



# Proyecto MapEA



PRINCIPADO DE ASTURIAS

PP-AD-ES-0198

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos del **P. de Asturias** 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



**67%** de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

### Grado de actualización de las herramientas regionales

La **mayoría de las herramientas** identificadas en el P. Asturias **están actualizadas**, a excepción de la *Guía de BP en residencias de personas mayores en situación de dependencia* que tienen más de 10 años.

## RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		ApoE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
<b>50%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>62,5%</b> de personas con sospecha.	> 3 meses ( <b>50%</b> ) <b>Inadecuado</b> según el <b>50%</b>	<b>75%</b> de los profesionales sanitarios. Se realiza al <b>89,6%</b> de personas con sospecha.	2-3 meses ( <b>67%</b> ) <b>adecuado</b> según el <b>67%</b>	<b>33%</b> de los profesionales hospitalarios; al <b>99%</b> de personas con sospecha.	1-2 meses ( <b>100%</b> ); considerado <b>adecuado</b> por el <b>100%</b>	<b>67%</b> de los profesionales hospitalarios. Se realiza al <b>16,2%</b> de personas con sospecha.	2-3 meses ( <b>50%</b> ); considerado <b>adecuado</b> por el <b>50%</b>	<b>33%</b> de los profesionales hospitalarios. Se realiza al <b>100%</b> de personas con sospecha.	1-2 meses ( <b>100%</b> ) considerado <b>adecuado</b> .	<b>20%</b> de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

**PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** *largos tiempos de espera (TAC, RM), limitación a un perfil de pacientes específico distinto de EA (PET Amiloide) y falta de familiarización con la prueba (PET Amiloide).*

En general, ha habido un **incremento en los recursos tecnológicos** para el abordaje de la EA en el P. Asturias desde el anterior MapEA, el número de **TACs** disponibles ha aumentado de **17 a 20** máquinas; el número de **RMs** de **13 a 19** y el número de **SPECT** de **0 a 4 máquinas**. No obstante, en el caso de **PET** no se ha producido **ninguna variación (3 máquinas)**.



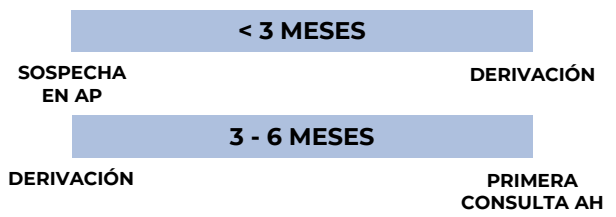
# RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL



## P. de Asturias

**BARRERAS:** **83%** de los expertos identifican la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios; **50%** de los expertos identifican los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema; un **50%** identifican la **reticencia de pacientes y familiares**.

**50%** de los profesionales indican que **existe un protocolo de derivación** desde AP hacia neurología o geriatría, cuyo grado de conocimiento es **ALTO**.

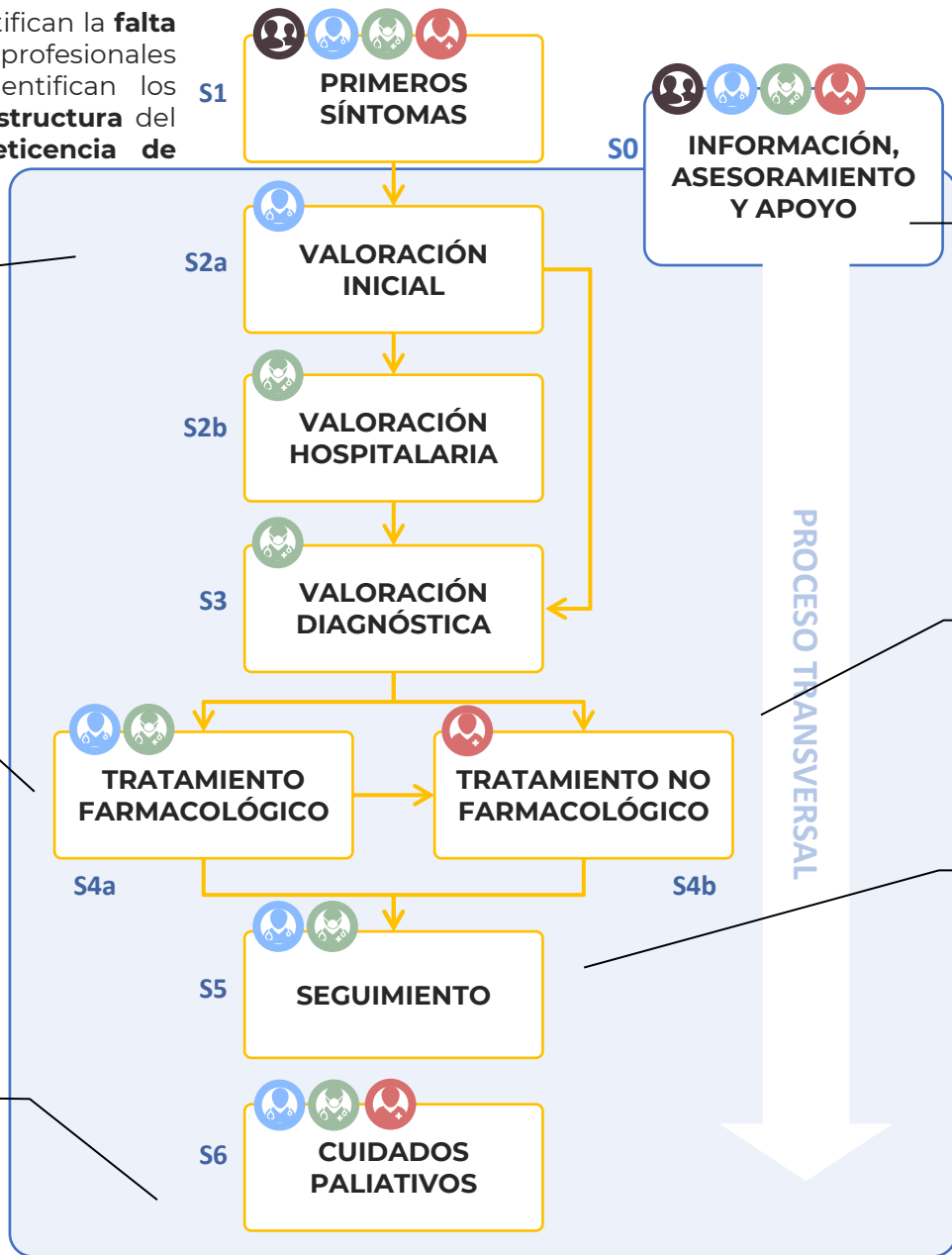


**Inicio tratamiento farmacológico:** habitualmente, **neurología**.

**Continuidad prescripción:** todos los profesionales sanitarios, **habitualmente neurología o medicina familiar y comunitaria**.

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

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



**33%** de expertos consideran **INSUFICIENTE** la **información** dada en fases tempranas.

**67%** de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

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

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

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

**Seguimiento:** habitualmente **medicina familiar y comunitaria, y neurología**, así como **geriatría** (en menor medida).

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

### FACILIDAD DE DERIVACIÓN



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



## Retos y áreas de mejora



**Recursos personales y materiales** para el abordaje de la EA.



**Diagnóstico temprano** por la dificultad para **acceder a pruebas.**



**Desconocimiento de las necesidades** individuales de las personas con EA.



**Formación** de los **profesionales** de atención sanitaria y social.



**Coordinación** en la derivación de las personas con EA.



## Recomendaciones



**Reajustar la cantidad de personal** y la **distribución de las agendas** para garantizar una atención adecuada.



Asegurar una **mayor asignación de recursos financieros** para contar con el personal y los materiales necesarios en la atención a la EA.



Mejorar el **acceso a herramientas diagnósticas**, como resonancias magnéticas y valoraciones neuropsicológicas



**Escuchar y dar prioridad** a las **preocupaciones y expectativas** de las personas con EA y sus cuidadores.



**Establecer protocolos de atención integral**, incluyendo la **valoración social temprana** y abordando tanto necesidades clínicas como sociales.



**Ofrecer formación** específica y continua a los **profesionales** de atención sanitaria y social.

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



## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

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



## PROCESO ASISTENCIAL

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



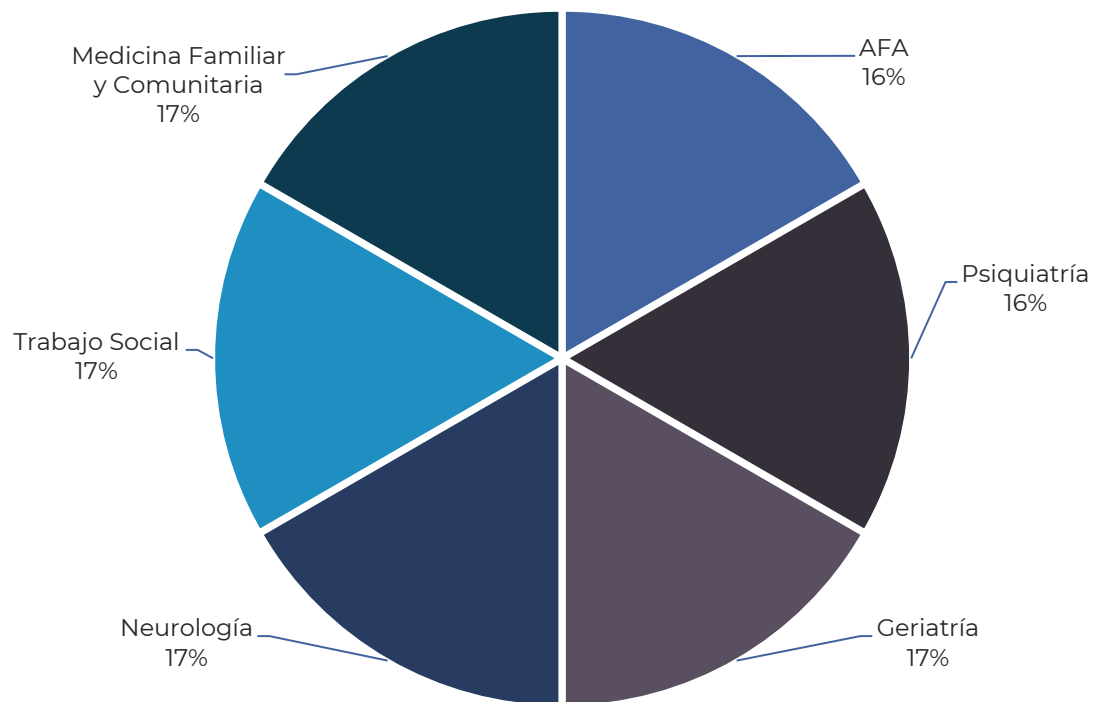
## RECURSOS

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

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

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

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



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

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

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Laureano Caicoya Rodríguez	<b>AFA</b>	Presidente Fundación Alzheimer Asturias. Secretario General Asociación Alzheimer Asturias (AFA-ASTURIAS) (Oviedo).
Celso Iglesias Garcia	<b>PSIQUIATRÍA</b>	Hospital Valle del Nalón
Fernando Martínez Cuervo	<b>GERIATRÍA</b>	Dirección Asistencial de Cuidados, Calidad y Seguridad
Manuel Menéndez González	<b>NEUROLOGÍA</b>	Hospital Universitario Central de Asturias
Oscar Miranda	<b>TRABAJO SOCIAL</b>	D.G. de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Salud
Jesús Santianes Patiño	<b>MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b>	Hospital Universitario Central de Asturias

## 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 el **P. de Asturias**, 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 P. ASTURIAS	GRADO DE CONOCIMIENTO P. ASTURIAS
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad   CEFA	MODERADO-ALTO	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	2018	Sociedad Española de Neurología	MODERADO	MODERADO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	MODERADO	BAJO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	MODERADO-ALTO	BAJO

### GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

67%

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

67%

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 NACIONAL EN EL P. DE ASTURIAS

El **67%** de los expertos encuestados afirman que la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas es conocida** por parte de los profesionales de Asturias frente al **33%** que indican que existen un buen conocimiento sobre **el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias**. Según los expertos, su desarrollo se ha debatido en el parlamento, no obstante, se desconocen acciones concretas para impulsarlo.

**A nivel hospitalario, no se identifican objetivos específicos en los contratos programa relacionados con la EA.** Los expertos afirman que tampoco cuentan con sistemas de ayuda a la toma de decisiones en la historia clínica electrónica (HCE).

Sin embargo, **a nivel de atención primaria**, sí cuentan con este tipo de objetivos, aunque con un seguimiento desconocido.

Se han identificado varias herramientas de planificación y organización en el Principado de Asturias, 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.

## PRINCIPADO DE ASTURIAS

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
Plan de Salud Mental de Asturias (2023-2030)	2023	Servicio de Salud del Principado de Asturias SESPA	MODERADO	MODERADO
Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021	2019	Consejería de servicios y derechos sociales/ Consejería de sanidad	MODERADO	BAJO
Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030	2019	Consejería de Sanidad	MODERADO	ALTO
Informe de Situación de Salud en Asturias	2018	Consejería de Sanidad	MODERADO	MODERADO
<b>Actualización del Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Demencia (2017)</b>	2017	<b>Servicio Asturiano de Salud</b>	MODERADO	MODERADO
<b>Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) de Demencia</b>	2013	<b>Servicio Asturiano de Salud</b>	MODERADO	MODERADO
Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia	2009	Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies	MODERADO-ALTO	BAJO

## ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En el principado de Asturias, el **67% de los expertos encuestados** desconoce quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

Exceptuando el Plan de Salud (2019-2030) y el Plan de Salud Mental (2023-2030), el resto de las **herramientas se encuentran con el periodo de vigencia vencido**, y las más relevantes en la EA tienen 7 años o más.

*Otras herramientas identificadas por los expertos encuestados son:*

- *La Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas (Estrategia CuidAs) (2022)*
- **El Plan de Actuación en Demencias del Área IV.**

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

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

## 1. PLAN DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS (2023 - 2030)



### Servicio de Salud del P. de Asturias

Conocimiento

**MODERADO**

Implementación

**MODERADO**

El **Plan de Salud Mental de Asturias de 2023** pretende ser un documento continuista que se adapta al nuevo contexto en el que los problemas de salud mental están aumentando según datos de la Encuesta Nacional de Salud.

Se estructura en torno a grandes modelos de actuación los determinantes sociales en la salud mental, la protección y promoción de la salud mental, la protección de los derechos humanos y la atención y tratamiento a los problemas de salud mental.

Este plan de salud se organiza en torno a los mismos ejes que el plan de salud:

- 1.- **Equidad y salud mental** en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana.
- 2.- **Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones** en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes.
- 3.- Garantizar un **adecuado espacio sociosanitario** público.

Dentro del área 3, destaca el objetivo general 3.2: *Desarrollar modelos de corresponsabilidad en todos los ámbitos que trabajen con personas con discapacidad psicosocial, implementado la transversalidad en todas sus acciones.* Este objetivo general incluye un objetivo específico **3.2.1: Mejorar y consolidar la cooperación y coordinación entre salud mental y atención primaria.**

Este objetivo incluye la **acción 3.2.2.2. que es relevante para el manejo de las demencias y que aboga por el desarrollo de procedimientos específicos en aquellos supuestos en que la coordinación de diferentes especialidades es imprescindible como la demencia** con alteraciones del comportamiento.

### + Indicadores de evaluación

Se definen indicadores de evaluación para evaluar el grado de cumplimiento de cada una de las acciones propuestas en el plan. Destaca particularmente:

**Indicador 3.2.2.2:** Número y listado de procedimientos elaborados en coordinación con otras especialidades, cuya fuente será la Unidad de Coordinación de Salud Mental.

## 2. PLAN SOCIOSANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2019-2021



Consejería de servicios y derechos sociales/  
Consejería de sanidad

Conocimiento

**BAJO**

Implementación

**MODERADO**

El plan publicado por la consejería de servicios y derechos sociales junto con la consejería de sanidad define **un modelo de atención compartido entre los ámbitos social y sanitario** mediante la coordinación de las estructuras administrativas y de servicios asistenciales de ambos ámbitos. Sus principales objetivos son la Atención integral de calidad y orientada a cada persona mediante procesos continuados y efectivos. La mejora de la eficiencia del sistema a partir de compartir recursos, coordinación profesional y colaboración institucional. El fomentar la sensibilización y cualificación profesional y la experiencia en actuaciones de colaboración entre profesionales de las redes públicas social y sanitaria. Finalmente establecer un sistema de información compartido que facilite el manejo y seguimiento de las personas usuarias.

El plan define 5 líneas estratégicas: **Línea 1: Actuaciones en colectivos diana**, Línea 2.- Sistema de información y comunicación sociosanitario, Línea 3.- Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios, Línea 4.- Sensibilización profesional, formación y transferencia de conocimiento entre servicios sociales y sanitarios y Línea 5.- Estructuras de apoyo al plan sociosanitario.

Dentro de la **línea 1 cabe resaltar la Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas (incluyendo la demencia), neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia. El objetivo de esta línea es mejorar la continuidad de la atención sanitaria y social, proporcionando la asistencia el soporte de los servicios de atención personal a las personas cuyas enfermedades generan graves dependencias y a quienes las cuidan.**

### + Acciones clave

- **Colaboración con el Centro de Referencia Estatal de Langreo para la atención a enfermedades neurodegenerativas.** La atención a los usuarios de este dispositivo necesita una coordinación adecuada entre este recurso y los servicios sanitarios y sociales del Principado.
- Garantizar la **continuidad asistencial en momentos de crisis** mediante la coordinación de los recursos sociales y sanitarios.
- **Mantener la autonomía de los pacientes y dar soporte a quienes les cuidan** mediante un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar. Las unidades clínicas de neurología y las secciones de medicina interna, cuando asistan a pacientes con enfermedades neurodegenerativas o con progresión a la dependencia, deberán satisfacer la valoración clínica, funcional, psicológica y social de las personas enfermas.
- **Cada una de las acciones lleva asociado un indicador** que permite medir su nivel de desarrollo.

## 3. PLAN DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2019-2030



Consejería de Sanidad

Conocimiento

ALTO

Implementación

MODERADO

En 2019, la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias publica el **Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030: Poblaciones sanas, Personas Sanas**. El plan está orientado a mejorar el **bienestar individual y colectivo**. Este se centrará en la **equidad y la participación** ciudadana, en mejorar el bienestar de las personas y comunidades **actuando sobre determinantes de salud y garantizar un espacio sociosanitario** público adecuado. Adicionalmente debe dar respuesta al gran reto de **mejorar la coordinación de todos los sectores** que tienen impacto en la salud de la población.

El plan establece diferentes metas para los años de validez divididas por varias perspectivas: Disminución de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres y aquellas relacionadas con la equidad. Mejorar determinantes socioeconómicos y de calidad ambiental. Mejorar estilos de vida que influyen en la salud y finalmente, mejorar la respuesta sanitaria y los resultados en salud.

Destaca entre sus principios el **garantizar un adecuado espacio sociosanitario público** que incluye 5 objetivos específicos: mejorar la promoción de la salud y la **coordinación sociosanitaria**; la reorganización de recursos y tecnologías para garantizar la **equidad**, la **continuidad y la eficiencia** del sistema de salud; adecuación y mejora de la **formación de los profesionales**; políticas para la **incorporación y uso adecuado de medicamentos**, productos y tecnologías sanitarias; y por último garantizar la evaluación y la transparencia. A su vez, cada uno de los objetivos cuenta con diferentes acciones definidas para alcanzarlo.

El para cada área se proponen una serie de dimensiones a evaluar para la primera etapa de implantación del plan 2019-2021.

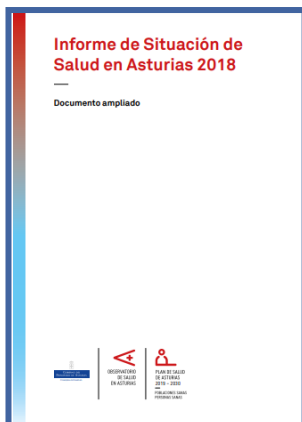
Asimismo, aunque el horizonte temporal del plan es 2030, identifica las acciones prioritarias -2019-2021 entre las que destacan Cuidados paliativos y atención a personas en el proceso del final de la vida y Atención a personas con enfermedad crónica compleja



### Áreas prioritarias

- *Área 1: Equidad y salud en todas las políticas. Sistemas de Gobernanza y de participación ciudadana.*
- *Área 2. Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes.*
- *Área 3. Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público.*

## 4. INFORME DE SITUACIÓN DE SALUD EN ASTURIAS



### Consejería de Sanidad

Conocimiento

**MODERADO**

Implementación

**MODERADO**

El informe publicado en 2018 permite conocer la situación de bienestar y salud que tiene la población en Asturias y así identificar necesidades y recursos para definir la mejor forma de actuar.

A lo largo del documento se identifican:

- 1.- Las políticas, programas y actividades que se están llevando a cabo.
- 2.- Se analiza el contexto actual y los determinantes socioeconómicos y de conducta.
- 3.- Se revisa el funcionamiento del sistema sanitario.
- 4.- Se analizan los resultados en salud a partir del esquema de indicadores del observatorio de Salud de Asturias.
- 5.- Finalmente se hace una comparativa nacional y se recoge la opinión de la población al respecto.



### Puntos clave

Dentro del punto de análisis de políticas programas y estrategias que se han puesto en marcha a nivel autonómico se identifican: Programas y estrategias Autonómicas, **Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAIS), entre los que destaca el de demencias, actualizado en 2017**, programas de detección y prevención, programas de Educación y Promoción de la Salud, Calidad y Seguridad y Urgencias

## 5. ACTUALIZACIÓN DEL PCAI DEMENCIA (2017)



El PCAI (Programa Clave de Atención Interdisciplinar) de demencias se diseñó en 2013 y se actualizó en 2017. Tiene por objetivo establecer unas directrices de actuación homogénea en el proceso diagnóstico y el abordaje integral de demencia siguiendo criterios de calidad científico-técnica, con una optimización de los recursos sanitarios y sociales encaminados a lograr la satisfacción de la persona con EA.

### Servicio Asturiano de Salud

Conocimiento

**MODERADO**

Implementación

**MODERADO**

### + Recomendaciones principales

- Los **factores de riesgo cardiovascular asociados a la demencia** (HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo) deben ser examinados y tratados adecuadamente.
- Los profesionales sanitarios mantendrán **un elevado índice de sospecha de deterioro cognitivo en los pacientes a su cargo**, interrogándoles de una forma regular y específica, al igual que a sus familiares, acerca de la situación funcional y cognitiva.
- El **estudio neuropsicológico exhaustivo** debe realizarse al menos en caso de: 1.- personas con demencia dudosa o muy leve por criterios clínicos. 2.- personas con difícil diagnóstico nosológico por criterios clínicos. 3.- personas con demencia de inicio en edad inferior a los 65 años. 4.- personas con presentación clínica atípica.
- Realizarse una **prueba de neuroimagen en el estudio rutinario inicial** de una demencia (TAC o RM).
- Mantener **un elevado índice de sospecha de deterioro cognitivo en los pacientes a su cargo**, interrogándoles de una forma regular y específica, acerca de la situación funcional y cognitiva.
- El **estudio neuropsicológico exhaustivo** debe realizarse al menos en caso de: 1.- personas con demencia dudosa o muy leve. 2.- pacientes con difícil diagnóstico nosológico por criterios clínicos. 3.- personas con demencia de inicio en edad inferior a los 65 años. 4.- personas con presentación clínica atípica.
- Contar con un Centro Autonómico de referencia, para el **estudio genético-molecular que permita el análisis de muestras y el adecuado consejo genético a las personas y familiares** que lo precisen.
- El donepezilo, la galantamina y la rivastigmina deben ser utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA) leve y moderada.

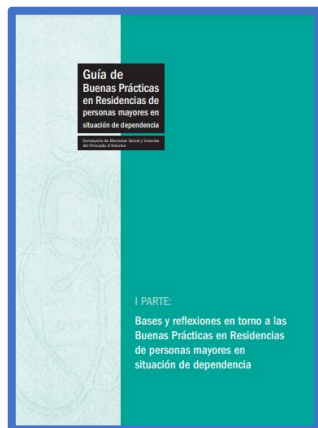
## 5. ACTUALIZACIÓN DEL PCAI DEMENCIA (2017)



### + Recomendaciones principales (Continuación)

- La rivastigmina debe ser empleada en el tratamiento de la Demencia con cuerpos de Lewy y la asociada a Parkinson.
- Evitar el uso rutinario de antipsicóticos para el control del comportamiento en pacientes con demencia. Debe reservarse para síntomas psicóticos, distrés emocional o comportamientos peligrosos, en cuyo caso se aconseja utilizar los antipsicóticos atípicos.
- **Se debe realizar estimulación cognitiva estructurada a la persona con demencia leve-moderada**, dado que mejora su función cognitiva y su calidad de vida.
- Se debe **proporcionar al cuidador las intervenciones necesarias (apoyo psicológico, estrategias de manejo de los trastornos de conducta, etc.)**, dado que mejoran, a corto plazo, la sobrecarga y la depresión del cuidador; y a la larga, redundan en una mejora del cuidado, de los síntomas psicológicos y conductuales y de la funcionalidad del paciente, retrasando su institucionalización.
- La **monitorización de la enfermedad** debe realizarse **conjuntamente por atención primaria y especializada**.
- El **primer nivel prestará especial atención a las enfermedades concomitantes de la persona y al cuidador**. El segundo nivel atenderá la evolución y el ajuste de los fármacos.
- Es recomendable **programar sesiones conjuntas y multidisciplinarias, especialmente si existen síntomas psicóticos y trastornos de conducta disruptivos**.
- Los profesionales deben proveer **cuidados paliativos en la fase final de la enfermedad** y deben tener las competencias necesarias para ello.
- Los **gestores de los recursos sanitarios y sociales deben trabajar conjuntamente para elaborar planes de actuación integrales, para el paciente y su familia**. Estos planes deben permitir un acceso equitativo y personalizado a todos los recursos necesarios y un intercambio de información eficaz y útil entre niveles de atención y departamentos.
- Debe **mantenerse la autonomía de la persona el mayor tiempo posible**. Esto incluye el respeto a sus decisiones personales, siempre que la conservación de sus capacidades le permita mantener responsabilidad razonada de sus actos.

## 6. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado d'Asturias

Conocimiento

**BAJO**

Implementación

**MODERADO - ALTO**

El objetivo de la guía es **ayudar a los profesionales y responsables de atención a personas dependientes a emprender acciones para mejorar la calidad de vida de los usuarios**. Se debe separar el binomio edad-dependencia, para que la etapa final de la vida se caracterice por la calidad, la satisfacción y el bienestar personal, así como la actividad o proyectos personales.

**Específicamente en el caso de las personas con EA se aboga por desarrollar formas de trabajo que maximicen sus oportunidades de comportamiento autónomo.**

Las buenas prácticas pueden ser en el ámbito organizativo o relacional con la persona usuaria, su familia y los profesionales. Se identifican 5 áreas de mejora: Aspectos éticos y ejercicio de derechos; participación, bienestar psicoafectivo, intervención profesional y entorno físico e integración en la comunidad.

La guía identifica las características e indicadores de las buenas prácticas.

Para cada área de mejora se definen acciones clave para la mejora de la calidad asistencial.

### + Dimensiones clave para la mejora de la calidad asistencial

- **Aspectos éticos y ejercicio de derechos de los usuarios** (*dignidad, autonomía, igualdad, solidaridad, justicia.*)
- **Participación de las personas usuarias y las familias** en función de la independencia funcional y la autonomía moral de la persona usuaria.
- **Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia** (*bienestar, prevención de problemas de conducta, etc.*).
- **Intervención profesional y sistemas organizativos** (*principio de participación, autonomía, dignidad, individualidad, integralidad, integración social, independencia y continuidad.*)
- **Entorno físico e integración en la comunidad** (*seguridad, identidad, confort, comunicación, estimulación, participación comunitaria.*)

### 3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



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

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

## AGENTES



Entorno del paciente



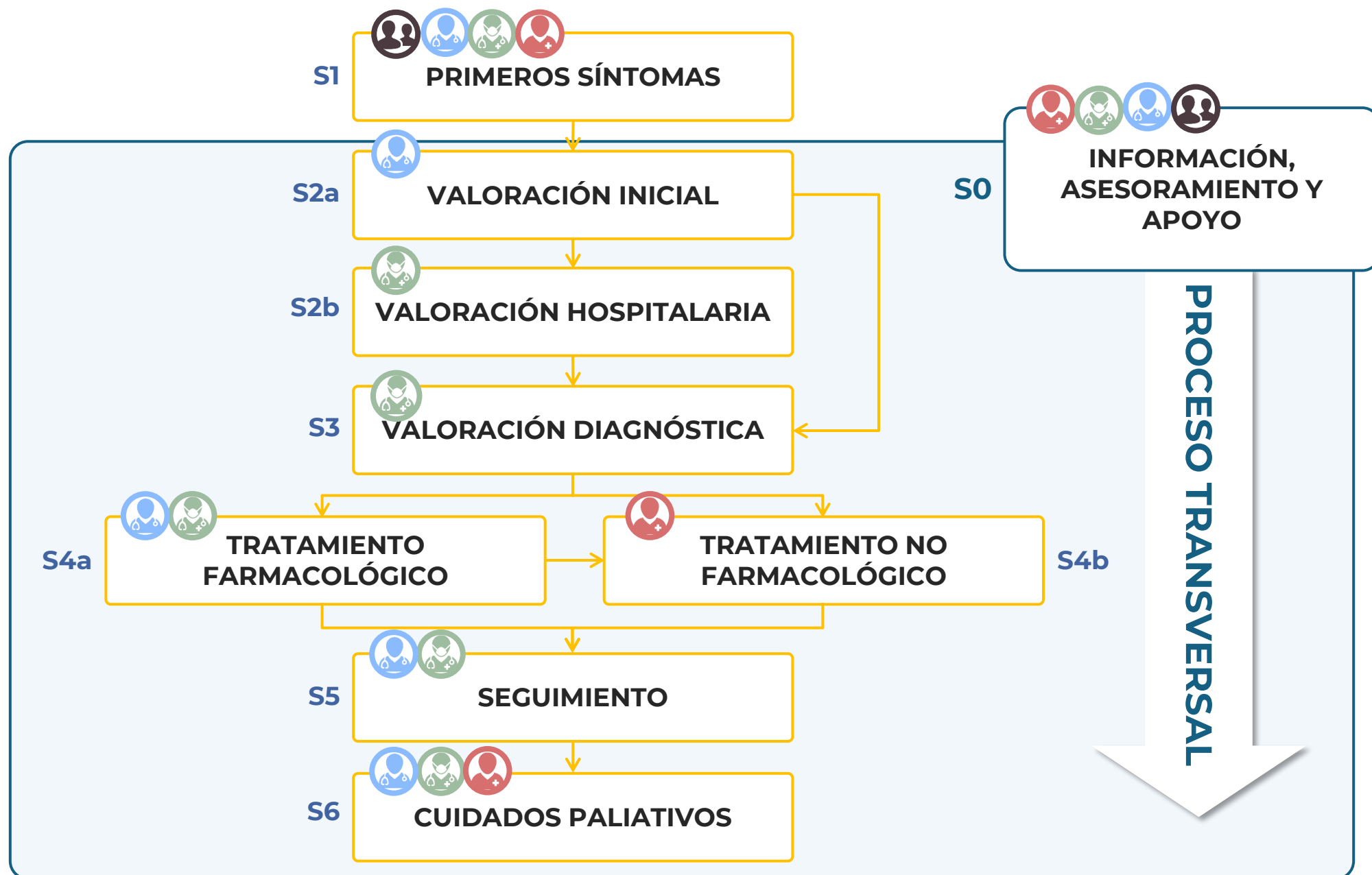
Atención primaria



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 P. DE ASTURIAS



**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 y psiquiatría.

- El **50%** de los expertos encuestados desconocen si la información comunicada en este momento es suficiente. Un **33%** consideran la información comunicada en este momento como **insuficiente**, siendo la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta y, en algunos casos, por la falta de interés de la persona con EA y/o su entorno y para evitar la alarma. El **17%** restante afirma que es **adecuada**.
- **El 60%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta rutinaria, **el 20%** indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica y el **20%** restante afirman que se realizan habitualmente en una consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
  - **Todos los profesionales sanitarios** 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 60%** de los expertos encuestados afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas de la persona con EA y, **un 40%**, las terapias no farmacológicas y los recursos de apoyo sociosanitarios.
  - Finalmente, un **20%** indican que la planificación anticipada también es uno de los temas tratados habitualmente durante la comunicación del diagnóstico.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN P. DE ASTURIAS



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

- Los expertos afirman que en teoría se debería realizar desde atención primaria y hospitalaria, pero la realidad es que no siempre se realiza.
- El **50%** de los expertos desconoce o afirma que no se realiza. **Un 17%** de los expertos encuestados refieren que se realiza durante el seguimiento.
- Los profesionales encargados de este pueden ser tanto los profesionales médicos o enfermeras de atención primaria como de atención hospitalaria o trabajadores sociales.
- **Un 67%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente** o inexistente.

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

- Algunos expertos afirman que este registro se realiza por parte de los servicios de cuidados paliativos en fases avanzadas de la enfermedad.
- **El 67%** 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 resto lo desconoce.
- Existe un apartado en HCE para registro de voluntades anticipadas.
- Existe mucha heterogeneidad sobre el registro del documento de voluntades anticipadas: el **67%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza siempre o casi siempre. En cambio, el **33%** considera que no se realiza casi nunca.

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S1

## ENTORNO

Detecta los primeros síntomas (familiares, amigos cuidadores, entorno sociolaboral, farmacia comunitaria, etc.)

## ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Detecta primeros síntomas en consulta y trabajo social

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

Interconsultas hospitalarias, hospitalización o valoración de urgencias

## AFAS

Detecta situaciones de riesgo

S2A

## EQUIPO DE AP

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

S2B

## U. ESPECIALIZADAS\*

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## NEUROLOGÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## GERIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## PSIQUIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

\*Consulta con dedicación a la evaluación de personas con EA, distinta de S. neurología general, geriatría o Psiquiatría.



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN EL P. DE ASTURIAS

**PLANTEAMIENTO GENERAL DE SUBPROCESO 1:** el **67%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en el P. de Asturias.**

**BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO:** según los profesionales de atención primaria consideran que no se realiza una búsqueda activa de síntomas de deterioro cognitivo para detectar personas con EA.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:** los expertos encuestados afirman que el papel de trabajo social es muy limitado en esta etapa del proceso. No obstante, su papel teórico tanto en el entorno de atención primaria como de atención hospitalaria debería ser orientar a la familia y a las personas con sospecha de EA.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN EL P. DE ASTURIAS

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados señalan que las **derivaciones a atención hospitalaria no siempre son adecuadas** ya que frecuentemente se deriva al paciente al servicio de neurología ante cualquier queja cognitiva. Para ello consideran importante la **mejora de la formación y concienciación** sobre la **detección temprana** y los **criterios de derivación** para de los médicos de atención primaria.

Los expertos encuestados también ponen de manifiesto la necesidad aplicar a la unidad familiar servicios sociales básicos y/o especializados en función de las necesidades. No obstante, los expertos afirman que la derivación a trabajo social es un reto por falta de recursos.

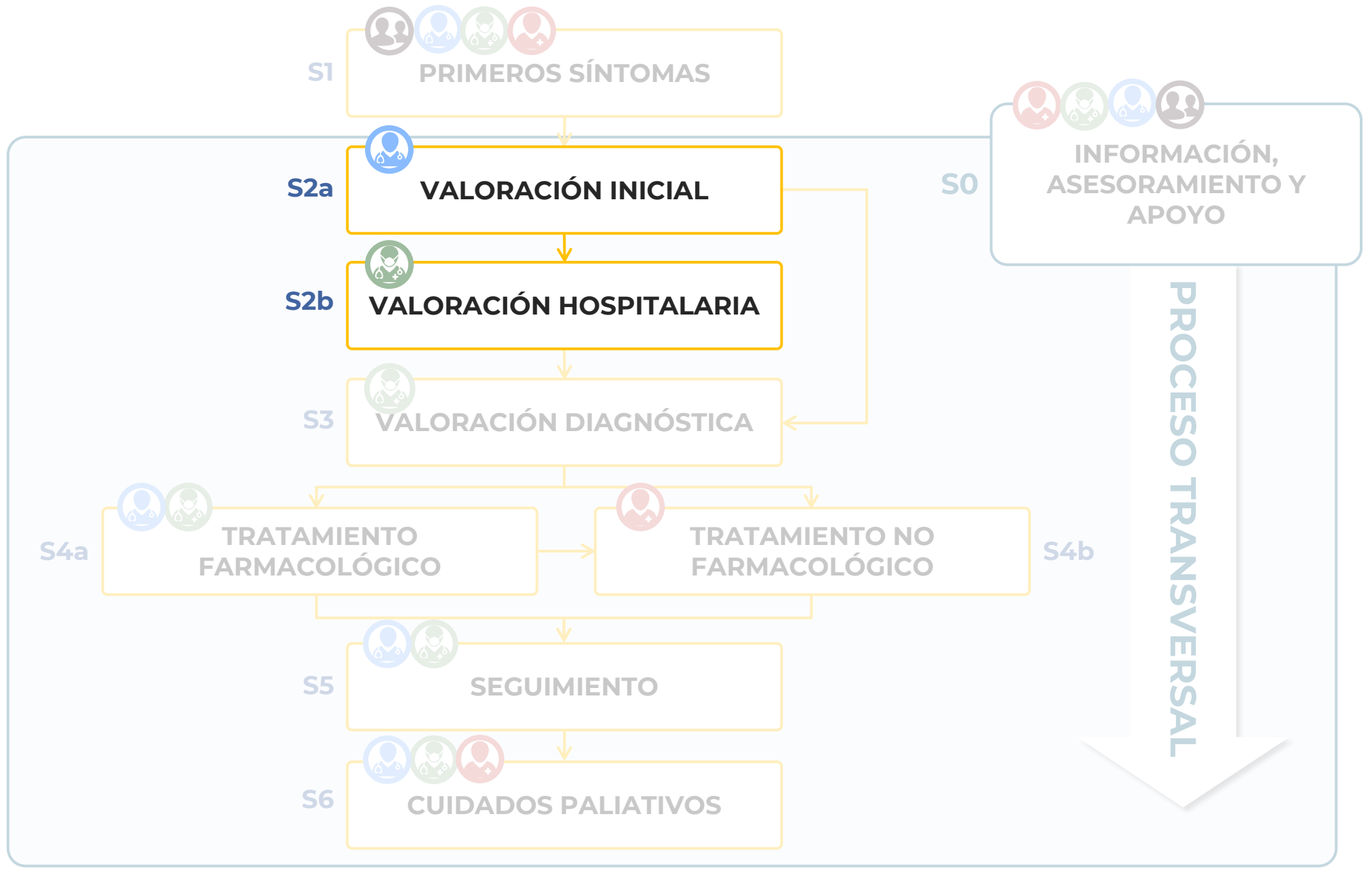
En concreto, entre las principales las **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

- El **83%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **50%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- El **50%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **reticencia de pacientes y familiares** sobre la sintomatología de la enfermedad que cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento.
- Uno de los expertos encuestados indica que no existen barreras, en su opinión hay un sobrediagnóstico que lleva a una sobremedicación innecesaria.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la falta de tiempo en consulta impide poder hacer una valoración geriátrica integral y sistemática en personas de edad avanzada.
- **A nivel de atención hospitalaria**, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barreras la falta de tiempo en consulta y la falta de herramientas.

En este sentido, los expertos encuestados recomiendan **impulsar la formación** en el entorno de atención primaria y minimizar las derivaciones inadecuadas a neurología.

### AGENTES

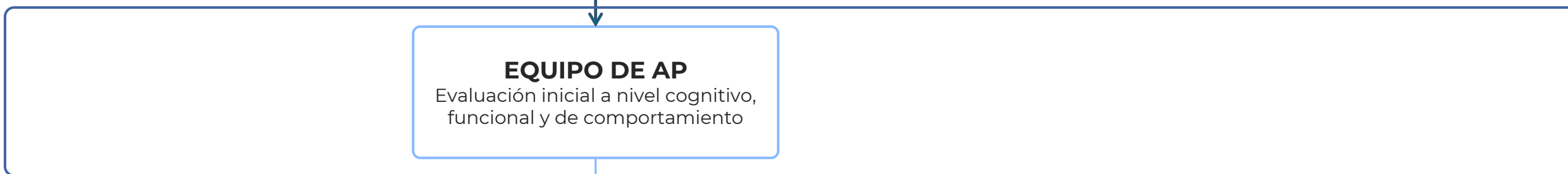
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



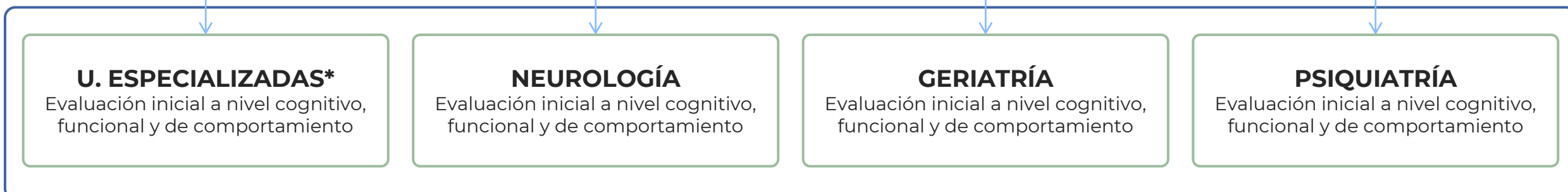
S1



S2A



S2B



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



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL P. ASTURIAS

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2:** el **83%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 2A de valoración inicial y 2B de valoración hospitalaria se ajusta a la realidad en el P. de Asturias.**

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN:** el **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que **existe** un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA, con un grado de conocimiento **ALTO**. Sin embargo, la mitad de los profesionales sanitarios encuestados lo desconocen.

**DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:** los profesionales de atención primaria derivan habitualmente a las personas con sospecha de EA a **neurología o geriatría.**

- **El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria** oscila entre 2 y 5.
- **Desde atención primaria:** para la valoración inicial de la persona con sospecha de EA, habitualmente se solicita solo una analítica, pero se podría solicitar también TAC. Estas dos pruebas son las recomendadas por las guías o protocolos de la comunidad.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de RM, TAC y PET. Adicionalmente, desde neurología se pueden realizar análisis genéticos, pruebas en líquido cefalorraquídeo y pruebas de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria es menor de 3 meses\*.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria es entre 3 y 6 meses.

### RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL P. DE ASTURIAS

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA:** no existe un consenso sobre el papel de trabajo social en esta etapa del proceso, pero en general, las personas encuestadas indican que es bastante limitado y solamente una pequeña parte de las personas con sospecha se derivan a este tipo de recursos en esta etapa tanto en atención hospitalaria como atención primaria.

**ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA:** el **20%** de los profesionales sanitarios afirman tener acceso a recursos de neuropsicología en esta parte del proceso, a través de proyectos de investigación y con recursos propios. El **80%** restante afirma que neuropsicología no participa en el proceso.

#### **PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:**

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel principal de enfermería de atención primaria es mejorable y que pueden realizar los tests de cribado cognitivo. No existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que el papel de enfermería en el manejo de estas personas en el entorno hospitalario es muy limitado, salvo las enfermeras gestoras de casos o de práctica avanzada. No existen profesionales de enfermería con dedicación especial a demencias o EA.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **75%** de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno. En algunos casos con funciones de gestión de casos como la coordinación de citas y otras con funciones de práctica avanzada que además de la coordinación de citas y pruebas también dan soporte a familiares sobre cuidados de salud.

### RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL P. DE ASTURIAS

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

- **Barreras** en el acceso a recursos:
  - Falta de formación y herramientas para la valoración de las personas con sospecha de EA en atención primaria.
  - Falta de recursos para una evaluación neuropsicológica.
  - Acceso limitado a consultas especializadas de demencia o unidades de demencia “de alta resolución” formadas por equipos multidisciplinares.
  - Tiempos de espera elevados para la consulta de neurología lo que se traduce en retrasos en la valoración y diagnósticos tardíos.
  - Tiempos de consulta limitados.
- **Falta de coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios** implicados en el manejo de la enfermedad.
- La **agilidad de los procesos** existentes es mejorable.

En el Principado de Asturias, 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:

## ATENCIÓN PRIMARIA

### EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

Test de Pfeiffer	Mini-Mental State Examination
<b>Mini Examen Cognitivo de Lobo</b>	
<b>Test del Reloj</b>	

### VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

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

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

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

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

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

**Exploración neuropsicológica abreviada:** los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Mini-Mental State Examination** y el **Test del Reloj**.

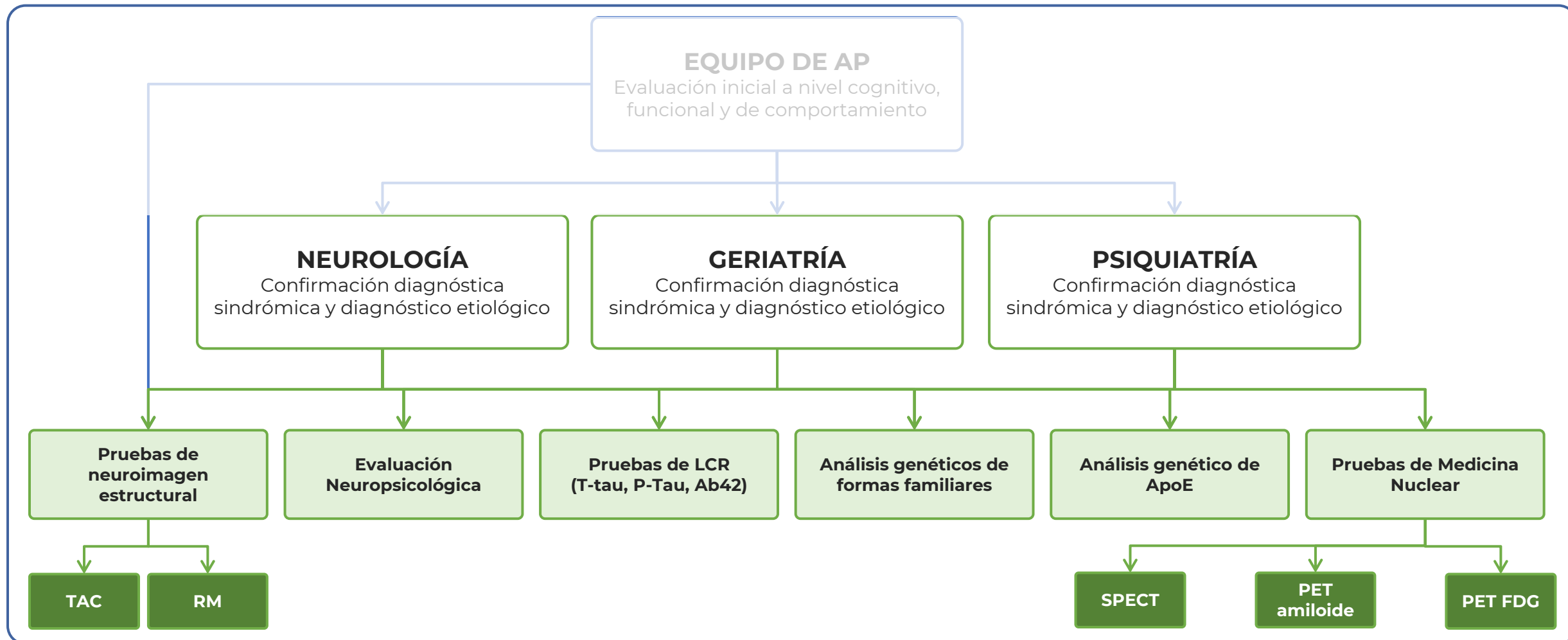
**Valoración de la repercusión funcional:** el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Índice de Katz**.

## AGENTES

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



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

### RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P.ASTURIAS: PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN INICIAL

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3:** el **83%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre la valoración diagnóstica no se ajusta a la realidad en el P. de Asturias.**

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: TAC

El **75%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la prueba TAC está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA. En el caso de geriatría, afirma que no utiliza la prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **89,6% (80%-90%)\*** 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 **67%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro, y el **33%** indica que se realizan en un centro de referencia del SNS.

El **33%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que su centro sí 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 **67%** restante lo desconoce.

**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 67%** de los profesionales sanitarios encuestados\*\*.
- El tiempo de espera es considerado como **adecuado** por el **67%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan <1 meses y hasta 2-3 meses), e **inadecuado** por el **33%** restante (reportan 2-3 meses).
- El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera. El **33%** restante conoce que existen, pero desconoce en qué consisten exactamente esas políticas.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de las máquinas y profesionales disponibles; aumentar el número de profesionales y el número de máquinas se menciona por parte del **33%** de los profesionales sanitarios encuestados.

Las **barreras mencionadas a la hora de solicitar la prueba TAC** por el **67%** de los profesionales sanitarios son los tiempos de espera. Sin embargo, el **33%** de los profesionales afirma no percibir ninguna barrera para esta prueba.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: RESONANCIA MAGNÉTICA

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la RM está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA. El **50%** restante afirman **no tener acceso** a esta prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **62,5% (50%-75%)\*** 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 **100%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan la RM afirman que las pruebas se realizan en las máquinas del propio centro.

Existe **mucha discrepancia** sobre la existencia de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Superior a 3 meses, según **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba\*\*.
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por **el 50%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba (reportan >3 meses). El **50%** restante consideran el tiempo de espera **adecuado** (reportando entre 1-2 meses).
- El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.
- Las barreras identificadas por el **100%** de los profesionales sanitarios que utilizan esta prueba son los **tiempos de espera demasiado largos**.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: SPECT

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la prueba SPECT está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **9,5 (4%-15%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

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

Existe **variabilidad** sobre donde se realizan las pruebas, en algunos casos se realizan en el propio centro y en otros se realizan en centros de referencia del SNS.

En el caso que las pruebas se realicen en el propio centro, los profesionales de atención hospitalaria 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 2 y 3 meses, según el **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que tienen acceso a la prueba\*\*.
- Este tiempo es considerado como **adecuado** por el **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que tienen acceso a la prueba.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen o no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.

Una de las barreras mencionada por los profesionales encuestados es la escasa fiabilidad de la prueba, seguido de los tiempos de espera.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: PET AMILOIDE

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la prueba PET amiloide está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **16,2% (5%-69%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET amiloide.

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

Existe **variabilidad** sobre donde se realizan las pruebas, en algunos casos se realizan en el propio centro y en otros se realizan en centros de referencia del SNS.

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que utilizan esta prueba refieren que su centro sí 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 resto lo desconoce.

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

- Entre 2 y 3 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que utilizan esta prueba\*\*.
- El tiempo de espera es considerado como **adecuado** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que utilizan esta prueba (reportando entre 2-3 meses de espera).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.

Los profesionales refieren como principales barreras la limitación a un perfil específico de paciente, concretamente en fase leve y sin posibilidad de punción lumbar.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: PET FDG

El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la prueba PET FDG está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **52% (5%-99%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

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

Existe **variabilidad** sobre donde se realizan las pruebas, en algunos casos se realizan en el propio centro y en otros se realizan en centros de referencia del SNS. El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que utilizan esta prueba refieren que su centro sí 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 resto lo desconoce.

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

- Superior a 3 meses, según **el 50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados.\*\*
- El tiempo de espera es considerado como **inadecuado** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados que utilizan esta prueba (reportando >3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.

Los profesionales sanitarios encuestados que utilizan esta prueba **no perciben grandes barreras a la hora de solicitarla**. En el caso de psiquiatría, se señala como un reto la falta de familiaridad con la prueba.

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

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

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

El **33%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que la prueba en LCR está incluida en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA. El **67%** afirman no tener acceso o no utilizar esta prueba.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **99%\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

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

Los profesionales de neurología encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro y sostienen que se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre **1 y 2 meses** según los profesionales de neurología encuestados y consideran que este tiempo es **adecuado** para el manejo de las personas con sospecha de EA\*\*.
- Los profesionales encuestados **desconocen la existencia de políticas públicas** para reducir los tiempos de espera para esta prueba y consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.
- **No se identifican barreras** para la utilización de esta prueba.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **33%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que el test genético (ApoE) está incluido en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA. El **67%** restante señala que no utiliza esta prueba o no tiene acceso.

Según los profesionales de neurología encuestados, al **100%\*** 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 (ApoE) es **ALTO**.

Los profesionales de neurología encuestados afirman que las pruebas se realizan en el **propio centro** y sostienen que se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre **1 y 2 meses** según los profesionales de neurología encuestados y consideran que este tiempo es **adecuado** para el manejo de las personas con sospecha de EA\*\*.
- Los profesionales encuestados **desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos** de espera para esta prueba y consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.
- **No se identifican barreras** para la utilización de esta prueba.

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

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

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN ASTURIAS: TEST GENÉTICO (formas familiares)

El **33%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman que el test genético (formas familiares) está incluido en cartera de servicios para las personas con sospecha de EA. Otro **67%** señala que no utiliza esta prueba o no tiene acceso.

Según los profesionales de neurología encuestados, al **100%\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

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

Los profesionales de neurología encuestados afirman que las pruebas se realizan en el **propio centro** y sostienen que se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

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

- Entre **1 y 2 meses** según los profesionales de neurología encuestados y consideran que este tiempo es **adecuado** para el manejo de las personas con sospecha de EA\*\*.
- Los profesionales encuestados **desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos** de espera para esta prueba y consideran que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles; seguido del aumento del número de profesionales y de máquinas.
- **No se identifican barreras** para la utilización de esta prueba.

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

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

### RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN EL P. DE ASTURIAS

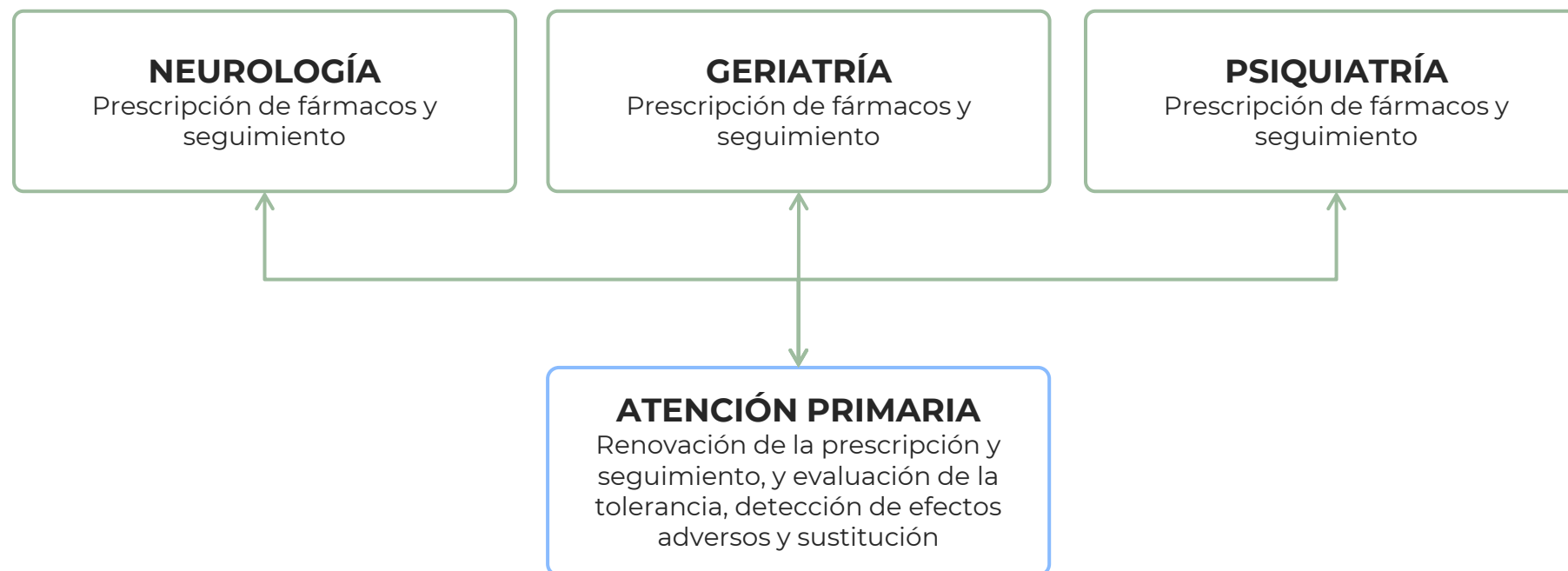
**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA.** Los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados son:

- **Desarrollar un proceso asistencial:** que permita homogeneizar y agilizar las actuaciones y la atención de las personas con EA, tanto las pruebas diagnósticas como las visitas a los diferentes profesionales sanitarios implicados.
- **Definir una evaluación neuropsicológica** reglada, de manera que se realice de forma sistemática y homogénea a todos los pacientes.
- **Pruebas diagnósticas:** reducir los tiempos de espera y mejorar el acceso a pruebas diagnósticas por parte de atención primaria.
- **Aumentar el tiempo en consulta:** se subraya la importancia de dedicar más tiempo en consulta a las personas con EA, para poder realizar una atención integral completa y adecuada.
- **Test de biomarcadores en sangre para la EA:** aunque solo están disponibles para uso en investigación, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

## AGENTES



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL P. DE ASTURIAS

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

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

**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 o en medicina familiar y comunitaria** seguido por geriatría o psiquiatría.

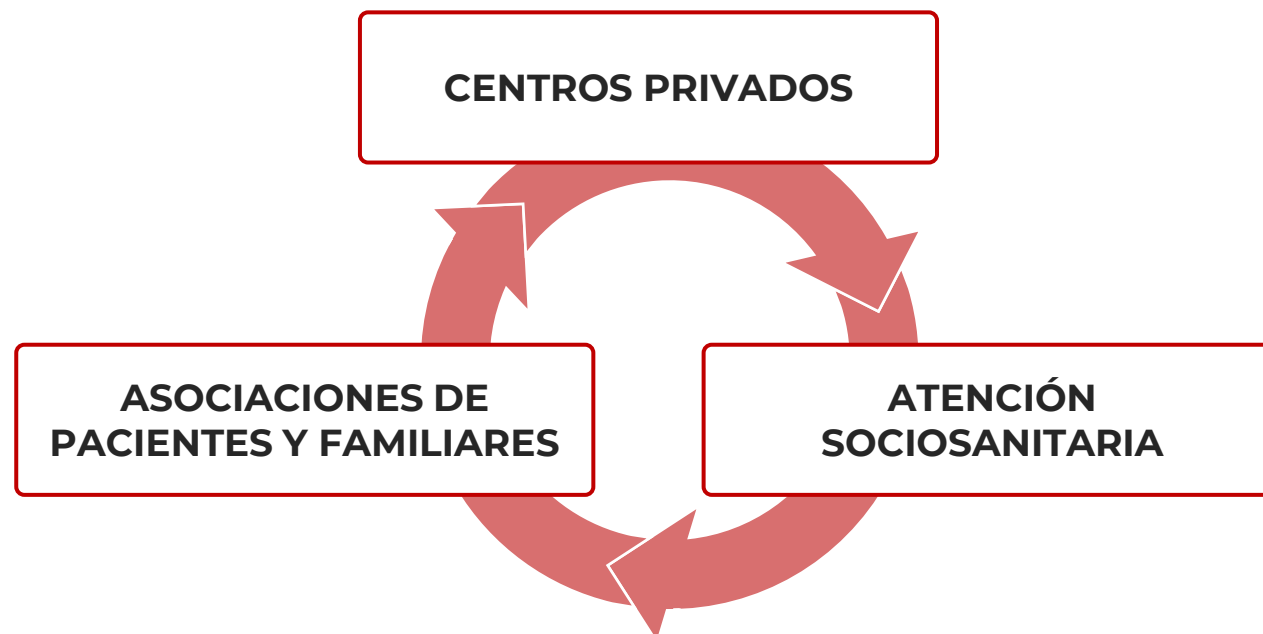
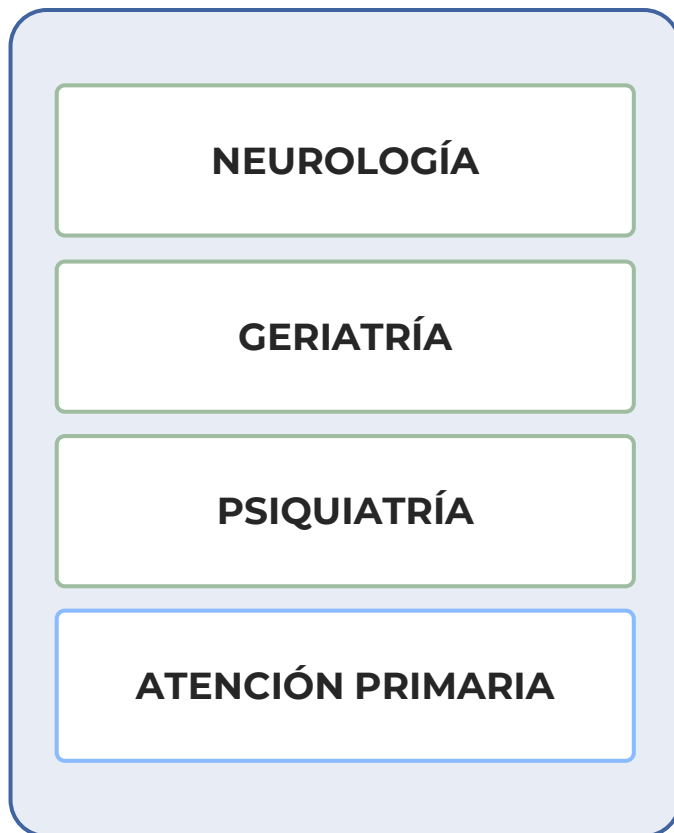
## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL P. ASTURIAS

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** Uno de los principales retos en esta fase del proceso es la **necesidad de visado** de inspección para la prescripción de tratamientos (p.ej. antipsicóticos en mayores de 75 años).

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

- **Definir un proceso integral:** es necesario definir e implantar un proceso asistencial integrado que cuente con la participación de todos los profesionales sanitarios relevantes, involucrando especialmente geriatría.
- **Coordinación entre los profesionales sanitarios:** mejorar la comunicación y coordinación de los profesionales sanitarios que participan en la atención a las personas con EA.
- **Mejorar la prescripción de medicamentos:** abordar la barrera que supone para el paciente el requisito de visado para la prescripción del tratamiento farmacológico.
- **Agilizar el proceso:** es fundamental trabajar en la agilización de todo el proceso para que sea lo más rápido y sencillo para los pacientes y sus familiares.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN EL P. DE ASTURIAS

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B:** el **80%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4B sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en el P. de Asturias.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, **el 60%** de los expertos encuestados refieren los talleres de memoria, las técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y la estimulación cognitiva. **Un 33%** de estos expertos afirman que los tratamientos no farmacológicos no están disponibles, o solo de manera privada. Solamente una parte según el **50%** de los expertos estarían financiados por la Consejería de Bienestar Social.

Otras terapias disponibles en el Principado de Asturias son: **terapia asistida por perros.**

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

- Al **68,7%** estimulación cognitiva y técnicas de mantenimiento de la funcionalidad.
- Al **56,2%** se les prescriben talleres de memoria.
- Al **54,2%**, técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales\*.

No obstante, existe mucha heterogeneidad en la opinión de los encuestados sobre el nivel de acceso de las personas con EA a este tipo de terapias. El **50%** considera que las personas con EA tienen acceso a estas terapias, el **33%** afirman que no hay acceso y el **16%** lo desconocen.

El **100%** de los encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas son las técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**, seguidas de muy cerca de la estimulación cognitiva (**83%** de los profesionales sanitarios encuestados) y de los talleres de memoria y de técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales (**67%**).

\*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 EL P. DE ASTURIAS

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** el mayor reto en el principado de Asturias es la falta recursos sociosanitarios públicos específicos (centros de día, residencias, etc.) ya que actualmente prácticamente no hay recursos públicos para estos pacientes.

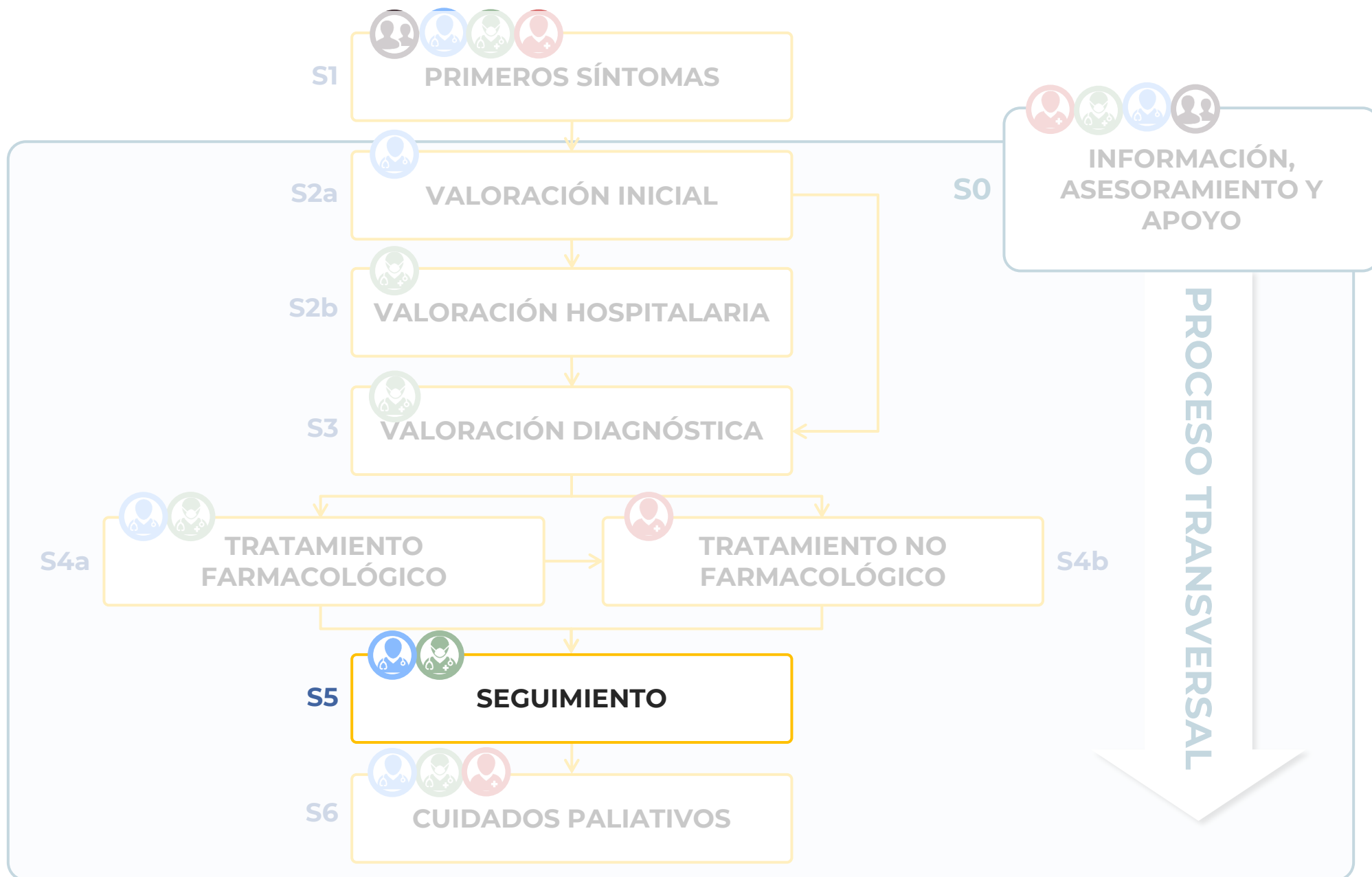
**BARRERAS:** otras barreras identificadas en cuanto al tratamiento no farmacológico es la falta de recursos públicos y accesibilidad. En cuanto a las mejoras:

- Definir un proceso con una participación integrada y multidisciplinar de todos los profesionales que participan en esta etapa.
- Mejorar la coordinación entre todos los profesionales que participan en la atención a las personas con EA.
- Aumentar la dotación de recursos públicos para el tratamiento no farmacológico específicos para las personas con EA.

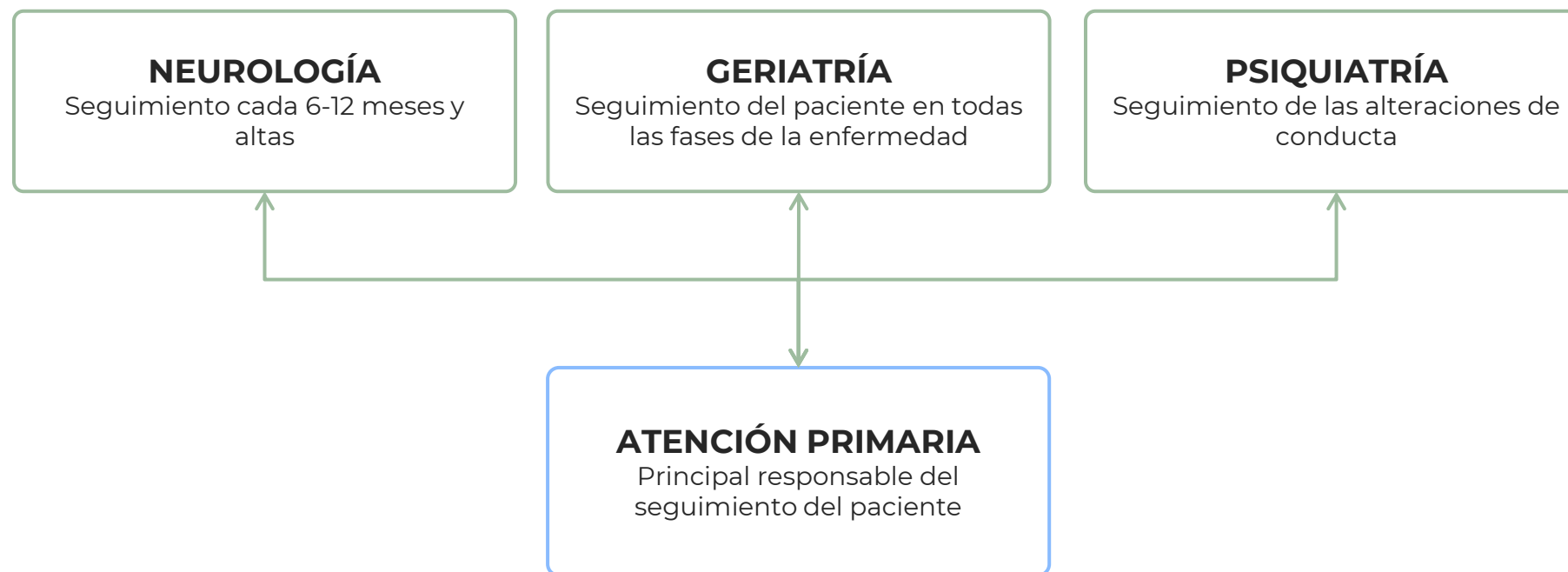
El **50%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de Bienestar Social, mientras que el **50%** de los expertos señalan que no están financiados, o lo desconocen.

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

## AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EL P. DE ASTURIAS

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

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que el seguimiento se realiza principalmente por los profesionales de medicina familiar y comunitaria (**75%**), junto con neurología (**75%**). En menor medida, se realiza por los profesionales de geriatría (**50%**).

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO:** el **75%** de los expertos encuestados afirma que no existe o desconoce un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA.

**FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO:** el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria y atención primaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 6-12 meses**. Asimismo, desde psiquiatría afirman que la periodicidad de seguimiento es variable. Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que, si no existiera tanta presión asistencial, sería deseable revisar al paciente, al menos, semestralmente y cuando haya cambios significativos en su situación.

**PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:** durante el seguimiento, el **75%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan pruebas de valoración cognitiva, de valoración funcional, evaluación clínica y de valoración del entorno del cuidador. **El 25%** restante afirma que no hay valoración programada.

**SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por el **100%** de los profesionales sanitarios son la **renovación de la prescripción y el manejo de los efectos adversos**, además, el **75%** de los profesionales indican que la información y asesoramiento de la persona con EA, la valoración clínica y la revisión de la adherencia también son funciones habituales de atención primaria durante el seguimiento.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EL P. DE ASTURIAS

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

**COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:** el **67%** de los expertos encuestados afirma que no existe o desconoce acciones específicas para fomentar la coordinación social y sanitaria en el P. Asturias. Aun así, algunos expertos identifican las reuniones de equipos sociosanitarios de cada área de salud y protocolos específicos con trabajo social como mecanismos de coordinación.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO:** durante el seguimiento de la enfermedad, el papel de trabajo social es variable y a demanda según la persona con EA, no obstante, de forma general tiene un papel clave en la información sobre recursos sociosanitarios. Además, es responsable de realizar un acompañamiento de los pacientes y dar soporte en la tramitación de ayudas o recursos. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **MEDIA**.

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR:** el **50%** de los expertos encuestados resaltan que **no existe** un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- **El 100%** de los expertos encuestados afirman que la calidad de vida y la salud psíquica de los cuidadores son las áreas con mayor repercusión de la EA; **un 83%** de los expertos encuestados afirman que las consecuencias en la salud física, junto con las repercusiones en las relaciones sociales son áreas con una repercusión importante. **El 67%** de los expertos también mencionan las repercusiones en el entorno laboral y en las relaciones familiares.
- **Las acciones propuestas para mitigar** este impacto son: recursos de apoyo al cuidador (p.ej. Ayudas fiscales), talleres de formación (p.ej. educación para la salud y de capacitación en domicilio), unidades de respiro familiar para la descarga del cuidador con apoyo de terceros.

**REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:** el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre, según **el 50%** de los expertos encuestados, y casi siempre, según **el 17%**.

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

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

### RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN EL P. DE ASTURIAS

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados identifican que uno de los principales retos es la **falta de neurólogos**, lo que resulta en revisiones muy espaciadas, afectando el seguimiento adecuado de las personas con EA. Asimismo, mencionan la necesidad del trabajo multidisciplinar integrado entre todos los profesionales sanitarios en el marco de un proceso asistencial definido.

Por otro lado, se identifica un reto en cuanto a la agilidad de las interconsultas a las diferentes especialidades y específicamente a trabajo social. Finalmente, algunos profesionales afirman que los tiempos de seguimiento y revisión no se cumplen y se alargan de forma importante debido a la presión asistencial de los servicios de atención hospitalaria.

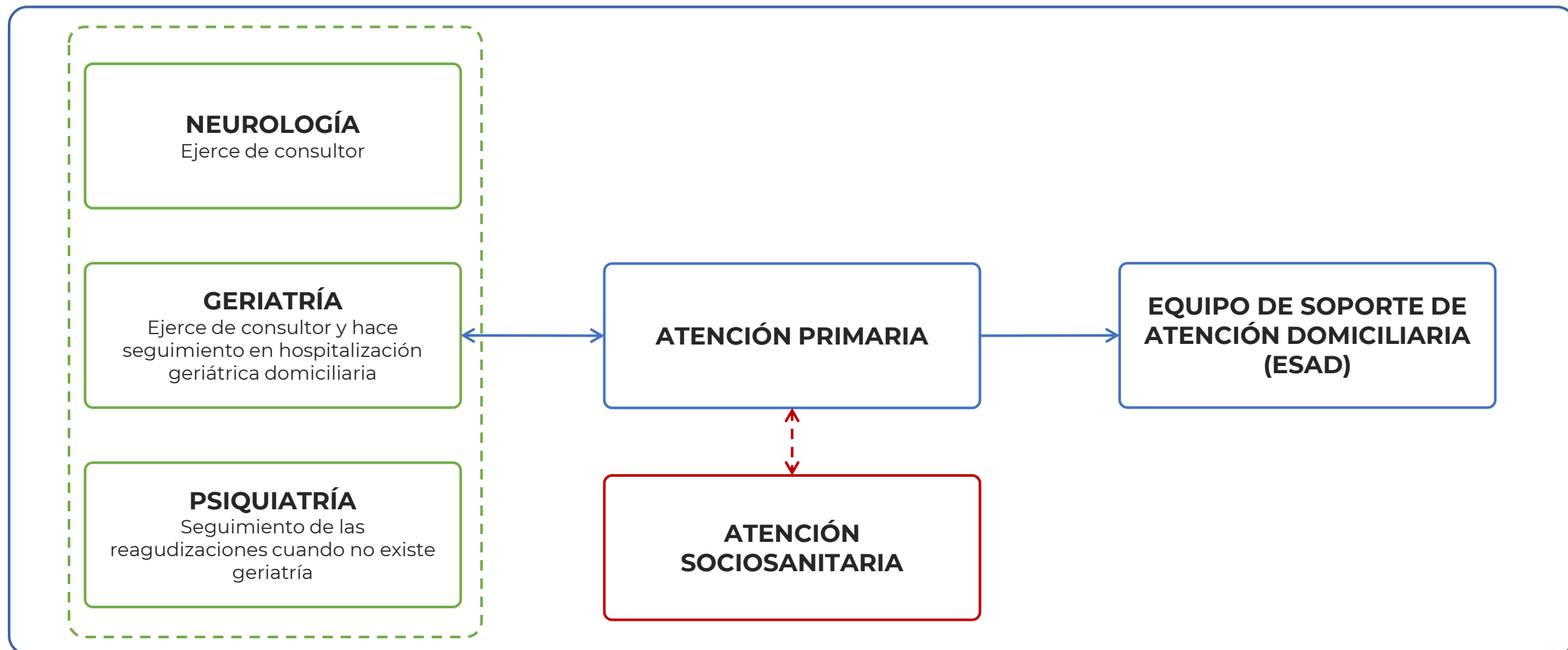
En este sentido, se ponen de manifiesto las siguientes **áreas de mejora**:

- **Mejorar la colaboración entre diferentes especialidades** para abordar las necesidades del paciente de manera más efectiva.
- **Optimizar el proceso de interconsultas** para reducir tiempos de espera y evitar las demoras en el seguimiento.
- **Incluir a trabajo social en el proceso de atención** para abordar aspectos sociales y emocionales de la enfermedad.

## AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN P. DE ASTURIAS

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6:** el **67%** de los expertos encuestados consideran que el planteamiento del **subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en el P. de Asturias.**

Los expertos encuestados consideran que esta parte del proceso es importante, ya que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. Valoran el grado de cobertura actual como **BAJO**.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** según los expertos encuestados, la función principal de trabajo social en este punto del proceso es el **apoyo y acompañamiento** a la familia de la persona con EA, junto con la información y el asesoramiento sobre los recursos disponibles.

**PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:** según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria facilitan el contacto entre la persona con EA y el equipo de cuidados paliativos, ofreciendo apoyo al equipo domiciliario. Se encargan también del seguimiento y la gestión de síntomas, en coordinación con el equipo de atención domiciliar para asegurar una atención integral y continua.

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

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

### RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL P. DE ASTURIAS

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados indican que la atención a las necesidades de las personas con EA en esta etapa es insuficiente, debido a la escasa disponibilidad de recursos y a la falta de acceso a los mismos en todos los municipios.

Se destaca la importancia de realizar un diagnóstico urgente y un seguimiento adecuado del proceso de la enfermedad. Además, se evidencia una necesidad de **incrementar los recursos de apoyo social domiciliario**, así como la falta de personal en equipos específicos y la insuficiente formación.

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

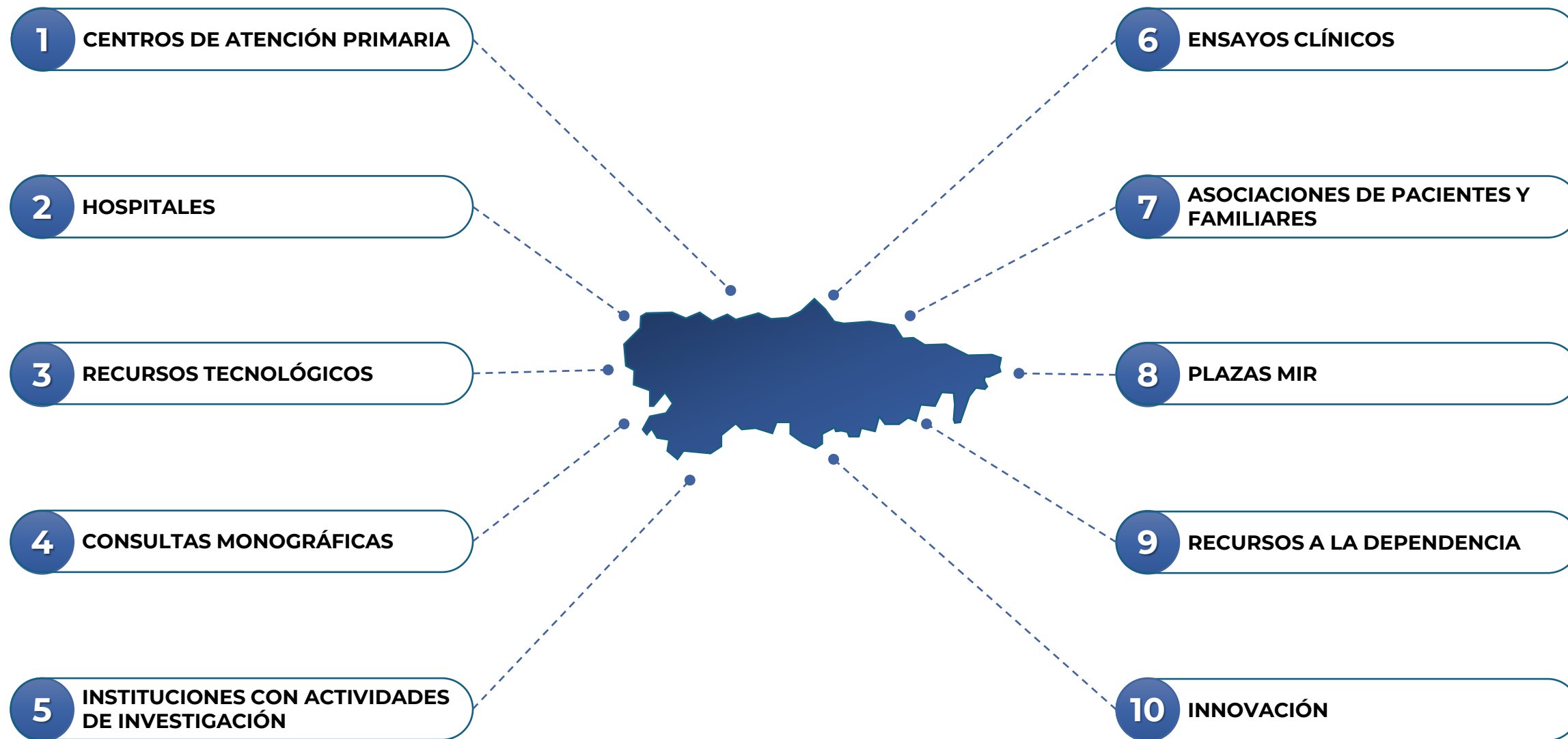
- **Extender el acceso a servicios de salud a toda la población**, garantizando cobertura en todos los municipios.
- **Priorizar el diagnóstico temprano** y establecer protocolos de seguimiento para el proceso de la enfermedad.
- **Reforzar la formación de médicos y personal sanitario** en temas relacionados con el manejo de enfermedades crónicas y cuidados paliativos.
- **Mejorar la dotación de personal** en equipos específicos y aumentar los recursos de apoyo social domiciliario.

## 4. RECURSOS DISPONIBLES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer





## 1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Total de centros	Centros de salud	Consultorios locales
<b>SNS</b>	13.040	3.042	9.998
Andalucía	1.514	409	1.105
Aragón	990	118	872
<b>P. de Asturias</b>	<b>213</b>	<b>69</b>	<b>144</b>
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



### 213 CENTROS DE AP

-69 Centros de salud  
-144 Consultorios locales

## 2 HOSPITALES

### HOSPITALES PÚBLICOS

Hospital Universitario San Agustín	Hospital Vital Álvarez Buylla
Hospital Carmen y Severo Ochoa	Hospital Monte Naranco
Hospital de Jarrio	Cti de La Corredoria
Centro de Tratamiento Integral Montevil	Hospital Universitario Central de Asturias
Hospital Universitario de Cabueñes	Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián
Hospital Valle del Nalón	

### HOSPITALES PRIVADOS

Fundación Hospital de Avilés	Fundación Sanatorio Adaro
Hospital Gijón	Centro Salud Mental Pérez Espinosa
Centro Terapéutico Vista Alegre	Clínica San Rafael
Clínica Psiquiátrica Somio	Instituto Oftalmológico Fernández-Vega
Hospital Begoña	Centro Medico de Asturias
Hospital Covadonga	Clínica Asturias
Hospital Cruz Roja Gijón	Hospital de Luarca
Hospital de Jove	



**26 HOSPITALES**

-11 Públicos  
-15 Privados

## 2 HOSPITALES

### PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	Total de camas	Puestos de Hospital de día
<b>SNS</b>	<b>114.671</b>	<b>21.000</b>
Andalucía	15.826	3.831
Aragón	4.088	444
<b>P. de Asturias</b>	<b>3.074</b>	<b>764</b>
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
C. Valenciana	10.156	1.413
Extremadura	3.480	341
Galicia	7.409	931
C. de 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
<b>PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
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
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>926</b>	<b>804</b>	<b>185</b>	<b>135</b>



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

## 4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

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

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

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

CENTRO	UNIDAD
Hospital Universitario Central de Asturias	Unidad de Demencias
Hospital Universitario de Cabueñes	Unidad de Demencias y Neuropsicología
Hospital Monte Naranco de Oviedo	Unidad de Deterioro Cognitivo

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

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

**FUENTE:**

Webs institucionales de hospitales. Acceso noviembre 2024

## HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Demencias

**SERVICIO:** Neurología

**LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO:** --- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 2.580 pacientes | RM 5.492 pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Demencias y Neuropsicología

**SERVICIO:** Neurología

**LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO:** --- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC 883 pacientes | RM 2.940 pacientes

## HOSPITAL MONTE NARANCO DE OVIEDO

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Deterioro Cognitivo

**SERVICIO:** Geriatría

**LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO:** xxx pacientes

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



En Asturias, existen **0,12** 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 Asturias es de **0,29**

**FUENTE:** Principado de Asturias. Lista de espera pruebas.  
<https://www.astursalud.es/listasesperaconsultatecnica>

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

## 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 el P. Asturias.

### INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias – Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (ISPA-FINBA)

### OTRAS INSTITUCIONES

Universidad de Oviedo



Se han identificado un total de **2** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Investigación clínico-básica en Neurología</p> <p>Hospital Universitario Central de Asturias <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sublínea de Enfermedades Neurodegenerativas.</li> <li>• Sublínea de Biomarcadores de Patología Neurológica.</li> <li>• Sublínea de enfermedades cerebrovasculares.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Investigación en Psiquiatría</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos mentales y del comportamiento: neurodesarrollo, neurodegeneración, biomarcadores y comunes.</li> <li>• Salud Mental: prevención, evaluación psicométrica, conductas suicidas, y adicciones.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Oftalmología, Terapias avanzadas y Glicómica</p> <p>Universidad de Oviedo <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteoglicanos y Microbiología Ocular.</li> <li>• Inervación y Regeneración de la Superficie Ocular.</li> <li>• Investigación Traslacional en Terapias Avanzadas.</li> <li>• Neurobiología de la Retina.</li> <li>• Enfermedades Neurodegenerativas.</li> </ul>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>                      Oxidative Stress Knowledge and Advanced Research</p> <p>Universidad de Oviedo  <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envejecimiento.</li> <li>• Autofagia y muerte celular programada.</li> <li>• Tenderización y bienestar animal.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>                      Arquitectura subcelular</p> <p>Centro de Investigación en Nanomateriales y Nanotecnología  <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la arquitectura subcelular por nanotomografía y procesamiento de imagen</li> <li>• Análisis de Centros Organizadores de Microtúbulos por crio-tomografía electrónica</li> <li>• Desarrollo de métodos de procesamiento de imagen 2D y 3D</li> <li>• Computación de altas prestaciones</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>                      Neurociencia de la conducta</p> <p>Universidad de Oviedo  <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionamiento de redes neurales a lo largo del desarrollo postnatal y prematuridad. Aprendizaje y memoria espacial: estimulación/inhibición mediante energía de las citadas redes neurales.</li> <li>• Encefalopatía hepática mínima y sus relaciones con los sistemas endocrino-inmune y microbiota. Fotobiomodulación.</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>                      Investigación en Plaquetas: biología, patología y aplicaciones terapéuticas</p> <p>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias  <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de la fisiopatología de trombocitopenias congénitas, adquiridas o autoinmunes y en otras patologías hematológicas.</li> <li>• Estudio de la función y características moleculares de las plaquetas en pacientes Hemofílicos.</li> <li>• Estudio de la producción y función de las plaquetas en patologías no hematológicas.</li> <li>• Estudio de la función de las plaquetas durante el desarrollo embrionario, neonatos y pediátricos.</li> <li>• Estudio de la función plaquetaria bajo anestesia (y su manejo).</li> <li>• Desarrollo de nuevas terapias basadas en plaquetas.</li> </ul>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

GRUPOS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Mecanobiología</p> <p>Universidad de Oviedo <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura y distribución de los mecanorreceptores: este grupo es referente internacional por sus estudios desde hace 40 años de los mecanorreceptores cutáneos (corpúsculos de Meissner, Pacini, Ruffini y complejos células de Merkel-neurita), así como de los mecanorreceptores articulares y en otros órganos. En el contexto de mecanorreceptor se incluyen las neuronas mecanosensibles de los ganglios sensitivos periféricos (raquídeos y de los pares craneales).</li> <li>• Desarrollo y mantenimiento trófico de los mecanorreceptores: estudios sobre el desarrollo de los mecanorreceptores y el papel de diferentes factores de crecimiento en su desarrollo y mantenimiento.</li> <li>• Estructura comparada de los mecanorreceptores: se trata de estudios comparativos entre los mecanorreceptores de los mamíferos, especialmente el hombre, y otros vertebrados (primates, aves y peces).</li> <li>• Distribución de las proteínas/canales iónicos mecanosensibles (especialmente los de la familia PIEZO, y los mecanosensibles de las superfamilias TRP y ASIC) en los tejidos nerviosos y no nerviosos.</li> <li>• Anomalías en los mecanorreceptores (estructura, densidad, localización) y en el patrón proteico de los mismos asociados a diferentes patologías que cursan con alteraciones de la somatosensibilidad (diabetes, dolor crónico de diferentes etiologías, enfermedades debidas a mutaciones en los sistemas moleculares responsables de algunas patologías, etc).</li> </ul>
<p><b>NEUROCIENCIAS Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b> Envejecimiento cerebral y enfermedades neurodegenerativas</p> <p>Universidad de Oviedo <b>ISPA-FINBA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de nuevos métodos y técnicas para el estudio cualitativo y cuantitativo del sistema nervioso y sus patologías asociadas.</li> <li>• Estudio del envejecimiento cerebral normal en humanos y animales. Enfermedades neurodegenerativas, algunas asociadas al proceso de envejecimiento, como Alzheimer, Parkinson y Esclerosis Múltiple.</li> <li>• Papel de las apolipoproteínas en el sistema nervioso central normal y patológico. En particular, el estudio de la Apo D en los procesos de desmielinización y remielinización nerviosa. Implicación en la Esclerosis Múltiple.</li> <li>• Cannabinoides y sus receptores en un modelo celular de toxicidad inducida por cuprizona (Esclerosis Múltiple).</li> <li>• Papel del metabolismo del hierro en el avance de la Enfermedad de Alzheimer.</li> </ul>
<p><b>BIOLOGÍA FUNCIONAL</b> NEUROSEN – Neurobiología de los sistemas sensoriales</p> <p><b>Universidad de Oviedo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No especifica.</li> </ul>

## 6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

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

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2023-504991-31-00	Assessment of the Efficacy, Safety, and Tolerability of AVP-786 for the Treatment of Agitation in Patients With Dementia of the Alzheimer's Type.



1

Ensayo clínico de Alzheimer en Asturias

### DATOS SOBRE EECC EN ASTURIAS

En Asturias existen **0,04 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

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

**0,10**

7

## ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

### AFAS

AFA ASTURIAS	<a href="mailto:asturias@asociacionalzheimer.com">asturias@asociacionalzheimer.com</a>	961510002
Asociación Democrática de Familiares de Alzheimer de Asturias (ADAFa)	<a href="mailto:info@adafa.org">info@adafa.org</a>	985321525
Fundación Alzheimer Asturias	<a href="mailto:asturias@fundacionalzheimer.com">asturias@fundacionalzheimer.com</a>	984192020

+

3

Asociaciones de Familiares y Pacientes en Asturias

### DATOS SOBRE AFAS EN ASTURIAS

60%

de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones. El **40%** restante lo considera **NULO**.

60%

de los expertos encuestados consideran que habitualmente no se tienen en cuenta la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA.

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

### PLAZAS MIR 2024

- **4** Neurología
- **6** Geriatría
- **7** Psiquiatría
- **62** Medicina familiar y comunitaria

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

## NEUROLOGÍA

OVIEDO	H. UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	2
GIJÓN	H. UNIVERSITARIO DE CABUEÑES	2

## GERIATRÍA

OVIEDO	H. MONTE NARANCO DE OVIEDO	6
--------	----------------------------	---

## PSIQUIATRÍA

OVIEDO	H. UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	2
MIERES	H. ALVAREZ BUYLLA	1
GIJÓN	H. UNIVERSITARIO DE CABUEÑES	2
AVILÉS	H. UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN	1
LANGREO	H. VALLE DEL NALÓN	1

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA III-AVILÉS	8
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA IV-OVIEDO	14
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA V-GIJÓN	16
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA VII-MIERES	6
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA VIII-LANGREO	6
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA II-CANGAS DEL NARCEA	4
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA I-JARRIO	4
OVIEDO	UDM AFYC DE ASTURIAS ÁREA SANITARIA VI ORIENTE	4

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

**100%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en el P. Asturias es **MODERADO**.

**50%** de los profesionales sanitarios afirman que se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

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

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

## 9 DEPENDENCIA

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

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

### GRADOS DE DEPENDENCIA

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

### SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

- Promoción de la autonomía
- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Centro de día/noche
- Atención residencial
- Prestaciones económicas

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

El **servicio de promoción de la autonomía personal** de las situaciones de dependencia **tiene por finalidad desarrollar y mantener las capacidades personales**, apoyando la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y previniendo del agravamiento de la situación de dependencia. Este servicio se presta en centros de día y residencias para personas mayores y con discapacidad.

El **servicio de promoción de la autonomía personal en el ámbito rural** (Programa Rompiendo Distancia) tiene **por finalidad promover la autonomía personal y prevenir situaciones de dependencia en personas adultas en situación de fragilidad**, fomentando la convivencia, participación e integración social en zonas rurales.

### TELEASISTENCIA

El servicio de teleasistencia proporciona **atención inmediata y a distancia a personas mayores o con discapacidad**, ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, mediante el uso de tecnologías de la comunicación, facilitando la **permanencia en su entorno habitual con seguridad**. Entre los servicios, se encuentran:

- **Atención telefónica en situaciones de urgencia sanitaria o social**, producidas en el domicilio.
- **Contacto con familiares y movilización de recursos** si la urgencia lo requiere.
- **Seguimiento periódico** mediante contacto telefónico, recordatorio de citas, etc.
- **Teleasistencia móvil**: posibilita el que las personas usuarias puedan solicitar ayuda también fuera de su domicilio
- **Teleasistencia de seguridad**: detector gas y/o humo, permite detectar situaciones potencialmente peligrosas para la persona usuaria; y dispositivo de monitorización de actividad, comprueba si se hace uso de la unidad de control remoto y si la persona se desplaza por la vivienda. Envío de alerta en caso de no registrar actividad en el tiempo prefijado.

FUENTE:

- P. Asturias . <https://socialasturias.asturias.es/autonom%C3%ADa-personal-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia>

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDA A DOMICILIO

El servicio de ayuda a domicilio ofrece **apoyo en tareas domésticas y cuidados personales a personas en situación de dependencia**, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y fomentar su autonomía en el hogar.

El proceso de atención se basa en una valoración integral de las necesidades y potencialidades de la persona usuaria y su red de apoyo mediante herramientas técnicas. A partir de esta valoración, se diseña e implementa un **Plan de Atención Personalizado (PAP)**, que se elabora con la participación y consentimiento del usuario o su familia y contempla.

El PAP aborda **necesidades personales, domésticas, psicosociales y sociocomunitarias**, incluyendo apoyo en actividades diarias, tratamiento médico, movilidad, tareas domésticas, integración social y acompañamiento. Se adapta a la evolución del usuario mediante consenso, promoviendo autonomía, bienestar y participación con soporte técnico y coordinado con su red de apoyo.

### APOYO EN EL ENTORNO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El servicio asiste a personas de 0 a 65 años con discapacidad intelectual, física o sensorial, promoviendo su autonomía y la integración comunitaria.

Incluye un PAP con apoyo familiar, económico y en actividades diarias. Se adapta a cada situación, fomenta la independencia y previene el desgaste familiar.

**FUENTE:**

- P. Asturias. <https://socialasturias.asturias.es/autonom%C3%ADa-personal-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia>

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ATENCIÓN RESIDENCIAL

El servicio de atención residencial es el servicio de carácter permanente o temporal, que constituye la residencia habitual de la persona en situación de dependencia y ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitaria, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de los cuidados que precise.

Se incluyen como servicios de atención residencial que proveen prestaciones de manera continuada las siguientes tipologías de centros:

- **Residencias para personas mayores**, en situación de dependencia que no puedan seguir viviendo en su domicilio.
- **Residencias para personas con discapacidad física, intelectual o con problemas de salud mental**, de 18 a 65 años, sin soporte socio-familiar adecuado, que precisan diferentes apoyos en las actividades de la vida diaria.
- **Servicio de alojamiento con apoyos para personas mayores o en situación de dependencia**, proporciona alojamiento en apartamentos residenciales para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial. Los apartamentos son pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido, sin necesidad de apoyos intensos.

Incluye apoyo en actividades básicas de la vida diaria, atención sociosanitaria, actividades lúdicas y de relación comunitaria, además de servicios de alojamiento, manutención y otros cuidados personales.

Los servicios están sujetos a una participación económica de copago, en el que la persona usuaria contribuye económicamente según su capacidad.

233

**RESIDENCIAS**  
PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Listado de residencias incluido en el anexo 1

**FUENTE:**

- P. Asturias . <https://socialasturias.asturias.es/autonom%C3%ADa-personal-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia>

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### CENTROS DE DÍA

Los **servicios de centro de día** son un recurso social que ofrece, durante el día, enfocados en promover el bienestar y la integración de personas mayores y con discapacidad. Buscan mejorar la calidad de sus usuarios mediante una atención personalizada, actividades adaptadas y apoyo a las familias. Se ofertan diferentes servicios:

- **Centros Sociales para Personas Mayores:** espacios destinados a fomentar la participación social y el envejecimiento activo mediante actividades recreativas, culturales, formativas y de promoción de la salud.
- **Centro de Día para Personas Dependientes:** ofrecen atención integral diurna a personas mayores en situación de dependencia, promoviendo la autonomía personal, desarrollando capacidades y proporcionando respiro a las familias.
- **Centro Rural de Apoyo Diurno:** dirigido a mayores en áreas rurales, proporciona servicios similares a los centros de día, fomentando la integración social y ofreciendo apoyo a las familias en zonas de difícil acceso.
- **Centro de Apoyo a la Integración (CAI):** brinda atención integral y actividades ocupacionales a personas con discapacidad, promoviendo su desarrollo personal, social y laboral para facilitar su inclusión comunitaria.

74

**CENTROS DE DÍA**

Listado de centros de día incluido en el anexo 2

**FUENTE:**

- P. Asturias . <https://socialasturias.asturias.es/autonom%C3%ADa-personal-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia>

## PRESTACIONES ECONÓMICAS

### PRESTACIÓN ECONÓMICA Y AYUDAS

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

- **Prestación económica vinculada al servicio:** destinada a cubrir el coste de un servicio reconocido en el Programa Individual de Atención (PIA) cuando no es posible acceder a un servicio público o concertado. Esta prestación permite a la persona en situación de dependencia contratar servicios en el ámbito privado.
- **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar:** ayuda económica periódica que contribuye a los gastos derivados de la atención domiciliaria que una persona en situación de dependencia recibe por parte de su red informal de apoyo. Su finalidad es favorecer la permanencia de la persona en su entorno y apoyar a los cuidadores no profesionales.
- **Prestación económica para asistente personal:** ayuda económica periódica destinada a cubrir los gastos de contratación de un asistente personal que facilite a la persona en situación de dependencia el acceso a la educación, trabajo y una vida más autónoma. El asistente personal apoya en actividades básicas de la vida diaria y en la participación en la comunidad.
- **Ayudas para la adquisición de productos de apoyo:** ayudas individuales de pago único destinadas a la adquisición de productos de apoyo y a la eliminación de barreras arquitectónicas en el hogar. Estas ayudas buscan mejorar la accesibilidad y la autonomía de personas con discapacidad o mayores de 65 años.
- **Ayudas para personas con discapacidad para el transporte a recursos de atención especializada:** destinadas a facilitar el acceso de personas con discapacidad a recursos de atención especializada, cubriendo gastos de transporte y garantizando su participación en programas y servicios específicos.
- **Ayudas para el acogimiento familiar de personas mayores:** ayudas económicas periódicas destinadas a apoyar a familias que acogen en su hogar a personas mayores, cubriendo gastos derivados del alojamiento y cuidados. Este programa busca favorecer la convivencia y la atención en un entorno familiar para personas mayores que no pueden permanecer en su propio domicilio.

Para acceder a estas prestaciones y ayudas, es necesario cumplir con los requisitos específicos de cada una y realizar la solicitud a través de los canales habilitados por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.

**FUENTE:**

- P. Asturias . <https://socialasturias.asturias.es/autonom%C3%ADa-personal-y-atenci%C3%B3n-a-la-dependencia>

## RESULTADOS SOBRE LOS RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA EN EL P. ASTURIAS

Los expertos encuestados desconocen si en el P. Asturias se dispone de recursos específicos para personas con EA leve. En cuanto a la atención de personas con EA grave, únicamente un experto identifica un centro de día orientado a la atención de estas personas.

El **67%** de los expertos encuestados identifican la atención domiciliaria como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; un **50%** de los expertos encuestados identifican la teleasistencia y un **33%**, los pisos tutelados o alojamientos residenciales.

El **83%** de los expertos encuestados desconocen si existen recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes (menores de 65 años), el **17%** restante, señala la existencia de centros de día destinado a grupos jóvenes.

**DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** el **100%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde.

**INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA:** el **67%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA **no son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**, o lo desconocen; el **33%** restante afirman que si son informadas de todos los recursos disponibles (privados, públicos y concertados).

## RESULTADOS SOBRE LOS RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA EN EL P. ASTURIAS

**OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** **67%** de los expertos encuestados afirman que la atención domiciliaria es el recurso habitualmente disponible para la dependencia; un **50%** indica además la teleasistencia, y otro **33%** indican otros recursos adicionales, como los pisos tutelados, los centros de día o los alojamientos residenciales.

**OFERTA DE OTROS RECURSOS:** un **83%** de los expertos encuestados opinan que el recurso más ofertado son los recursos de apoyo a la dependencia y un **17%** refiere, además, a la protección legal, junto con la prevención de riesgos.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** el **67%** de los expertos encuestados valoran como **NULO** el papel de trabajo social en la EA; mientras que el **33%** restante lo considera **MODERADO**.

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

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

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

## 10 INNOVACIÓN

### RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

**En el P. de Asturias**, se han iniciado terapias no farmacológicas innovadoras tales como:

- Programa de Fundación de Neurociencias para cuidadores “Cuídate para cuidar: El autocuidado como pilar esencial para los cuidadores de personas con demencia”
- Unidad de convivencia del Centro Polivalente de Recursos (CPR) de Arriondas
- Estimulación sensorial: Sala Snoezelen
- Jardín Terapéutico Asistencial
- Programa de terapia asistida con perros.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## **Incrementar los recursos personales y materiales:**

- Asegurar una mayor asignación de financiación para cubrir tanto los recursos humanos como materiales necesarios para una atención adecuada a las personas con EA.
- Aumentar el número de herramientas diagnósticas disponibles, mejorando el acceso a pruebas para un diagnóstico temprano.

## **Integrar y protocolizar los cuidados:**

- Establecer un protocolo de atención integral a la persona con EA, que incluya no solo la valoración clínica, sino también la valoración social temprana, garantizando que todas las necesidades del paciente sean atendidas de manera holística.
- Promover consultas de alta resolución que permitan una evaluación más rápida y precisa de las personas con EA, mejorando la eficacia de los tratamientos.

## **Priorizar las necesidades sentidas por las personas con EA y sus cuidadores:**

- Dar prioridad a las necesidades sentidas por las personas con EA y sus cuidadores, asegurando que el enfoque de atención se centre en lo que realmente importa para ellos, ajustando los servicios a sus expectativas y necesidades.
- Pasar de una oferta de dispositivos y servicios estándar a una atención que cubra de manera específica las necesidades individuales de los pacientes y sus familias.

## **Derivación temprana a trabajo social:**

- Establecer protocolos que favorezcan la derivación temprana a trabajo social sanitario, con el fin de ofrecer apoyo integral a las personas con EA y sus familiares desde las primeras etapas de la enfermedad.

## **Mejorar la formación y los recursos humanos:**

- Ajustar las plantillas y las agendas de los profesionales de la salud para garantizar que haya suficiente personal disponible y con la formación adecuada para manejar las complejidades de la EA.
- Ofrecer formación específica y continua a los profesionales de salud para mejorar su capacidad de diagnóstico y tratamiento, asegurando que estén actualizados con los últimos avances en el cuidado de la enfermedad.

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

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

- Desde MapEA 2017, en el P. Asturias **se han desarrollado tres nuevas herramientas** de planificación y gestión relacionadas con la EA, las *Actualización del PCAI Demencia (2017)*, *Informe de Situación de Salud en Asturias (2018)*, *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*, y el *Plan de Salud Mental de Asturias (2023 - 2030)*, con un **grado de implementación y conocimiento moderado** según los expertos encuestados, y el *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021 (2019)* con un **grado de implementación moderado y conocimiento bajo**.
- Asimismo, a nivel nacional se elaboró el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** cuyo nivel de implementación en el P. Asturias se considera moderado y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** cuyo nivel de implementación en el P. de Asturias también moderado.

## PROCESO ASISTENCIAL:

- Según el presente análisis **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**. Entre otros, destacan los siguientes puntos:
  - La falta de formación y recursos dificulta la detección temprana y las derivaciones adecuadas en atención primaria.
  - Falta de recursos, herramientas y coordinación, que retrasan el acceso a diagnósticos y tratamiento oportuno.
  - Necesidad de homogeneizar y agilizar el proceso asistencial, reducir tiempos de espera y aumentar el tiempo en consulta para ofrecer una atención integral adecuada.
  - Necesidad de mejorar la coordinación entre profesionales y agilizar la prescripción de medicamentos, así como falta de recursos sociosanitarios públicos.
  - Falta de profesionales y necesidad de mejorar la colaboración entre especialidades; falta de integración de trabajo social.

## RECURSOS:

- Respecto a la situación de 2017, se observa un ligero aumento de recursos tecnológicos disponibles en el P. Asturias: el número de **TACs** disponibles ha aumentado de **17** a **20** máquinas; el número de **RMs** disponibles ha aumentado de **13** a **19** en la actualidad y el número de **SPECT** también ha aumentado, pasando de **0** a **4** pruebas. No obstante, el número de **PET** se ha mantenido estable, **3** máquinas.

## GLOSARIO

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AFA</b>	Asociación de Familiares de Alzheimer
<b>AIVD</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria
<b>ApoE</b>	Apolipoproteína E
<b>CAI</b>	Centro de Apoyo a la Integración
<b>CPR</b>	Centro Polivalente de Recursos
<b>EA</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>ESAD</b>	Equipos de soporte de atención domiciliaria
<b>HCE</b>	Historia clínica electrónica
<b>LCR</b>	Líquido cefalorraquídeo
<b>PCAIS</b>	Programas Claves de Atención Interdisciplinar
<b>PAP</b>	Plan de Atención Personalizado
<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>PET FDG</b>	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
<b>PIA</b>	Programa Individual de Atención
<b>REEC</b>	Registro Español de Ensayos Clínicos
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada
<b>TRO</b>	Test del Reloj



# Proyecto MapEA

---



# ANEXOS

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
CPR Sotiello Moreda	Aller	985 48 38 77
Residencia Marad	Aller	985 48 71 12
Residencia de Mayores La Minería	Aller	985 48 75 11 / 985 48 75 86
Residencia de Amieva	Amieva	619 33 90 47 / 985 94 48 30
CPR El Nodo	Avilés	985 56 39 60
Residencia DomusVi Los Telares	Avilés	985 52 78 19 / 985 52 78 20
Nelva Residencia de 3ª edad	Avilés	985 52 01 36
Residencia Geriátrica La Santina	Avilés	985 56 16 50
DomusVi El Quirinal	Avilés	984 83 30 15
Residencia El Quirinal	Avilés	984 10 05 75
Residencia Santa Teresa Jornet	Avilés	985 52 17 86
CPR Los Canapés	Avilés	985 51 12 53
CPR Belmonte	Belmonte de Miranda	985 76 22 82
Residencial Los Laureles	Bimenes	985 70 48 88
Residencia municipal de Boal	Boal	985 62 03 97
Residencia La Ventana del Urriellu	Cabrales	985 84 50 94
Residencia Santa Eulalia de Cabranes	Cabranes	984 08 22 48
Residencia geriátrica Doña Manolita	Candamo	985 82 95 94
Centro de alojamiento para personas mayores Alcalde José Luis Fernández	Candamo	984 11 13 21
Fundación Hogar Beceña González	Cangas de Onís	985 84 80 03
Hogar San José	Cangas del Narcea	985 81 02 07
Residencia El Cristo	Carreño	985 88 48 50
Hotel Geriátrico Algamar	Carreño	985 87 18 10
Residencia San Juan	Carreño	985 16 75 82 / 984 10 30 02

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Geriátrica Perlora	Carreño	647 79 13 14 / 985 88 47 19
Residencia Rey Pelayo	Carreño	985 88 50 44
Residencia Xana de Mar	Carreño	985 87 04 39
Residencia San Pancracio	Carreño	985 88 48 68
Residencia Virgen del Coral	Castrillón	984 04 12 31
Centro Geriátrico Salinas	Castrillón	985 50 05 75
Residencia Clínica Rozona	Castrillón	985 53 05 26 / 985 53 05 36
Residencia Santa María I	Castrillón	985 51 98 94
Geriátrico Argüelles	Castrillón	985 51 90 86
CPR Palacio del Villar	Castrillón	985 53 35 57
Residencia Los Indianos	Colunga	985 85 60 27
CPR Lastres	Colunga	985 94 98 97
Centro Residencial Armayor	Corvera de Asturias	985 51 47 82
Residencial Verdeja	Corvera de Asturias	985 57 57 51
Mejora Residencial	Corvera de Asturias	984 09 19 41
Residencia Casa del Mar	Cudillero	985 12 25 40
Vivienda tutelada San Martín de Luiña	Cudillero	985 59 66 31
Residencia de mayores Vega de Lleirá	Franco (El)	985 63 79 07 / 661 32 23 43
Residencia San Ramón	Gijón	985 17 22 80 / 639 78 80 27
Centro Sociosanitario Gijón	Gijón	985 36 06 12
Residencia de 3ª edad Cimadevilla	Gijón	985 35 93 19 / 985 35 10 21
Residencia Roces y Mijares	Gijón	985 34 41 86
Residencia Dalia	Gijón	984 49 05 69
Centro Residencial Abantos II	Gijón	985 17 20 14

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencial Villa de Somiό	Gijón	985 33 54 40 / 610 77 46 96
Residencial Los Arces	Gijón	985 13 38 54
Residencia El Jardín de Somiό	Gijón	985 43 47 85
Residencia Santa Teresa de Jesús Jornet	Gijón	985 36 25 11
Residencia Geriátrica Parquemar	Gijón	984 39 55 15
Residencial El Castillo	Gijón	985 36 21 10
Residencia de 3ª edad Nuestra Señora de Covadonga	Gijón	985 33 33 23
Residencia La Guía	Gijón	985 13 25 21 / 685 89 08 64
Residencia San Nicolás	Gijón	985 36 76 28
Residencia La Golondrina	Gijón	984 39 94 50
Hogar Residencia Plaza Real Gijón	Gijón	985 19 63 69
Residencia El Bibio	Gijón	985 13 50 84
Gerontológico Jovellanos	Gijón	985 19 60 54
Residencia El Carmen - Grupo Instituto Gerontológico IGA	Gijón	985 19 56 56
Residencial Zarracina	Gijón	985 33 54 06
Residencia El Elíseo	Gijón	984 29 91 29
Residencia Virgen de los Reyes	Gijón	985 34 60 40
CPR Clara Ferrer	Gijón	985 14 54 80
Residencia La Inmaculada	Gijón	985 15 47 63
DomusVi La Sirena	Gijón	985 17 47 97
Residencia Espíritu Santo Plaza Camín	Gijón	985 99 09 18
Residencia Padre Santo	Gijón	984 49 13 37
CPR La Mixta	Gijón	985 14 39 00
Centro Gerontológico Costa Verde	Gijón	984 19 07 04

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia La Dehesa	Gijón	985 16 30 01
Centro gerontológico Montevil	Gijón	985 14 70 30
CPR Aurora Álvarez-Montevil	Gijón	985 14 07 07
Apartamentos Sierra del Suevo	Gijón	985 18 54 22
Ballesol Gijón	Gijón	985 14 77 50
Lar de Noega Residencia para mayores	Gijón	985 15 90 00
Centro Gerontológico Lauredal	Gijón	984 49 15 16
Apartamentos Gijón	Gijón	985 30 00 66
Residencia Atalaya	Gijón	985 32 89 46
Residencia San Antonio	Gijón	985 16 71 26
Residencia La Alameda	Gijón	985 88 77 49 / 947 79 13 14
Residencia de 3ª edad Quinta Victoria	Gijón	985 16 72 47
Centro para mayores Los Nozales	Gijón	985 13 78 60
Residencial Valle del Sol	Gijón	985 13 73 98
Centro Residencial Kaizen	Gijón	985 33 81 15
Residencia Villaverde	Gijón	984 04 13 94
Residencia El Pardo	Gijón	985 13 61 73 / 670 63 34 32
DomusVi Palacio de Caldones	Gijón	985 13 66 33 / 985 13 66 55
Residencia de la 3ª edad La Villa	Gijón	985 16 77 97
Centro Residencial La Ería	Gijón	985 16 83 93 / 644 16 34 28
Residencia Santa Irene	Gijón	985 16 74 40 / 606 22 25 85
Villa Residencial Espíritu Santo	Gijón	985 16 70 86
Residencia geriátrica Cristo de la Abadía	Gijón	985 16 79 33 / 649 45 33 24
Residencia San Blas	Gijón	985 36 66 42

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Geriátrico Robles	Gijón	985 19 53 14
Residencia Sagrada Familia	Gijón	985 33 29 33
Residencia Los Sauces	Gijón	985 36 08 70
Residencia La Casina de Vanía	Gijón	636 05 46 85 / 660 19 96 25
Residencia Castiello	Gijón	985 13 33 67
Residencia San Miguel	Gijón	985 19 57 39 / 606 33 66 06
Centro Gerontológico Costamar	Gozón	985 88 36 76
Centro Geriátrico Luanco	Gozón	984 39 40 41
Residencia La Panoya 3ª edad	Gozón	985 88 20 28 / 650 03 74 87
Residencial Berció	Grado	985 78 61 77 / 655 77 63 24
Residencia Grado	Grado	985 75 31 42
Residencia La Casona	Grado	984 10 20 65
Vivienda tutelada Grandas de Salime	Grandas de Salime	985 62 72 22
Residencia Geriátrica Teodulfo Lagunero	Ibias	985 81 61 01
Residencia Geriátrica El Dorado	Langreo	
Residencia Chalet Imperio	Langreo	985 67 83 70
Fundación Sanatorio Adaro	Langreo	985 69 21 11
Residencia Virgen del Carbayu	Langreo	985 97 26 96
Geriátrico El Nadal	Langreo	985 68 37 41 / 639 48 76 90
Mentalía Langreo	Langreo	985 67 87 57
CPR Riaño	Langreo	985 65 21 21
Residencia para mayores Nuestra Señora del Fresno	Langreo	985 68 30 68
Residencia VIFASA	Langreo	985 04 34 75
Fundación Patronato de San José	Langreo	985 68 00 14

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Gerontovega	Langreo	985 69 15 45
Residencia La Flor de Lada	Langreo	984 18 35 60
CPR Laviana	Laviana	985 61 08 00
Fundación Residencia Canuto Hevia	Lena	985 49 01 60 / 985 49 11 31
Centro Residencial Pérez Espinosa	Llanera	985 77 16 77
Residencia El Parador	Llanera	985 77 25 48 / 670 91 27 94
Residencia La Familia	Llanera	985 77 19 30
Residencia de 3ª edad Margarita	Llanera	985 77 22 55
Residencia Llanes	Llanes	985 40 02 00
Fundación Residencia Faustino Sobrino	Llanes	985 40 02 60
Residencia Quintana de Pancar	Llanes	985 40 27 43
Residencia Sierra del Cuera	Llanes	985 40 74 14 / 985 40 74 15
CK Senior Celorio	Llanes	985 40 30 75
Residencia Nuestra Señora del Rosario	Mieres	985 45 32 51
Residencia El Padrún	Mieres	985 46 87 98 / 657 96 07 06
Residencia de personas mayores Valle del Caudal	Mieres	985 45 01 49 / 985 45 00 55
CPR La Vega de Mieres	Mieres	985 42 78 03
Centro Sociosanitario Bustiello	Mieres	985 42 25 61
Residencia Abuli	Mieres	985 44 41 13
Residencia Picu Siana	Mieres	985 45 31 21
Centro Gerontolóxico de Ablaña	Mieres	985 45 66 01
Residencia Imperial	Mieres	985 44 60 89
Centro Gerontolóxico La Comarca del Mayor	Nava	985 71 60 48
Residencia DomusVi Carancos	Nava	985 70 42 89

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (VII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia San Francisco y Santa Rita	Navia	985 63 01 70
Residencia Noreña	Noreña	985 74 37 27
Residencia Casa de Llano Ponte	Noreña	985 74 42 84 / 687 96 11 24
Geriátrico Sanibel	Oviedo	985 22 86 42 / 695 20 42 29
Vetusta Uría	Oviedo	985 20 76 49
CPR El Cristo	Oviedo	985 23 38 50
Residencia Geriátrica Morate	Oviedo	985 23 86 53
Montecerrao Asistencial	Oviedo	944 65 59 93
Ovida Asistencial	Oviedo	902 35 09 02
Apartamentos Covadonga	Oviedo	985 27 05 93
Residencia Aramo Bombé	Oviedo	985 20 52 09
Residencia Aramo Auditorio	Oviedo	984 70 80 27
CPR Santa Teresa	Oviedo	985 24 10 29
Centro Geriátrico Cruz de la Victoria	Oviedo	985 20 13 31
Residencia La Rosaleda	Oviedo	985 22 88 79 / 600 50 69 45 / 670 91 27 94
Residencia Santa Elena	Oviedo	985 21 96 89
Residencia Aramo Rosal	Oviedo	985 20 52 09
DomusVi Colloto	Oviedo	985 98 54 64
Colisée Oviedo	Oviedo	985 27 27 27
Residencia Nuestra Señora de Montserrat II	Oviedo	985 79 44 83
Centro Gerontológico Washington	Oviedo	985 98 58 17
CPR Tenderina	Oviedo	985 11 87 57
Residencia Trisquel	Oviedo	985 78 27 19
DomusVi La Florida	Oviedo	985 96 43 70

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (VIII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Geriátrica Virgen de Guía	Oviedo	985 21 68 43
Residencia Hogar Nuestra Señora del Rosario	Oviedo	985 29 43 74
CPR El Naranco	Oviedo	985 95 07 80
Residencia San Roque	Oviedo	985 78 04 60
Centro geriátrico Mirasol	Oviedo	985 78 01 97
Residencial San Esteban	Oviedo	985 90 68 40
Residencia Santirso El Bosque	Oviedo	984 11 17 89
Las Cruces Asistencial	Oviedo	984 10 59 06
Residencia Bellavista	Oviedo	985 22 62 84
Residencia San Juan de Villamiana	Oviedo	984 04 00 24 / 984 19 51 00 / 619 29 03 12
Residencia de Vetusta-Villamiana	Oviedo	985 98 58 99
Residencia Geriátrica Parres	Parres	985 84 08 46 / 657 85 90 16
CPR Arriondas	Parres	985 84 36 97
Residencia Geriátrica Parres II	Parres	985 43 87 78
Residencia Infiesto	Piloña	985 71 12 58
Hotel geriátrico El Sueve	Piloña	985 70 71 60 / 985 70 70 48
Residencia La Parada	Ponga	985 84 32 52
CPR Pravia	Pravia	985 82 13 48
Residencia Quirós	Quirós	985 76 81 85
Residencia El Canto	Regueras (Las)	985 79 97 56
Residencia Ulpiano Cuervo	Ribadedeva	985 41 20 50
Hogar de ancianos San José de la Montaña	Ribadesella	985 86 02 59
Residencia Geriátrica Sierra del Aramo	Riosa	985 76 68 50
CPR Salas	Salas	985 83 21 56

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (IX)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia San Pedro	Salas	984 09 29 24
Residencia Geriátrica Rivera Onís	San Martín del Rey Aurelio	985 66 27 47
CPR Santa Bárbara	San Martín del Rey Aurelio	985 65 77 66
Residencia Santalla	Santa Eulalia de Oscos	985 62 60 32 / 985 62 64 70
Hotel Geriátrico Royal	Sariego	985 74 88 06
Cálida Residencial	Siero	985 74 47 08
Centro Gerontológico Joca	Siero	984 47 47 47
GeroArgüelles	Siero	985 74 40 18
Residencia geriátrica La Fresneda	Siero	985 26 14 55
Centro Residencial de personas mayores Lugones	Siero	985 10 10 56
Residencial Viella	Siero	985 26 61 80 / 639 53 27 77
Residencia Santa Patricia	Siero	985 79 29 86
Centro Residencial Balbona	Siero	984 47 00 01
Residencia Geriátrica Julia Nieto	Siero	985 26 00 93 / 627 62 20 10 / 653 92 69 58
Residencia Ave María	Siero	985 74 33 60 / 985 74 42 50
Vital Centro	Siero	985 73 22 70
Residencia Nuestra Señora de Covadonga	Siero	985 72 01 00 / 985 72 47 95
Centro residencial Parque de la Luz	Siero	985 72 66 51
Residencial Santa Cecilia	Siero	985 72 62 33
CPR Valentín Palacio	Siero	985 72 26 25
Residencia La Carrera	Siero	985 72 54 50
Residencia geriátrica Los Abetos	Siero	985 73 00 04
Centro geriátrico Nuestra Señora del Amparo	Siero	985 65 00 15
Centro Residencial Santa Isabel	Siero	985 33 39 80 / 985 74 44 92

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL (X)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Palacio de Leceñes	Siero	985 73 55 31
Residencia Palacio de Tiroco	Siero	985 73 58 20
Residencia geriátrica San Luis	Sobrescobio	985 60 92 50
Residencia San Telmo	Soto del Barco	985 58 67 63
Residencia San Juan	Soto del Barco	985 58 60 62
Residencia Villamil - Serantes	Tapia de Casariego	985 62 31 30
Residencia de Taramundi	Taramundi	985 64 67 09
Residencia Teverga	Teverga	985 76 40 79
CPR El Mirador	Tineo	985 80 06 44
Residencia de personas mayores ABHAL	Valdés	985 64 26 17
Residencia Bellavista	Valdés	985 47 51 08
Residencia Gerontológica Río Mayor	Valdés	985 64 01 52 / 654 84 70 10
Residencia La Milagrosa	Vegadeo	985 63 40 52
Residencia Villanueva de Oscos	Villanueva de Oscos	654 49 34 79
Residencia Nuestra Señora del Portal	Villaviciosa	985 89 00 76
Residencia Colegio San Francisco	Villaviciosa	985 89 33 41 / 638 94 96 85 / 638 94 94 23
Residencia Miyar-Somonte	Villaviciosa	985 89 12 51

## CENTROS DE DÍA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Azvase	Oviedo	985 20 80 82
Centro de día Güelinos	Oviedo	984 08 58 19
Centro de día del CPR El Cristo	Oviedo	985 23 38 50
Centro de día Vetusta	Oviedo	985 27 75 33
Centro de día Madala XXI	Oviedo	984 18 42 12
Centro de día Covadonga	Oviedo	985 27 48 25
Centro de día Santa Teresa	Oviedo	985 24 10 29
Centro de día San Melchor	Oviedo	984 18 42 37
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Rosaleda	Oviedo	985 22 88 79 / 600 50 69 45
Centro de día Angelotes	Oviedo	984 28 03 29
Centro de día de Pumarín	Oviedo	985 28 67 91
Centro de día del CPRM Tenderina	Oviedo	985 11 87 57
Vitalia Oviedo	Oviedo	985 11 48 62
Centro de día Parque del Oeste	Oviedo	985 22 75 91 / 659 45 37 03
Centro de día CPR de Teverga	Teverga	985 76 40 79
Centro de día de Proaza	Proaza	985 76 14 84 / 985 76 11 73
Centro de día CPR de Quirós	Quirós	985 76 81 85
Servicio de estancia diurna de la Residencia Pravia	Pravia	985 82 13 48
Centro de día de Cudillero	Cudillero	985 59 17 29
Centro Rural de Apoyo Diurno Argame	Morcín	
Centro Rural apoyo diurno Las Regueras	Regueras (Las)	
Centro de día Gijón Centro	Gijón	985 35 11 42
VitalAstur	Gijón	985 17 25 04 / 608 85 71 87
Centro de día de la Residencia Plaza Real Gijón	Gijón	985 19 63 69

## CENTROS DE DÍA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna del Residencial Villa de Somió	Gijón	985 33 54 40
Centro de día Calderón de la Barca	Gijón	984 39 80 95
Centro de día del Centro gerontológico Jovellanos	Gijón	985 19 60 54
Augusta Alzheimer Centro de día	Gijón	985 15 11 74
Centro de día del CPR Clara Ferrer	Gijón	985 14 54 80
Centro de día El Llano	Gijón	985 16 05 00
Centro de día del CPR PPMM Mixta Gijón	Gijón	985 14 39 00
Centro de día Montevil	Gijón	985 14 70 30
Centro de día Costa Verde	Gijón	984 19 07 04
Centro de apoyo familiar Sonraiz	Gijón	984 49 18 12
Centro de día El Arbeyal	Gijón	985 32 36 19
Centro rural de apoyo diurno Santa Eulalia de Cabranes	Cabranes	985 89 80 02
Centro Rural de apoyo diurno Caravia	Caravia	
Centro de día La Camocha	Gijón	985 13 67 86
Centro de día de La Luz	Avilés	985 57 67 55 / 985 51 62 79
Centro de día Jardín de Cantos	Avilés	985 56 15 47
ACD Avilés I	Avilés	985 52 03 13
Servicio de estancia diurna CPR El Nodo	Avilés	985 56 39 60
ACD Avilés II	Avilés	984 83 10 83
Centro de día Quirinal	Avilés	984 10 05 75
Servicio de estancia diurna del CPR Los Canapés	Avilés	985 51 12 53
Centro de día de Lugones	Siero	985 73 21 46
Servicio de estancia diurna de la Residencia El Parador	Llanera	985 77 25 48 / 670 91 27 94
Centro de día del Hotel Geriátrico Algamar	Carreño	985 87 18 10

## CENTROS DE DÍA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Luanco	Gozón	985 88 13 64
Centro de día Faustino Sobrino	Llanes	985 40 02 60
Servicio de estancia diurna de la Residencia Quintana de Pancar	Llanes	985 40 27 43
Servicio de estancias diurnas del CPR Valentín Palacio	Siero	985 72 26 25
Centro de día de Nava	Nava	985 71 84 48
CRAD de Bimenes	Bimenes	
Centro de día de Cabrales	Cabrales	985 84 63 13
Centro de día El Fuerte Ribadesella	Ribadesella	985 86 15 28
Centro de día de Turón	Mieres	985 43 18 51
Centro de día La Vega de Mieres	Mieres	985 42 78 03
Centro de día Pola de Lena	Lena	985 49 37 50
Centro de día Moreda	Aller	985 48 00 83
Centro de día Luarca	Valdés	985 64 04 86
Centro rural de apoyo diurno	Tapia de Casariego	985 62 84 74
Centro de día Vegadeo	Vegadeo	985 47 67 61
Servicio de estancia diurna del CPR de Taramundi	Taramundi	985 64 67 09
Centro rural de apoyo diurno de Tol	Castropol	985 63 50 01
Centro de día de Cangas del Narcea	Cangas del Narcea	985 81 32 20
Centro de día Grado	Grado	985 75 48 01
Centro de día Polivalente A.M de Belmonte	Belmonte de Miranda	985 76 22 82
Centro de día del CPR de Salas	Salas	985 83 21 56
Centro de día Sama	Langreo	985 68 01 16
Centro de día Casta Asturias-Langreo, S. A.	Langreo	985 67 87 57
Centro de día Felguera	Langreo	985 68 03 11
Servicio de estancia diurna del Centro geriátrico Nuestra Señora del Amparo	Langreo	985 65 00 15
Centro de día Santa Bárbara	San Martín del Rey Aurelio	985 65 77 66