de decisiones, pudiendo realizarse en cualquier momento a lo largo de la evolución de la enfermedad.

- El **57,1%** de los expertos encuestados refieren que no se realiza de forma programada o protocolizada; **un 28,6%** de los expertos encuestados refieren que se realiza en el diagnóstico, y **el 14,3%** restante, indican que se realiza durante el seguimiento.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son neurología (**75%**) y trabajo social (**50%**) principalmente, aunque los expertos también indican otros profesionales, como psiquiatría, medicina familiar y comunitaria, geriatría, etc.
- El **100%** los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente**.

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

- El **83,3%** de los expertos encuestados refiere que existe un protocolo específico de acceso y registro para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia. El **16,7%** restante lo desconoce.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para el registro de voluntades anticipadas.
- No existe consenso acerca de si registro de voluntades anticipadas se realiza siempre para la mayoría de las personas con EA. El **50%** de los expertos indican que sí se realiza, mientras que el otro **50%** señala que casi nunca.

AGENTES



Entorno del paciente



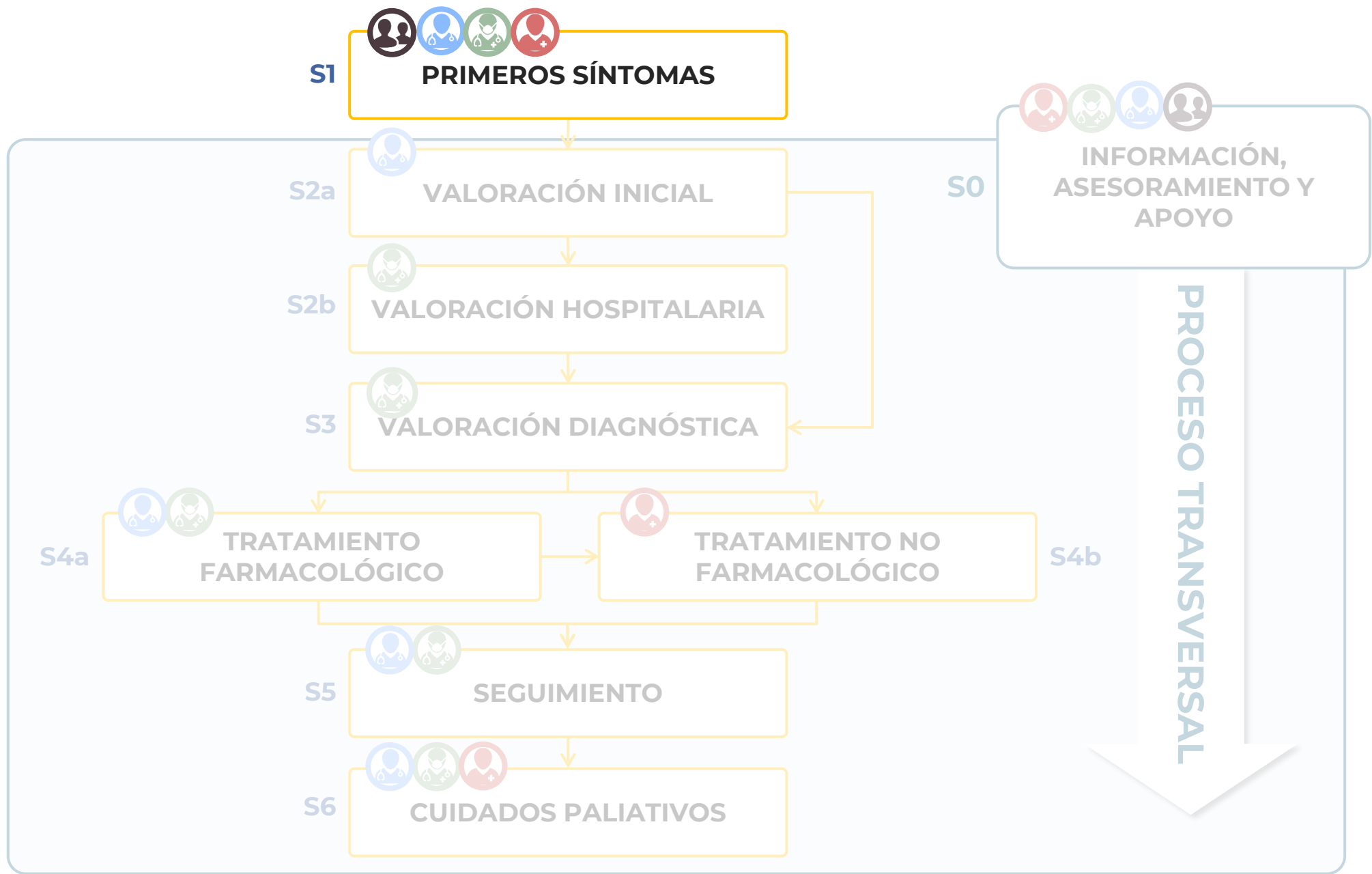
Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario





RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1: el **100%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en La Rioja.**

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

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS: en La Rioja los servicios sociales participan en la detección de los primeros síntomas de la EA principalmente a través de la identificación en entornos cercanos como los Centros de Día, Atención Domiciliaria, y la Teleasistencia.

En caso de detectar síntomas, derivan a las personas con sospecha de EA a los servicios de atención primaria o social, valorando la situación sociofamiliar y el recurso adecuado según la gravedad.

También colaboran en situaciones de urgencia social, contactando con atención primaria o hospitalaria para seguimiento.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados señalan que **el principal reto es mejorar la rapidez y eficacia en atención primaria**, estableciendo **protocolos claros de derivación** a especialidades como neurología o geriatría, y fortaleciendo la **coordinación entre niveles** asistenciales. Es esencial integrar **parámetros sociales** como género, condiciones de vida o soledad como factores de riesgo en la detección, así como formar a agentes sociales y sanitarios para un enfoque integral.

Además, se considera imprescindible diseñar **planes de atención personalizados** que combinen recursos sanitarios y sociales, asegurando un apoyo continuo que mejore la calidad de vida de la persona con EA y sus cuidadores.

Finalmente, mencionan que se deben **agilizar las valoraciones de dependencia y promover campañas de sensibilización** para informar a la población y fomentar la implicación comunitaria.

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

- El **100%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **57,1%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- Otro **57,1%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de guías y/o protocolos** de atención a los pacientes.
- La **reticencia de las personas con EA y sus familiares**, que atribuyen los signos de deterioro cognitivo al envejecimiento y no buscan atención médica, también es identificada como barrera por el **57,1%** de los expertos encuestados.
- El **28,6%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de sensibilización social sobre la EA**.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la **falta de tiempo en consulta y de herramientas**, así como la **falta de conocimiento de los pacientes** por parte de los profesionales de atención primaria (telemedicina, rotación son las principales barreras para detectar a las personas con EA).
- **A nivel de atención hospitalaria**, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barrera principal, la **falta de tiempo en consulta**. Además, los expertos señalan también la **falta de herramientas y la actitud reticente por parte de las personas con EA/familiares**.

AGENTES



Entorno del paciente



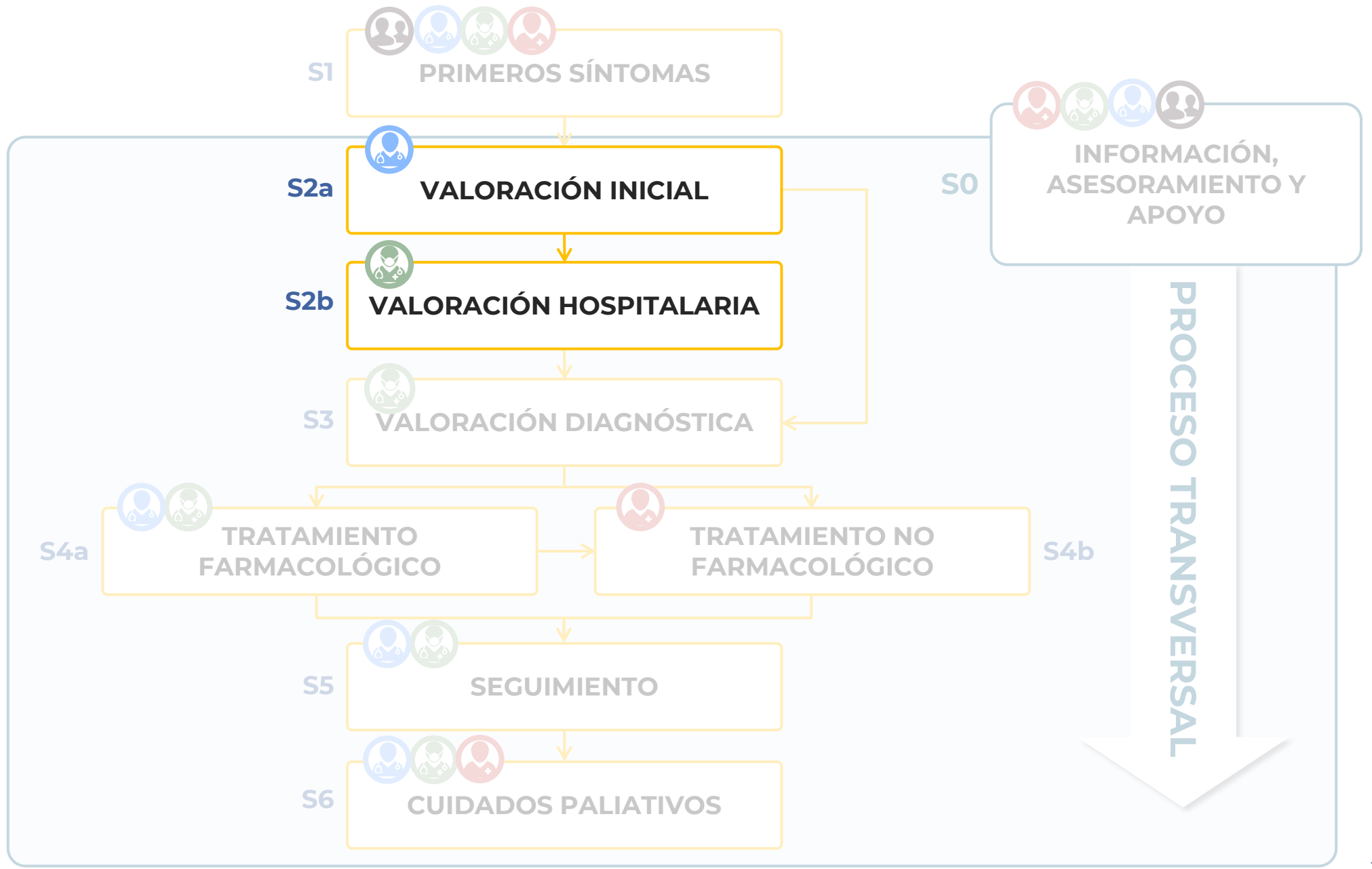
Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario





RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2: el **66,7%** de los profesionales sanitario (incluido trabajo social) encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración del paciente se ajusta a la realidad en La Rioja.**

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN: el **80%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que **existe** un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA, siendo su grado de conocimiento **MEDIO**.

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

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

- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente, las pruebas solicitadas son la analítica y la valoración neuropsicológica (valoración cognitiva básica).
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen (TAC, RM y PET) y pruebas en LCR, análisis genéticos y de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria oscila entre 3 y 12 meses.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria puede oscilar entre 2 y 6 meses*.

*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 LA RIOJA

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA: la participación e involucración de trabajo social incluye la detección de áreas de riesgo o protección, realización del diagnóstico social, y planificación de un tratamiento social que coordine los sistemas sanitarios y sociales. Además, participan en la gestión y tramitación del reconcomiendo del grado de dependencia y ayudas sociales.

ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA: el **100%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) **afirman tener acceso a recursos de neuropsicología** en esta etapa del proceso, principalmente a través del propio centro, y en menor medida a través de las AFAS y fondos o líneas de investigación.

PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados desconocen el papel de enfermería de atención primaria en la valoración inicial de EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que el papel de enfermería incluye la realización de test diagnósticos y la aportación de información y asesoramiento sobre planes de cuidados de enfermería a personas con EA y familias.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **80%** de los profesionales sanitarios refieren que no existen estas figuras en su entorno sanitario o lo desconocen. Un profesional de neurología indica que existe la figura de enfermería de práctica avanzada, detallando que sus funciones incluyen la aportación de información y resolución de dudas y el asesoramiento clínico a personas con EA y familias.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan algunos de los principales incluyen **agilizar la derivación desde atención primaria** y **reducir las listas de espera** en atención especializada. La **falta de tiempo en consultas** limita la detección temprana mediante test de deterioro cognitivo.

Además, es esencial **mejorar la coordinación entre niveles asistenciales** (atención primaria, neurología, geriatría, salud mental y trabajo social) y **considerar factores sociales como género y condiciones de vida**. También se requiere integrar programas de estimulación cognitiva en la sanidad pública y asegurar respuestas rápidas ante nuevos síntomas en personas con EA ya diagnosticadas.

Como **áreas de mejora**, los expertos encuestados plantean:

- **Optimización en atención primaria:** ampliar tiempo para realizar test de detección de deterioro cognitivo y reforzar el papel del médico de AP como mediador en la atención integral.
- **Coordinación intersectorial:** establecer canales claros y protocolos específicos entre atención primaria, neurología, geriatría, salud mental y trabajo social.
- **Incorporación de la perspectiva social:** evaluar condiciones de vida, género y otros factores sociales como parte integral del diagnóstico y seguimiento.
- **Acceso a programas terapéuticos:** incluir programas de estimulación cognitiva como estándar en la sanidad pública.
- **Reducción de tiempos de espera:** agilizar los procesos de derivación y atención especializada.
- **Seguimiento ágil:** implementar sistemas para monitorizar y responder rápidamente a nuevos síntomas en personas diagnosticadas de EA.
- **Enfoque integral:** fomentar la integración de dimensiones clínicas y sociales para personalizar la atención a la persona con EA.

En La Rioja, 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 Examen Cognitivo de Lobo Mini-Mental State Examination Test del Reloj Test de Pfeiffer	Índice de Barthel (ABVD)
ATENCIÓN HOSPITALARIA	Mini-Mental State Examination Test de Pfeiffer Mini Examen Cognitivo de Lobo Fototest Test del Reloj Montreal Cognitive Assessment	Escala de Lawton y Brody (AIVD) Índice de Barthel (ABVD) Functional Assessment Stages (FAST) Functional Activities Questionnaire (FAQ)

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

Exploración neuropsicológica abreviada: los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Mini-Mental State Examination y el Test Reloj**, seguidos del el Test de Pfeiffer, el Minimental Examen Cognitivo de Lobo, el Fototest y el Montreal Cognitive Assesment.

Valoración de la repercusión funcional: el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria son la **Escala de Lawton y Brody**, seguido del **Índice de Barthel**, Functional Assesment Stages (FAST) y Functional Activities Questionnaire (FAQ).

Otras herramientas identificadas son: el test de los 7 minutos y el Frontal Assesment Battery (FAB).

AGENTES

Entorno del paciente

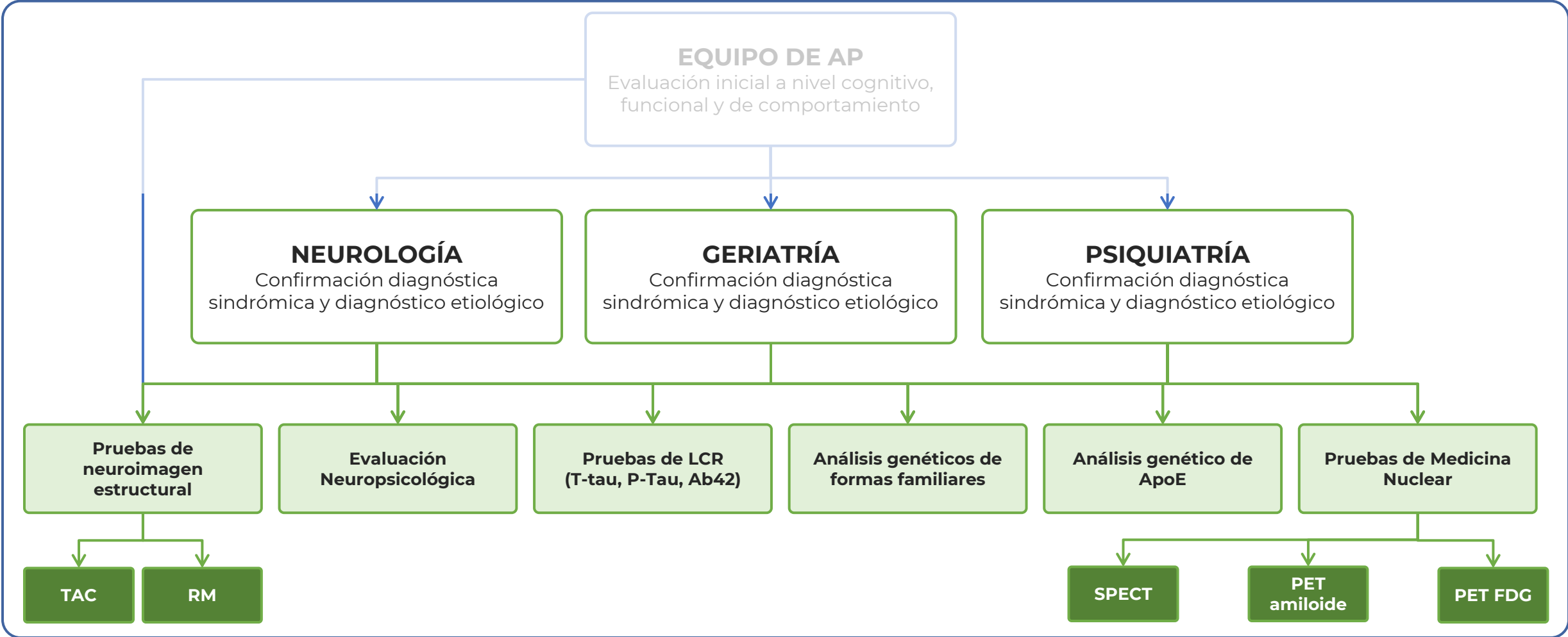
Atención primaria

Atención hospitalaria

Ámbito sociosanitario



S3



RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3: el **71,4%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en La Rioja**, el **28,6%** restante lo desconoce.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: TAC

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **74,6% (40%-98%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

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

El **60%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro, mientras que el **40%** restante indica que se realizan en centros de referencia del SNS.

Un 100% de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro **no dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA o lo desconocen. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según el **40%** de los profesionales sanitarios encuestados, inferior a 1 mes o superior a 3 meses según el **20%** respectivamente**. El **20%** restante lo desconoce.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **60%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportando entre 1-2 meses y <1 mes), e **INADECUADO** por un **20%** (reportan >3 meses de espera). El **20%** restante lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. Asimismo, un 20% indica adicionalmente, aumentar el número de máquinas y profesionales.

El **60%** de los profesionales sanitario no han indicando barreras a la hora de solicitar esta prueba. Si bien el **40%** restante afirman que la **principal barrera** a la que se enfrentan son los **tiempos de espera demasiado largos**.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: RM

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA.

Según los profesionales sanitarios encuestados con acceso a esta prueba, al **61,3% (20%-80%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

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

El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a esta prueba afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. Un **25%** indica que se realizan en centros de referencia del SNS, así como en centros privados.

Un 25% de los profesionales sanitarios encuestados refieren que **su centro dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según **un 75%** de los profesionales sanitarios con acceso a esta prueba, o superior a 3 meses según el **25%** restante**.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan tiempos de entre 1-2 meses de espera), e **INADECUADO** por un **25%** (reportan >3 meses de espera). El **25%** restante lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera..
- El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. Asimismo, un **25%** indica adicionalmente, aumentar el número de máquinas y profesionales.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**. El **50%** restante no han indicado barreras.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: SPECT

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA, mientras que el **33,3%** han indicado que no las utiliza.

Según los profesionales de psiquiatría y neurología, al **5,5% (3%-8%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

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

El **100%** de los profesionales de psiquiatría y neurología encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro.

El profesional de psiquiatría refiere que **su centro dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, mientras que el de neurología lo desconoce. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 1 y 2 meses, según el profesional de psiquiatría (**50%**) y entre 2 y 3 meses de acuerdo con el profesional de neurología (**50%**) de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, y superior a 3 meses según otro **33,3%****. El **33,3%** restante lo desconoce.
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por los profesionales de geriatría y neurología (**100%**).
- El **100%** de los profesionales desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El profesional de psiquiatría (**50%**) considera que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**. El **50%** restante, lo desconoce.

Ninguno de los profesionales de atención hospitalaria encuestados ha indicado barreras a la hora de solicitar estas pruebas.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: PET AMILOIDE

El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA, mientras que un **33,3%** han indicado que no tiene acceso y el **33,3%** restante que no las utiliza.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados (neurología y psiquiatría), al **13,5% (1%-26%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

El **100%** de los profesionales de neurología y psiquiatría afirman que las pruebas se realizan en el propio centro.

El **profesional de neurología** refiere que **su centro dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, o lo desconocen, mientras que el de psiquiatría lo desconoce. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 2 y 3 meses, según el profesional de neurología (**50%**), mientras que el profesional de psiquiatría lo desconoce (**50%**)**.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por el profesional de neurología (**50%**). El profesional de geriatría (**50%**) lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales de neurología y psiquiatría desconocen acerca de la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera o lo desconocen.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados (neurología y psiquiatría) consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**.

El profesional de neurología (**50%**) refiere que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los **tiempos de espera demasiado largos**, mientras que el de psiquiatría (**50%**) señala tener una **limitación en el número de pruebas** de este tipo que pueden solicitar, dado que se prioriza a la persona con EA en fase leve, en seguimiento por neurología.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: PET FDG

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

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso a esta prueba, al **38% (5%-90%)*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba afirma que se realiza en el propio centro.

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria refiere que desconoce si **su centro dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA, mientras que **33,3%** restante indica que si se dispone del mismo. *(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 **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, entre 2 y 3 meses según otro **33,3%** y el **33,3%** restante lo desconoce**.
- El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria con acceso a esta prueba desconoce si el tiempo de espera es adecuado o inadecuado, mientras el **33,3%** restante lo considera como **ADECUADO** (reportando entre 2-3 meses de espera).
- Se desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**.

El **66,7%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la **principal barrera** a la que se enfrentan son los **tiempos de espera demasiado largos**. Mientras que el **33,3%** restante señala las **limitaciones en base al perfil del paciente**, existiendo prioridad para los pacientes oncológicos.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN LA RIOJA: PET TAU

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

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

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no utilizar** las pruebas de LCR en el caso de sospecha de EA. Un **33,3%** indica tener acceso a las pruebas.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados con acceso y que hacen uso de la prueba, al **77%** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

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

El profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso a estas pruebas afirma que las puede realiza en el propio centro, y que **dispone** en su centro de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Menos de 1 mes, según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba**, y considera que el tiempo es **ADECUADO**.
- Asimismo, el profesional sanitario con acceso a esta prueba refiere que desconoce si existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- No especifica las estrategias para reducir los tiempos de espera, ya que considera que es una técnica cuya realización y resultados se obtienen de manera rápida. Tampoco indica ninguna limitación para la realización de las mismas.

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

El **66,7%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren no hacer uso del test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA. Un **33,3%** refieren tener acceso.

Según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, no se realiza (**0%**) de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

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

El profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso a estas pruebas afirma que las puede realiza en su **propio centro**, pero desconoce si se hace 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).*

Se **desconoce** acerca del **tiempo medio de espera** para la realización de esa prueba, así como la existencia de políticas públicas para reducir estos tiempos y sus limitaciones.

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

El **33,3%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar test genético (formas familiares) en el caso de sospecha de EA. Un **33,3%** indica no tener acceso, mientras que el **33,3%** restante, señala que no las utiliza.

Según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba, al **13%** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

El profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso a estas pruebas afirma que las puede realiza en su **propio centro**, y se hace un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre 2 y 3 meses, según el profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba**, y considera que el tiempo es **ADECUADO**.
- Asimismo, el profesional sanitario con acceso a esta prueba refiere que desconoce si existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera y tampoco señala ninguna estrategia para reducir los tiempos de espera es realizar la prueba en el propio centro.
- No se refiere ninguna limitación para la realización de la misma.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos incluyen **reducir las listas de espera** para pruebas complementarias, como pruebas de imagen y PET-amiloide, y acortar los tiempos totales del diagnóstico para garantizar una atención más oportuna. Asimismo, se señala la necesidad de **mejorar la identificación temprana de síntomas** en atención primaria y establecer una **derivación temprana** a neurología para fases leves, mientras se consolida la centralización de geriatría para fases moderadas-severas y psiquiatría para el manejo de trastornos de conducta.

Además, se requiere una **mejor coordinación interdisciplinar** entre los diferentes niveles asistenciales y **garantizar** que los equipos dispongan de **formación, herramientas y protocolos claros** para optimizar la recogida y análisis de información clínica y psicosocial.

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

- **Protocolos y herramientas:** diseñar protocolos claros e individualizados y proporcionar herramientas adecuadas para la recogida y análisis de información clínica y psicosocial.
- **Capacitación profesional:** formar a los equipos de atención primaria y especialistas para mejorar la detección temprana, la derivación y la valoración diagnóstica.
- **Coordinación interdisciplinar:** fomentar la colaboración fluida entre atención primaria, neurología, geriatría y psiquiatría para garantizar una atención integral y eficiente.
- **Gestión de tiempos y accesos:** implementar medidas que agilicen las listas de espera para pruebas complementarias y consultas especializadas.
- **Atención personalizada:** integrar valoraciones clínicas y psicosociales completas para ajustar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según las necesidades de la persona con EA.
- **Test de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no están disponibles, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias anti-amiloide. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



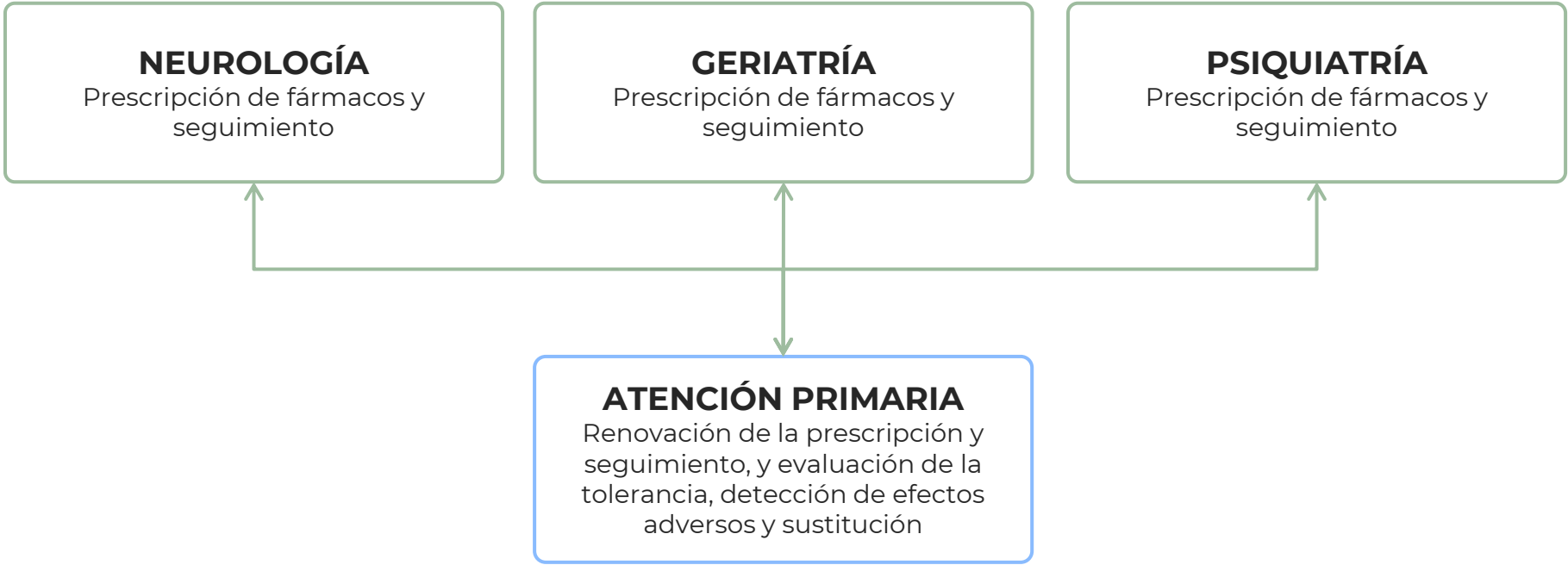
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A: el **57,1%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4a sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en La Rioja**, el **42,9%** restante lo desconoce.

Según el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de iniciar el tratamiento farmacológico suele ser **neurología**.

Los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, también lo puede iniciar geriatría (**80%**) y medicina familiar y comunitaria y psiquiatría (**40%**).

Todos los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico, siendo más habitual que la continuidad de este la realice el profesional especialista en neurología, seguido de psiquiatría y medicina familiar y comunitaria.

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

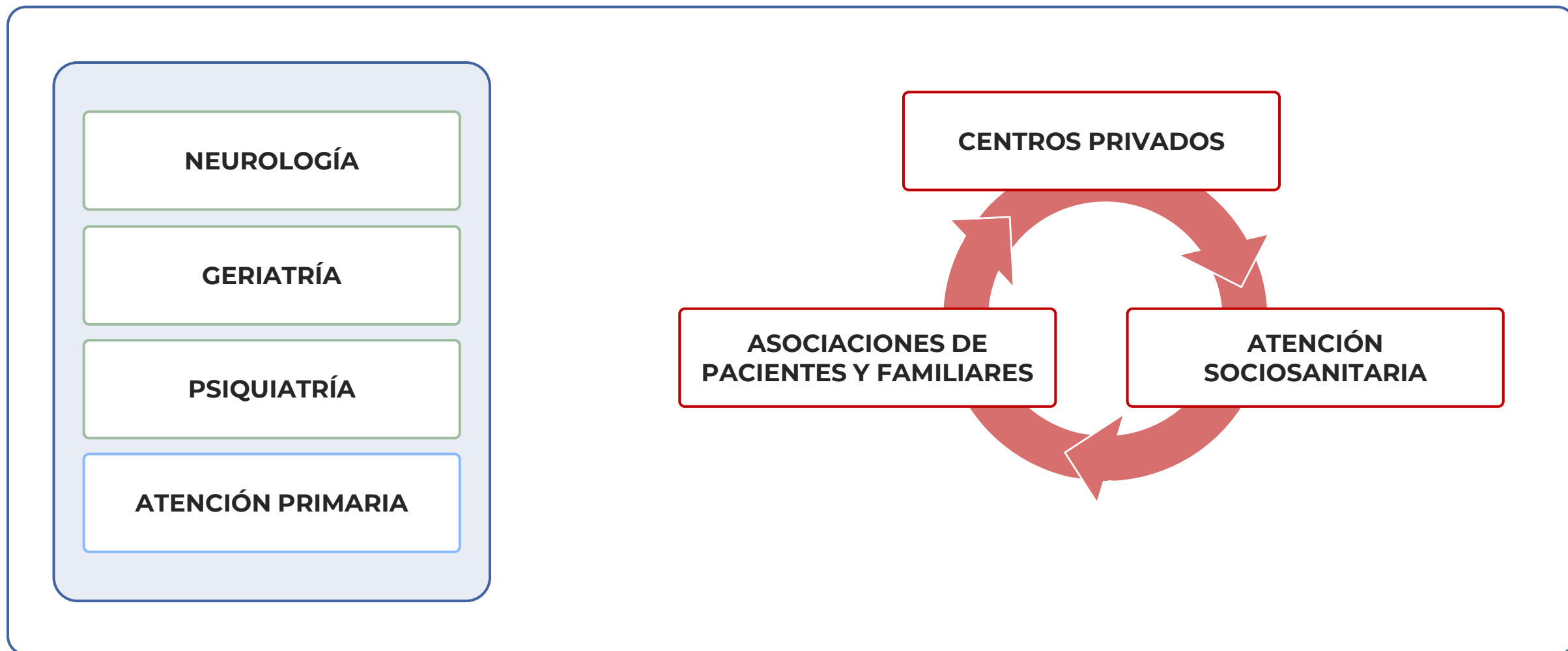
RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen garantizar que todos los profesionales sanitarios prescriban fármacos conforme a guías y protocolos clínicos, promoviendo un abordaje integral que combine tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para maximizar su efectividad. Además, se requiere de una intervención temprana por parte de psiquiatría sobre los síntomas conductuales y psicológicos.

Asimismo, se requiere garantizar una supervisión continua de la medicación, ajustando pautas según la evolución de la enfermedad y las circunstancias sociosanitarias, asegurando siempre una atención centrada en las necesidades cambiantes de las personas con EA.

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

- **Formación de atención primaria:** proveer formación específica a los equipos de atención primaria para mejorar su capacidad diagnóstica y terapéutica.
- **Coordinación interdisciplinar:** mejorar la colaboración entre atención primaria, neurología, geriatría y psiquiatría para una atención más integrada.
- **Gestión de visados:** agilizar y optimizar los trámites relacionados con los visados médicos.
- **Flexibilidad en Inspección Médica:** adaptar los procesos de inspección para facilitar la gestión de tratamientos según las necesidades de la persona con EA.
- **Enfoque integral:** promover una gestión conjunta de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, asegurando que ambos se complementen en beneficio de la persona con EA.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B: el **50%** de los profesionales sanitarios y trabajo social, **consideran que el planteamiento del subproceso 4b sobre tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en La Rioja**, el **50%** restante lo desconoce.

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, el **66,7%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) citan los **talleres de memoria** y las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**, el **50%** indica las **técnicas de estimulación cognitiva** y un **33,3%** mencionan las **técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales**.

Como otras terapias, los expertos indican: club de lectura, terapia asistida con animales, salidas culturales, cine fórum, programas de reminiscencia, ocio artístico, terapia de reminiscencia, terapia de orientación en la realidad, terapia cognitivo-conductual, validación afectiva y psicomotricidad, etc.

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

- Al **83,4%** se les prescriben talleres de memoria*;
- Al **76,8%**, estimulación cognitiva*;
- Al **69,6%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad*;
- Al **66,8%**, técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales*.

Los expertos encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas** son la **estimulación cognitiva**, los **talleres de memoria** y las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**.

*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados.
NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los principales retos incluyen incorporar el tratamiento no farmacológico en el sistema público de salud, actualmente limitado a asociaciones como AFA Rioja, y garantizar su financiación, incluyendo terapias como la estimulación cognitiva.

Asimismo, se identifica la necesidad de mejorar la accesibilidad temprana y gratuita a centros de día, asegurando actividades ajustadas a las fases iniciales de la enfermedad. También se requiere formación específica para los equipos de atención primaria y una mayor intervención de especialistas, como psicólogos y terapeutas ocupacionales, en el diseño de programas específicos.

Finalmente, es esencial reconocer el valor de los tratamientos no farmacológicos en la prevención de factores de riesgo y la ralentización de la progresión de la enfermedad.

Como **áreas de mejora**, se propone:

- **Atención integral y multidisciplinar:** diseñar protocolos que incluyan atención sociosanitaria adecuada a las necesidades específicas de cada etapa de la enfermedad.
- **Participación del trabajador social:** introducir la figura del trabajador social en los equipos sanitarios para abordar las necesidades de los familiares y cuidadores, y mitigar el impacto en su salud, actividades sociales y recursos económicos.
- **Red de recursos sociosanitarios:** establecer una red de recursos familiares e institucionales para acompañar cada etapa de la enfermedad, evitando situaciones de soledad y desarraigo.
- **Desarrollo de programas específicos:** diseñar intervenciones dirigidas a la estimulación y aprendizaje desde un enfoque rehabilitador, accesibles desde los primeros síntomas.

El **42,9%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de **Bienestar Social**; mientras que el **57,1%** de los expertos restantes señalan que no están financiados, o lo desconocen.

El **71%** de los expertos encuestados consideran las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

AGENTES



Entorno del paciente



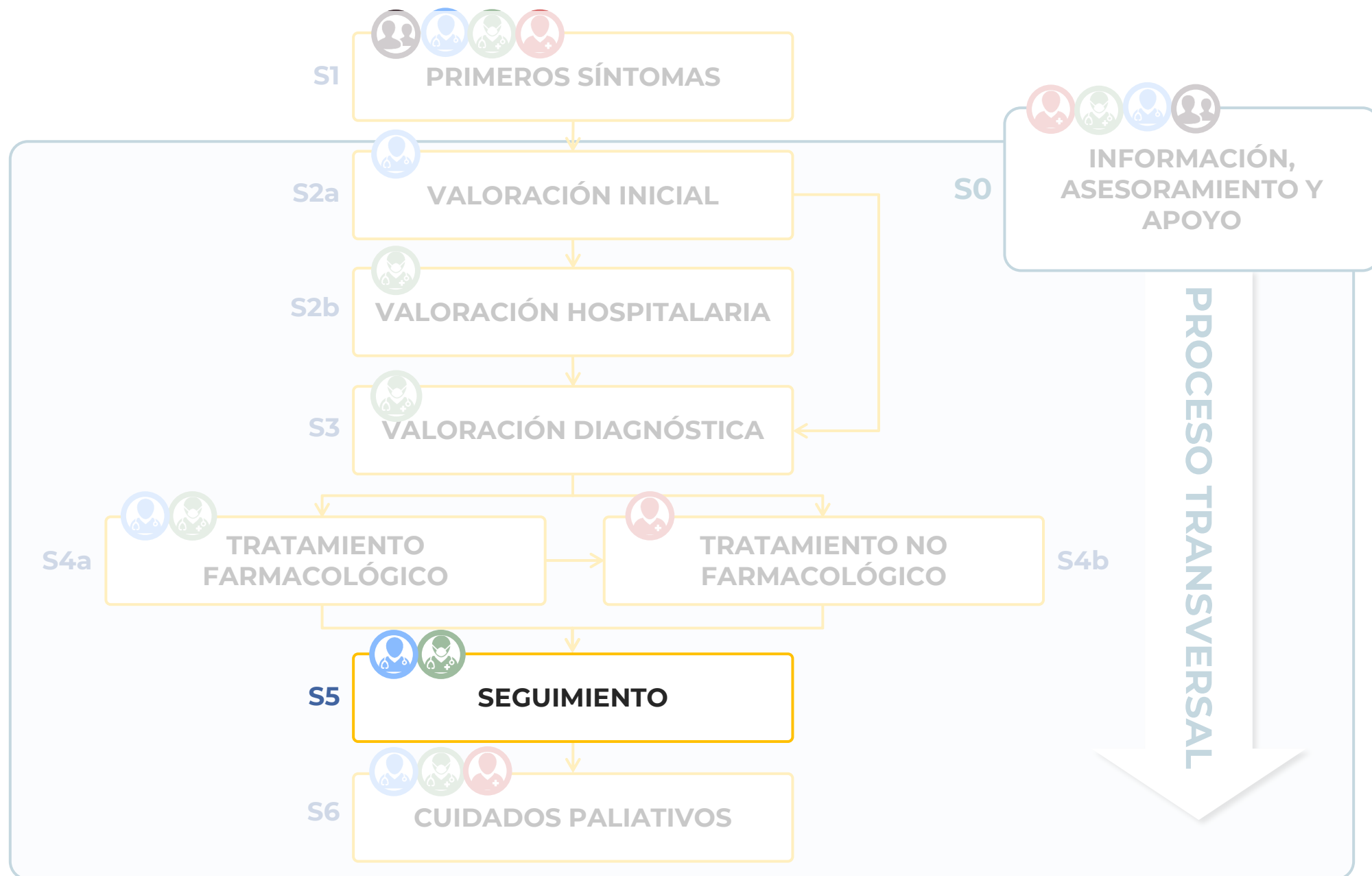
Atención primaria



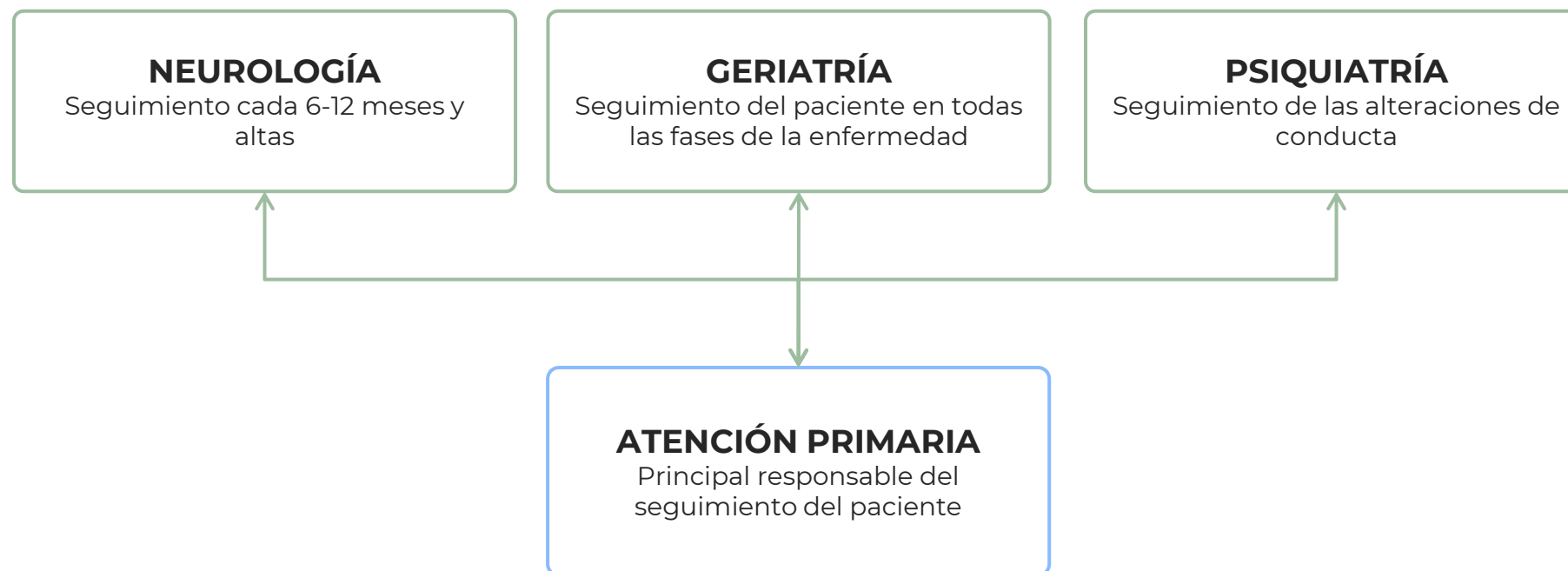
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5: el **42,9%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en La Rioja**, un **43,9%** lo desconoce y un **14,3%** considera que no se ajusta a la realidad.

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que **el seguimiento se realiza principalmente por los profesionales de geriatría y neurología (100%)**, seguidos de **medicina familiar y comunitaria (80%) y psiquiatría (20%)**.

EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO: todos de los expertos encuestados afirman que desconocen si existe un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA.

FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO: el **40%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 3 meses**; otro **40%** indica que cada **menos de 6 meses**; y el **20%** restante indica que entre **2 y 3 meses**.

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

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: la función principal de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificada por **el 100%** de los profesionales sanitarios son la valoración de la adherencia y la evaluación de los efectos adversos. El **60%** de los profesionales sanitarios identifican, además, la renovación de la prescripción y un **40%** la valoración clínica.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN LA RIOJA

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

COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA: el **71,4%** de los expertos encuestados desconocen si se realizan acciones para fomentar la coordinación social y sanitaria o indican que no se realiza. El **28,6%** restante destacan acciones de coordinación, como reuniones multidisciplinarias de coordinación sociosanitarias para el apoyo a familiares, la conformación de grupos de apoyo a familiares, y el aumento de personal de trabajo social en equipos especializados.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO: los servicios sociales desempeñan un papel clave en el apoyo a las personas con EA y sus familias. Asesoran sobre dependencia, gestionan ayudas y facilitan el acceso a centros de día y residencias, incluidas residencias respiro para cuidadores. Realizan entrevistas, visitas domiciliarias y trabajan en coordinación con servicios municipales, legales y asociaciones de pacientes. También ajustan la planificación económica y de cuidados conforme avanza la enfermedad, gestionan trámites legales y activan protocolos ante emergencias sociales. Atienden a colectivos vulnerables (como mujeres, migrantes y cuidadores) y, desde una perspectiva sociosanitaria, realizan valoraciones integrales considerando patologías asociadas y necesidades familiares. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **MEDIO**.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR: el **71,4%** de los expertos encuestados resaltan que **existe** un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- **El 100%** de los expertos encuestados afirman que las áreas de mayor repercusión de la EA son: la calidad de vida y vida laboral, las repercusiones en las relaciones familiares y sociales, y la salud física y psíquica.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: asistencia psicológica, trabajo social y terapias combinadas desde el diagnóstico, agilización de ayudas y acceso a recursos como centros de día. Además, talleres, apoyo económico y psicológico, reducciones de jornada laboral y planificación sociosanitaria integral para cuidadores desde fases iniciales.

REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según el **100%** de los expertos encuestados.

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN LA RIOJA

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan la necesidad de reducir la periodicidad entre las consultas de seguimiento y garantizar una respuesta rápida ante el empeoramiento de trastornos conductuales. Además, consideran necesario mejorar la coordinación entre atención primaria, neurología, geriatría y psiquiatría, asegurando una intervención más temprana de esta última en fases iniciales. También se requiere formación adecuada para el equipo de atención primaria y la personalización de los tratamientos no farmacológicos y el apoyo familiar según la fase de la enfermedad. Además, el acceso a recursos sociosanitarios, como centros de día y valoraciones de dependencia, es insuficiente, lo que dificulta mantener a las personas con EA en su entorno habitual y contribuye al aislamiento social de personas con EA y cuidadores.

En este sentido, como **áreas de mejora**, proponen:

- **Seguimiento clínico:** reducir la periodicidad entre consultas de seguimiento y establecer sistemas de respuesta ágil ante el empeoramiento de síntomas conductuales.
- **Formación y recursos en atención primaria:** dotar al equipo de atención primaria de formación específica y reforzar la relación con los especialistas, optimizando el plan de cuidados al alta.
- **Coordinación interdisciplinar:** protocolizar y fomentar la colaboración entre de atención primaria, neurología, geriatría y psiquiatría para garantizar una atención integral desde las fases iniciales.
- **Acceso a recursos sociosanitarios:** mejorar la gestión de listas de espera en centros de día y ajustar las valoraciones de dependencia a las necesidades reales de los pacientes.
- **Intervenciones sociales:** diseñar estrategias para mantener a las personas con EA en su entorno habitual y fomentar programas de apoyo para reducir el aislamiento social de personas con EA y cuidadores.
- **Atención personalizada:** integrar tratamientos no farmacológicos adaptados a cada fase de la enfermedad y ofrecer apoyo familiar ajustado a las necesidades específicas.

AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



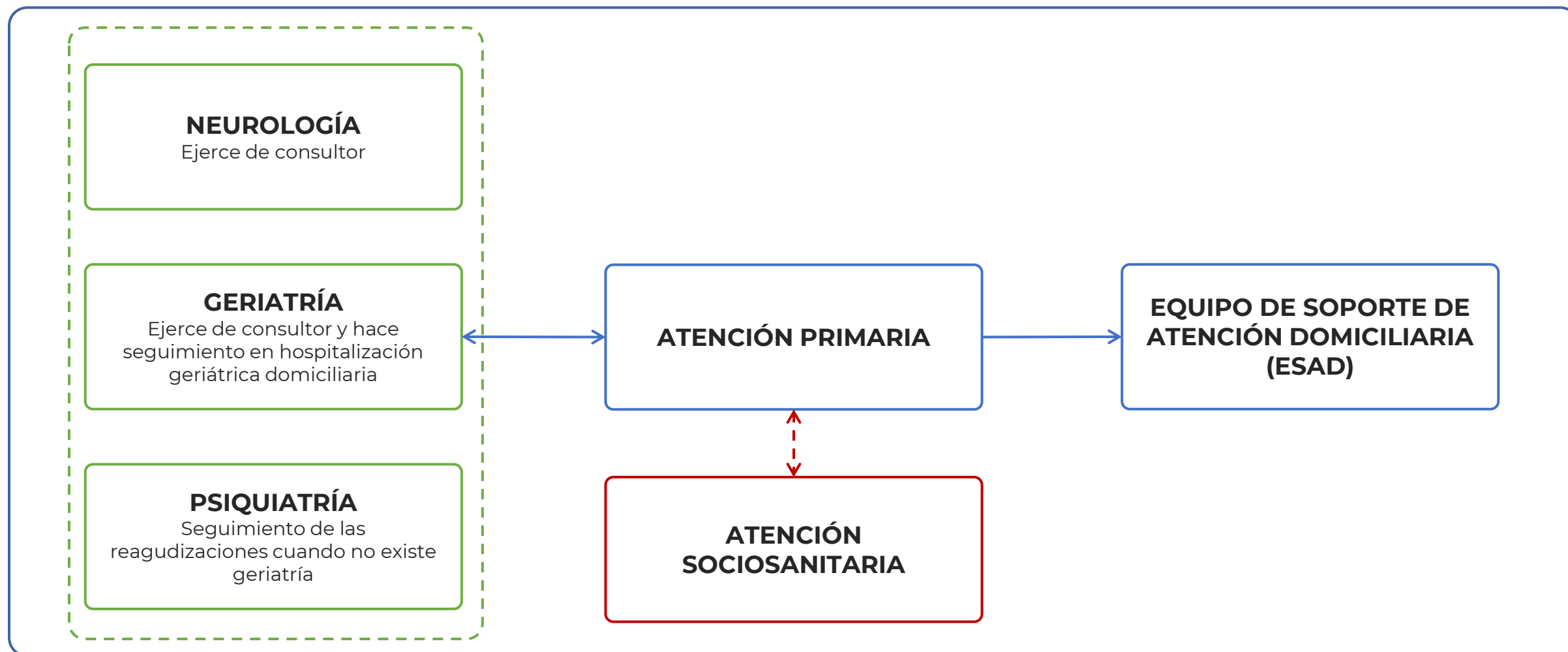
Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RIOJA

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6: el **71,4%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en La Rioja**, el **28,6%** restante lo desconoce.

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

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: según los expertos encuestados, el profesional de trabajo social destaca que, entre sus funciones principales, se encuentran la gestión de ayudas y acceso a recursos sociosanitarios a personas con EA y familiares.

PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: según los expertos encuestados, los profesionales de medicina familiar y comunitaria participan en el subproceso de cuidados paliativos realizando el acompañamiento de las familias y los cuidados, y el seguimiento y control de la persona con EA, realizando las derivaciones a los cuidados paliativos.

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

RETOS Y ÁREAS DE MEJORA: los expertos encuestados destacan la necesidad de realizar una valoración integral que contemple las comorbilidades y la situación personal y social de la persona con EA, para asegurar una derivación adecuada a atención primaria, geriatría o cuidados paliativos según sus necesidades. Existe una falta de personal en las unidades de cuidados paliativos, lo que limita la capacidad de atender a todos los casos, a pesar de la calidad del servicio. Además, es necesario reforzar las visitas programadas en domicilio por médicos y enfermeras y mejorar la coordinación entre los distintos servicios para garantizar una atención integral y eficiente.

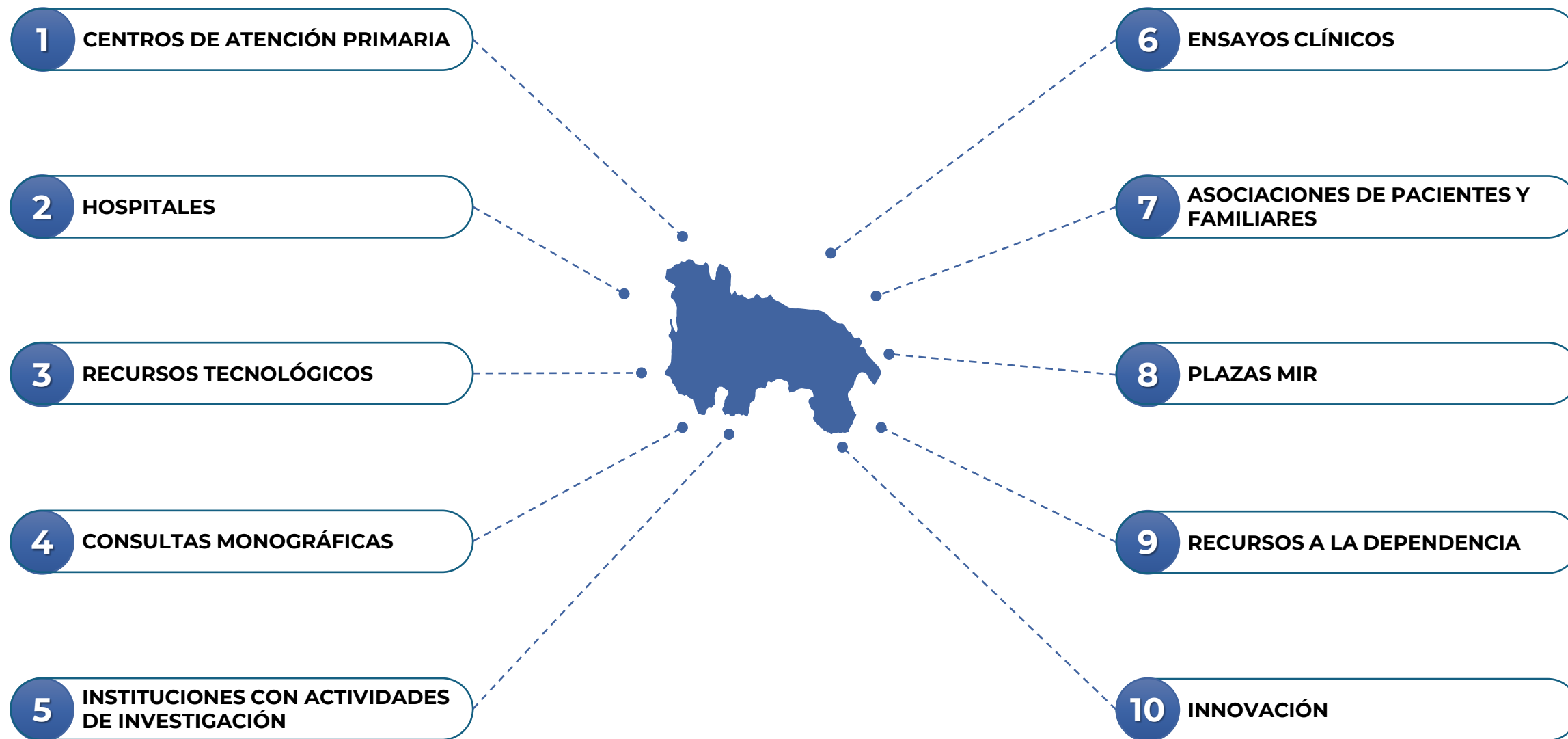
En cuanto a las **áreas de mejora**, se propone:

- **Valoración personalizada:** desarrollar protocolos para una valoración integral que contemple no solo aspectos clínicos, sino también sociales y personales, asegurando derivaciones ajustadas a las necesidades de cada paciente y su familia.
- **Refuerzo de cuidados paliativos:** ampliar el personal en este servicio y optimizar los recursos para garantizar que se puedan atender todos los casos que lo requieran.
- **Atención domiciliaria:** implementar más visitas programadas en domicilio para mejorar la calidad de vida de las personas con EA en estadios avanzados.
- **Coordinación interdisciplinar:** fortalecer los mecanismos de coordinación entre atención primaria, geriatría y cuidados paliativos para asegurar una continuidad asistencial eficaz.
- **Expansión de recursos:** incrementar los recursos humanos y materiales de las unidades para responder a la creciente demanda, manteniendo la calidad del servicio.

4. RECURSOS DISPONIBLES

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer





1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

194 CENTROS DE AP

- 29 Centros de salud
- 174 Consultorios locales

2 HOSPITALES

HOSPITALES PÚBLICOS

Centro Asistencial Albelda de Iregua
Fundación Hospital Calahorra
Hospital Universitario San Pedro
Hospital de La Rioja

HOSPITALES PRIVADOS

Centro Sociosanitario de Convalecencia Los Jazmines
Clínica Los Manzanos
Policlínico Riojano Nuestra Señora de Valvanera

OTROS

Centro Sociosanitario de Convalecencia Nuestra Señora Virgen del Carmen

8 HOSPITALES

- 4 Públicos
- 3 Privados
- 1 Otros

2 HOSPITALES

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

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



3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

+

- 6 TAC
- 5 RM
- 1 SPECT
- 1 PET

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

4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

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

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

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

CENTRO	UNIDAD
Hospital de la Rioja	Unidad de Memoria
Fundación Hospital Calahorra	-
Hospital Universitario San Pedro*	Consulta de Neuropsicología

***NOTA:** estos hospitales son identificados por algunos de los expertos encuestados por su servicio de neurología.



Se han identificado un total de **3** centros hospitalario con algún tipo de consulta monográfica de demencias

HOSPITAL DE LA RIOJA

- TIPO DE CENTRO: Público
- CONSULTA MONOGRÁFICA: Unidad de Memoria
- SERVICIO: Neurología
- LISTA DE ESPERA SERVICIO: -- pacientes
- LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC -- pacientes | RM -- pacientes

FUNDACIÓN HOSPITAL DE CALAHORA

- TIPO DE CENTRO: Público
- CONSULTA MONOGRÁFICA: -
- SERVICIO: Consulta de Neuropsicología
- LISTA DE ESPERA SERVICIO: 159 pacientes
- LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 733 pacientes | RM 278 pacientes

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO

- TIPO DE CENTRO: Público
- CONSULTA MONOGRÁFICA: Consulta de Neuropsicología
- SERVICIO: Neurología
- LISTA DE ESPERA SERVICIO: 555 pacientes
- LISTA DE ESPERA PRUEBAS: TAC 580 pacientes | RM 724 pacientes



En La Rioja, existen **0,38** 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 Rioja es de **0,92**

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 Rioja.

CENTROS DE INVESTIGACIÓN

Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)

+

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
Enfermedades Neurodegenerativas Biomarcadores y Señalización Molecular CIBIR	1. Uso de tecnologías de inteligencia artificial sobre imágenes de fondo de ojo para el diagnóstico temprano del Alzheimer. Financiación: Agencia de Desarrollo Económico de la Rioja (ADER). En colaboración con la empresa Pixelabs.
Enfermedades Neurodegenerativas Neurobiología Molecular CIBIR	1. El grupo está desarrollando una nueva terapia génica (terapia basada en la modificación de genes del paciente) y que se pueda administrar mediante una inyección intravenosa para ralentizar la progresión de la enfermedad. Una de las grandes ventajas de este novedoso sistema es que la terapia solo actúa en el cerebro, por lo que no tienen apenas efectos secundarios y es eficaz durante periodos largos (meses). Además, esta terapia podría aplicarse a cualquier enfermedad neurodegenerativa (no sólo Parkinson sino también Alzheimer, Huntington, etc.).

6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

CÓDIGOS EECC

2016-004352-30
2016-003288-20
2020-000766-42
2017-001364-38
2017-002702-12

+

5

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en La Rioja

DATOS SOBRE EECC EN LA RIOJA

En La Rioja existen **0,6 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 Rioja es de **1,5**

LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN LA RIOJA

IDENTIFICADOR	TITULO PÚBLICO
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.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodromica a leve.
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer.
2017-001364-38	Un estudio para evaluar eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprada.
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.

7

ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

AFAS

AFA La Rioja

afarioja@hotmail.com

941 23 19 94 / 941 03 94 03

+

1

Asociación de Familiares y
Pacientes en La Rioja

DATOS SOBRE AFAS EN LA RIOJA

83,3%

de los expertos encuestados (excepto trabajo social) consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones.

66,7%

de los expertos encuestados (excepto trabajo social), consideran que la inclusión de la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA se realiza de **manera habitual**.

8 PLAZAS MIR

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

- **1** Neurología
- **25** Medicina Familiar y Comunitaria
- **0** Geriatría
- **2** Psiquiatría

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

LOGROÑO	UDM AFYC DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD	25
---------	--	----

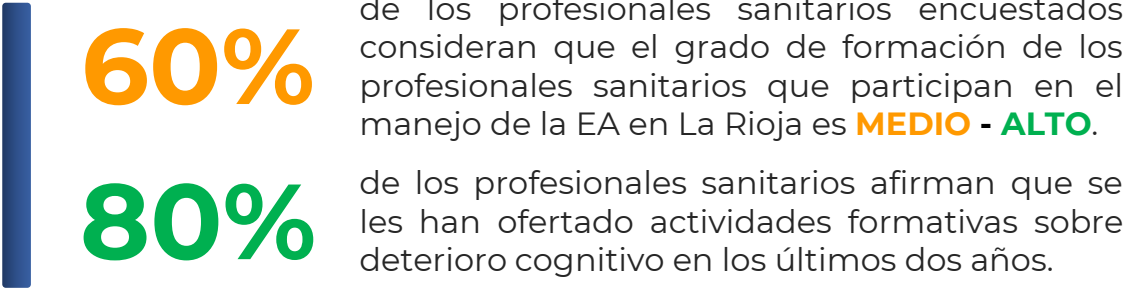
NEUROLOGÍA

LOGROÑO	H. UNIVERSITARIO DE SAN PEDRO	1
---------	-------------------------------	---

PSIQUIATRÍA

LOGROÑO	UDM SALUD MENTAL DEL SERVICIO RIOJANO DE SALUD	1
---------	--	---

RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS



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
- Atención residencial
- Prestaciones económicas

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

AYUDA A DOMICILIO

Es un servicio constituido por un lado, por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender las necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía posibilitando la permanencia en el mismo y por otro lado, por las actuaciones que se dirigen a las personas y unidades de convivencia con dificultades sociales orientándose a la prevención y atención de las situaciones de riesgo de exclusión social así como a servir de medida para la protección del menor. No se mencionan recursos específicos destinados a la EA.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Es un servicio de carácter social que permite a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, apoyar la permanencia en su domicilio de aquellas personas que se hallen en situación de dependencia, proporcionándoles una serie de atenciones personalizadas que pueden mejorar sus condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, potenciar su independencia y su autonomía personal y facilitar la integración en su entorno habitual de convivencia.

Se dispone de tres modalidades de servicio: teleasistencia domiciliaria fija, teleasistencia móvil, y telelocalizador. El programa tiene cobertura los 365 días del año.

Requisitos de acceso:

- Residir legalmente en La Rioja en el momento de presentar la solicitud y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Quienes, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se registrarán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los Tratados Internacionales y en los Convenios que se establezcan con el país de origen.
- Poseer unas condiciones psicofísicas suficientes para la adecuada utilización del Servicio de Teleasistencia. En el caso de que el beneficiario estuviera afectado por la enfermedad de Alzheimer o cualquier otra enfermedad de carácter neurodegenerativo que pueda implicar un deterioro cognitivo, o cualquier discapacidad física o psíquica que limite tales condiciones psicofísicas, la posibilidad de uso vendrá referida a la persona que asuma su cuidado.
- Tener cubiertas las necesidades básicas de vivienda, condiciones de habitabilidad adecuadas, alimentación, higiene personal y del domicilio. En todo caso se debe disponer de línea telefónica en el domicilio.
- Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de los grados y niveles establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.
- Que dicho servicio se encuentre incluido en el Programa Individual de Atención.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL TEMPORAL

Es el servicio de atención residencial prestado por un periodo máximo de tres meses en el año que se solicita, y condicionado por la situación personal del solicitante o bien como consecuencia de eventos sobrevenidos en su entorno. El servicio de estancias temporales residenciales atenderá principalmente vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores y se tendrá igualmente en cuenta la condición de persona dependiente, la naturaleza de la dependencia, el grado de las personas usuarias, la intensidad de los cuidados que precise y el diagnóstico de la discapacidad.

Población destinataria:

- Temporal: Personas en situación de dependencia (Grado II o III) que no sean usuarias de servicio de atención residencial permanente.
- Permanente: Personas en situación de dependencia en Grado II o III.

Requisitos de acceso:

- La persona solicitante deberá reunir los requisitos exigidos para ser usuario/a de plaza pública del servicio de atención residencial para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, y la disponibilidad de plaza vacante durante el periodo solicitado.

Coste del servicio:

- Las personas usuarias o las que personas que ejerzan las medidas de apoyo estarán obligados al pago de una aportación al precio público por el coste de la plaza que ocupen, de conformidad con lo establecido en la normativa de precios públicos vigente en cada momento.

No se mencionan recursos específicos destinados a la EA.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CON GRAN DEPENDENCIA Y DEPENDENCIA SEVERA

Este servicio está dirigido a ofrecer una atención personalizada, integral y continuada de carácter social que fomente el desarrollo de la persona, mejore la autonomía, la participación social y la calidad de vida, teniendo en cuenta la condición de la persona dependiente, la naturaleza de la dependencia, el grado de la misma, la intensidad de los cuidados que precise y el diagnóstico de la discapacidad. No se mencionan recursos específicos destinados a la EA.

Población destinataria:

- Personas en situación de dependencia en Grado II o III.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia en grado III (gran dependencia) o grado II (dependencia severa) establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y que el Programa Individual de Atención, de conformidad con la Orden 4/2007, de 16 de octubre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regula el procedimiento para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia, especifique la adecuación del servicio.
- Tener reconocido por la Dirección General con competencia en la materia o por el órgano competente de cada Comunidad Autónoma, un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento y un diagnóstico que pueda ser atendido en alguna de las plazas reguladas en la normativa.
- Residir legalmente en La Rioja y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se registrarán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los Tratados Internacionales y en los Convenios que se establezcan con el país de origen.
- Tener una edad comprendida, en el momento de formalizar la solicitud, entre 18 y 60 años.
- No padecer trastornos graves y continuados de conducta o comportamientos que puedan distorsionar gravemente el funcionamiento del centro o la normal convivencia en el mismo.

Coste del servicio:

- Las personas usuarias o las que personas que ejerzan las medidas de apoyo estarán obligados al pago de una aportación al precio público por el coste de la plaza que ocupen, de conformidad con lo establecido en la normativa de precios públicos vigente en cada momento.

37

RESIDENCIAS

24

CENTROS DE DÍA

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADAS AL SERVICIO

Prestación económica destinada a contribuir a la financiación del coste de los servicios establecidos en el apartado 2.2 del Catálogo de servicios de la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, cuando en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja no sea posible la atención a través de los servicios públicos, ni de los servicios contratados o financiados por el Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia, ni exista una prestación específica sustitutiva del servicio. No se mencionan recursos específicos destinados a la EA.

Requisitos de acceso:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Residir en La Rioja al menos durante nueve meses al año, y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- Que la prestación esté establecida para el grado y nivel de dependencia que se le reconozca.
- Además de los requisitos generales, será preciso para acceder a esta prestación que los beneficiarios cumplan las siguientes condiciones:
 - Reunir los requisitos específicos previstos para el acceso al servicio o servicios de atención a los que se vincula la prestación.
 - Tener plaza u obtener la prestación del servicio, en centro o servicio acreditado en la Comunidad Autónoma de la Rioja para la atención a la dependencia.
 - Que el Programa Individual de Atención determine la adecuación de esta prestación.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

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

Prestación económica destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a una persona dependiente por un cuidador no profesional, cuando se reúnan las condiciones de acceso establecidas..

Requisitos de acceso:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Residir en La Rioja al menos durante nueve meses al año, y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- Que la prestación esté establecida para el grado y nivel de dependencia que se le reconozca.
- Además de los requisitos generales, será preciso para acceder a esta prestación que los beneficiarios cumplan las siguientes condiciones:
 - Que la persona beneficiaria esté siendo atendida en su domicilio habitual mediante cuidados en el entorno en el momento de elaboración o de revisión del programa individual de atención, debiendo residir la persona dependiente en dicho domicilio al menos nueve meses al año, salvo en el caso de que los padres o tutores tuvieran la custodia compartida.
 - Que la atención y cuidados prestados por el cuidador se adecuen a las necesidades de la persona dependiente en función de su grado y nivel de dependencia.
 - Que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda para el desarrollo de los cuidados necesarios.
 - Que el Programa Individual de Atención determine la adecuación de esta prestación.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PRESTACIÓN ECONÓMICAS ASISTENCIA PERSONAL

Prestación económica destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a una persona dependiente por un cuidador no profesional, cuando se reúnan las condiciones de acceso establecidas.

Requisitos de acceso:

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.
- Residir en La Rioja al menos durante nueve meses al año, y haber residido en territorio español durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el periodo de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- Que la prestación esté establecida para el grado y nivel de dependencia que se le reconozca.
- Además de los requisitos generales, será preciso para acceder a esta prestación que los beneficiarios cumplan las siguientes condiciones:
 - Tener una relación contractual con la persona encargada de la asistencia personal, ya sea con una empresa prestadora de estos servicios, o directamente mediante contrato laboral o de prestación de servicios.
 - Que el Programa Individual de Atención determine la adecuación de esta prestación.
 - Tener capacidad para determinar los servicios que requiere, ejercer su control e impartir personalmente instrucciones al asistente personal de cómo llevarlos a cabo.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA RIOJA

El **42,9%** de los expertos encuestados refieren que en La Rioja existen recursos específicos para la EA leve ofertados principalmente por las AFAS y residencias especializadas. En cuanto a los recursos específicos para la EA grave, el **28,6%** de los expertos encuestados refieren que se ofertan en distintos centros como el Centro Somosierra o el Centro Manresa, así como otras residencias geriátricas especializadas en personas con EA.

El **100%** de los expertos encuestados identifican el acceso a la **atención domiciliaria** y la **teleasistencia**, como los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; un **14,3%** de los expertos encuestados identifican, además los pisos tutelados.

Únicamente un 14,3% de los expertos indican que existen recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años), los cuales son prestados desde la AFA-Rioja. .

DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: un **57,1%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde y solo un **28,6%** opinan que las derivaciones ocurren de manera adecuada.

INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA: el **100%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**. Por orden de frecuencia:

- Un **100%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos públicos.
- Asimismo, un **85,7%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos concertados y privados.

OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA: el **100%** de los expertos encuestados destacan la **atención domiciliaria**, la **teleasistencia**, los **centros de día** y las **residencias**, asimismo un **57,1%** identifican las ayudas económicas, y un **28,6%** la disponibilidad de servicios de fisioterapia, terapias cognitivas-conductuales y psicología.

RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA RIOJA

OTROS RECURSOS DISPONIBLES: el **100%** de los expertos encuestados señalan los recursos de apoyo a la dependencia, y el **28,6%** refieren la información sobre protección legal.

PAPEL DE TRABAJO SOCIAL: el **86,7%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

GRADO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: el **57,1%** de los expertos encuestados refieren que **no existe buena coordinación** entre recursos sociales y sanitarios, o lo desconocen.

10 INNOVACIÓN

RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En **La Rioja**, únicamente un experto (AFA), conoce **iniciativas innovadoras**, destacando las realizadas por la AFA-Rioja, que incluye actividades de tratamiento no farmacológico: magia, reminiscencia y fútbol, programas intergeneracionales.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En relación la atención a la EA:

- Optimizar la detección temprana, la derivación y el seguimiento desde atención primaria, reduciendo las listas de espera y facilitando el acceso a pruebas diagnósticas.
- Diseñar intervenciones ajustadas a las fases de la enfermedad, combinando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, e incorporando la perspectiva personal y social de la persona con EA.

Sobre la disponibilidad de recursos específicos:

- Incrementar la disponibilidad de centros de día, cuidados domiciliarios y financiación de tratamientos no farmacológicos.
- Limitada accesibilidad y cobertura de los cuidados paliativos destinados a las personas con EA.

En cuanto a la capacitación y formación profesional:

- Formación en atención primaria: es necesario proporcionar formación específica a los equipos de atención primaria para mejorar la capacidad de detección temprana, diagnóstico y tratamiento integral de las personas con EA.
- Capacitación interdisciplinar: se requiere formar a profesionales de distintas especialidades (neurología, geriatría, psiquiatría, trabajo social, etc.) para optimizar la coordinación y la atención integral.
- Formación en tratamientos no farmacológicos: es fundamental capacitar a los profesionales en la implementación y manejo de intervenciones no farmacológicas, como estimulación cognitiva, terapia ocupacional y apoyo a cuidadores.

Mejorar la coordinación de servicios:

- Coordinación interdisciplinar: fortalecer la colaboración entre atención primaria, neurología, geriatría, psiquiatría, cuidados paliativos y trabajo Social para ofrecer una atención integral y continua.
- Enfoque multidisciplinar: incluir psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales para atender tanto a las personas con EA como a sus familiares y cuidadores.

Fomentar el apoyo a personas con EA y cuidadores:

- Apoyo a cuidadores y familias: mitigar la sobrecarga emocional, social y económica de cuidadores con intervenciones específicas y recursos adecuados.
- Campañas de sensibilización: promover la información y la implicación comunitaria para reducir el aislamiento social de personas con EA y cuidadores.

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 el **estudio MapEA 2017**, se han implementado **dos nuevas herramientas** en La Rioja: el **Plan de Formación Sanitaria de La Rioja (2021)** y el **Plan de Salud Mental 2022-2026** han sido introducidos a nivel nacional, su **implementación en La Rioja se considera limitada** y necesita mayor impulso.

PROCESO ASISTENCIAL:

- Persisten **retos importantes en el proceso asistencial**. Entre ellos:
 - **Diagnóstico tardío**: es necesario mejorar la rapidez y la eficacia en la detección de síntomas desde atención primaria y establecer protocolos de derivación rápidos a neurología y geriatría, así como garantizar el acceso a pruebas diagnósticas (p. ej. LCR).
 - **Listas de espera y escasez de especialistas**: la falta de especialistas provoca demoras en el diagnóstico y tratamiento.
 - **Acceso limitado a recursos tecnológicos y genéticos**: maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles para agilizar el diagnóstico temprano.
 - **Seguimiento espaciado**: la periodicidad de las consultas de seguimiento es demasiado amplia, afectando la monitorización de la efectividad y tolerancia a los tratamientos.
 - **Incorporación en cuidados paliativos**: la EA y otras demencias requieren inclusión formal en los programas de cuidados paliativos, asegurando así un abordaje integral hasta el final de la vida.

RECURSOS

- En comparación con **2017**, La Rioja ha experimentado **un ligero incremento en algunos de los recursos tecnológicos** de salud, tales como el número de TACs han aumentado de **5 a 6** y los RMs de **4 a 5**; mientras que en los PET se han mantenido en **1**, y los SPECT **han disminuido** de **2 a 1**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.

GLOSARIO

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFA	Asociación de Familiares de Alzheimer
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ApoE	Apolipoproteína E
EA	Enfermedad de Alzheimer
FAB	Frontal Assesment Battery
FAQ	Functional Activities Questionnaire
FAST	Functional Assessment Stages
HCE	Historia clínica electrónica
HUSP	Hospital Universitario San Pedro
LCR	Líquido cefalorraquídeo
MMSE	Mini-Mental State Examination
PET	Tomografía de emisión de positrones
PET FDG	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
RM	Resonancia Magnética
REEC	Registro Español de Ensayos Clínicos
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
SPECT	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada



Proyecto MapEA



ANEXOS

MaPEA
Mapa de recursos para enfermos
de Alzheimer



CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia de personas mayores Montesclaros	Albelda de Iregua	941 44 44 30
Residencia de personas mayores La Rioja	Albelda de Iregua	941 44 35 16
Residencia de mayores Nuestra Señora del Pilar y San Jorge	Alfaro	941 18 30 00
Residencia de Anguiano	Anguiano	941 37 70 27
Residencia de ancianos Ciudad de Arnedo	Arnedo	941 38 38 00
Residencia Nuestra Señora de Yerga	Autol	941 39 00 43
Residencia de personas mayores de Calahorra	Calahorra	941 29 47 00
Residencia La Concepción	Calahorra	941 13 02 39
Residencia municipal San Lázaro	Calahorra	941 13 01 88
Residencia Nuestra Señora del Valle	Cenicero	941 45 41 35
Residencia Hospital Purísima Concepción	Cervera del Río Alhama	941 19 80 39
Residencia de ancianos Jesús Nazareno	Ezcaray	941 35 40 49
Residencia Madre de Dios	Haro	941 31 02 02
Residencia Los Jazmines	Haro	941 30 36 50
Residencia Ruíz	Lagunilla del Jubera	941 48 22 04
Residencia de personas mayores de Lardero	Lardero	941 29 47 50
Residencia Santa Teresa de Jornet	Logroño	941 23 59 96 / 941 24 07 44
Residencia Madre María Josefa - Siervas de Jesús	Logroño	941 27 09 90
Emera Monte Rincón	Logroño	941 22 50 50
Orpea Logroño	Logroño	902 20 00 65 / 941 21 13 33
Residencia Santa Justa	Logroño	941 24 16 11
Residencia La Estrella	Logroño	941 12 47 27
Residencia San Agustín	Logroño	941 20 40 40
Residencia Santa Cruz	Logroño	941 21 08 35
Residencia Acacias	Logroño	941 56 01 01

CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Caser Residencial Montesoria	Logroño	941 49 90 52
Residencia de personas mayores El Sol	Logroño	941 51 93 10
Residencia de mayores Camino de los Olivos	Logroño	941 05 11 00
Residencia Bouco Logroño La Ribera	Logroño	941 560 400
Residencia Ballesol	Logroño	941 954 806
Hogar de mayores Albura	Logroño	941 055 241
Residencia de Mayores de Nájera	Nájera	941 41 05 03
Piso tutelado San Prudencio	Nájera	941 36 28 77
Residencia Nuestra Señora del Pilar	Nalda	941 44 72 46
Residencia Antolín Oñate	Quel	941 40 33 30
Residencia Virgen de los Remedios	San Vicente de la Sonsierra	941 30 81 65
Fundación Hospital del Santo	Santo Domingo de la Calzada	941 34 00 67 / 630 18 67 26

CENTROS DE DÍA

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día de la Residencia de Personas Mayores La Rioja	Albelda de Iregua	941 44 35 16
Centro de día para mayores dependientes Ciudad de Alfaro	Alfaro	941 18 00 32
Centro de día para enfermos de Alzheimer La Florida	Alfaro	941 18 21 94
Centro de día de la Residencia de Anguiano	Anguiano	941 37 70 27
Centro de día de Arnedo	Arnedo	941 38 38 00
Centro de día Mancomunidad de la Cuenca del Cidacos	Autol	941 29 47 20
Centro de día de Badarán	Badarán	941 36 71 54
Centro de día Calahorra	Calahorra	941 13 58 61
Centro de día de Casalarreina	Casalarreina	941 39 36 17
Centro de día Nuestra Señora del Valle	Cenicero	941 45 41 35
Centro de día de la Mancomunidad de los pueblos del Moncalvillo	Fuenmayor	941 45 11 88
Centro de día Haro	Haro	941 29 47 30
Centro de día Manzanera	Logroño	941 23 47 32
Centro de día de Lobete	Logroño	941 29 47 55
Centro de día San José de Calasanz	Logroño	941 27 26 40 / 943 77 20 88
Centro de día Zona Oeste	Logroño	941 29 47 45
Centro de día Gonzalo de Berceo	Logroño	941 50 32 10
Centro de día El Parque	Logroño	941 58 07 07
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Estrella	Logroño	941 12 47 27
Centro de día Zona Sur	Logroño	941 21 45 54
Servicio de centro de día Camino de los Olivos	Logroño	941 05 11 00
Centro de Día de Personas Mayores ALBURA	Logroño	941 91 10 02
Centro de día de mayores de Nájera	Nájera	941 41 05 03
Centro de día de Santo Domingo de la Calzada	Santo Domingo de la Calzada	687 47 05 33